

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE: CLÍNICA E CULTURA  
MESTRADO EM PSICANÁLISE: CLÍNICA E CULTURA

Karla Julliana da Silva Sousa

A cena como dispositivo da clínica psicanalítica no campo da saúde mental

Porto Alegre  
2019

KARLA JULIANA DA SILVA SOUSA

A cena como dispositivo da clínica psicanalítica no campo da saúde mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Regina de Leão D'Agord.

Porto Alegre  
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

#### CIP - Catalogação na Publicação

Sousa, Karla Julliana da Silva

A cena como dispositivo da clínica psicanalítica no campo da saúde mental / Karla Julliana da Silva Sousa.

-- 2019.

89 f.

Orientadora: Marta Regina de Leão D'Agord.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Psicanálise e Saúde Mental. 2. Dispositivos clínicos. 3. Cena. 4. Clínica. 5. Políticas Públicas de Saúde Mental. I. D'Agord, Marta Regina de Leão, orient. II. Título.

## Agradecimentos

Durante o percurso dessa pesquisa deparei-me com o texto de uma professora chamada Andrea Moraes em que ela dizia que “nada está pronto, nunca, tudo está ainda por fazer. O trabalho escrito pode vir assinado por um autor, mas é sempre fruto dos encontros e das oportunidades que aquela pessoa teve ao longo da vida”. Assim como essa frase foi importante para lembrar que esse escrito é um recorte que, em devir, não finaliza com o ponto final lá da última página, foi importante para ter comigo os encontros que aconteceram nesses últimos dois anos e os que vieram antes e me possibilitaram estar aqui hoje, escrevendo.

Meus agradecimentos seguem, então, a linha desses encontros. Sem elencar em ordem de importância ou prioridade, pois as pessoas aqui citadas – e aquelas que não o foram, mas fizeram e/ou fazem parte dos caminhos que tenho percorrido – estão e estiveram lado a lado comigo.

Agradeço aos professores e à professora da banca de qualificação e de defesa, que gentilmente aceitaram ler as páginas que escrevi e contribuir com suas avaliações. Ao Programa de Pós-Graduação (PPG) de Psicanálise: Clínica e Cultura que acolheu a proposta de pesquisa meio desajeitada de uma psicóloga recém-formada cheia de inquietações e planos; à minha orientadora, que sempre apoiou e esteve junto, conseguindo ler naqueles escritos e nas conversas que tivemos aquilo que eu estava querendo pesquisar, ajudando a traçar caminhos que ainda não se faziam claros para mim; ao grupo de pesquisa, que nos fins de tarde das quintas-feiras eram lugar de acontecimento para ideias e trocas, seja quando era minha vez de levar o texto ou não, que emprestaram sua escuta sensível e leram, com atenção, as palavras que desenhavam essa dissertação.

Agradeço aos colegas da turma três do PPG em Psicanálise: Clínica e Cultura pelas trocas e pelo companheirismo, em especial às amigas e aos amigos feitos em Porto Alegre que fizeram parte desse percurso, Rafael, Maira, Mateus, Paulo, Aline, Michelle, Karina, Stona, Tatiane, Lia, Ana Paula e Helena que foram companhia para essa estrangeira em solo estranho e se fizeram casa dentro e, principalmente, fora das paredes da Universidade. À Talita e ao Cléber, que também eram estrangeiros nessa terra que se tornou lar, cuja amizade foi o ponto de ancoragem para o familiar e abertura ao desconhecido, que fizeram a rede de apoio sem a qual teria sido difícil prosseguir. Ao Vítor, que chegou no finzinho dessa trajetória, para dar o impulso que faltava para seguir, uma dose de distração da correria da pesquisa e o ar necessário para pensar os novos caminhos a partir daqui, a ele que se tornou família, que é amigo e amor.

À família que ficou longe, mas não ficou para trás. Aos meus pais, Sandra e Gabriel, que construíram árdua e carinhosamente a base que me possibilitou as andanças pelos caminhos que me trouxeram para o Sul desse país. À Beatriz, que é minha saudade.

Às amigas da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Suzana, Luiza, Bruna e Jéssica, cujo carinho e compreensão foram sendo construídos junto com as aventuras e as intimidades, vocês são presente. À Kelly, à Larissa, à Mayara e ao Rafael, família que escolhi numa amizade, talvez improvável, construída durante os anos de Programa de Educação Tutorial, que são para a vida e contribuem para quem sou hoje e para quem eu quero ser. Às amigas Hélida, Carol e Jéssica, que foram suporte em verões, invernos e primaveras na piscina com churrasco e nas empreitadas acadêmicas.

Aos professores e às professoras, da UFAL, principalmente ao tutor e à tutora do PET, Jefferson (Jeff) e Maria Auxiliadora (Xili), que me ensinaram e guiaram nos princípios que norteiam minha caminhada, e ao orientador e amigo, Charles, principal responsável por eu estar nesse mestrado, por me ensinar, me guiar no meu desejo e me dar o apoio que eu precisava. A psicóloga, pesquisadora e pessoa que sou hoje tem muito de vocês, que são mais do que minhas referências acadêmicas, são minhas referências para a vida.

“Esse poeta é um desconhecido.  
Leia o livro para descobrir o poeta.  
Se quiseres saber mais sobre o poeta, pergunte ao poeta”.

**Ari Velasque**

Este trecho é parte do poema de contracapa do livro “O poeta na tempestade” (2017), publicado pela editora da UFRGS e de autoria do “Seu Ari”, paciente e escritor na Clínica de Atendimento Psicológico da universidade, onde escreveu esse livro com o apoio do Núcleo de Ensino Pesquisa e Extensão em Clínica da Psicose. Seleciono outras poesias que compõem esse volume para abrir os capítulos desta dissertação, junto com as ilustrações que as acompanham no livro, trabalho de Ana Porazzi, da gráfica da UFRGS.

## Resumo

Sousa, K. J. da S. (2019). *Cena como dispositivo da clínica psicanalítica no campo da saúde mental* (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Esta pesquisa de mestrado foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e versa sobre a cena como dispositivo da clínica psicanalítica no campo da saúde mental. Através de caminhos da clínica psicanalítica entre redes e espaços públicos, proponho uma reflexão sobre a noção de cena e sua função como ferramenta clínica, a partir da articulação de conceitos como acontecimento, Outra cena e Coletivo, tomando-a como espaço de emergência do sujeito enquanto autor de sua história. A pesquisa sustenta uma posição clínico-política que estimule e priorize a manutenção e criação de dispositivos clínicos com a finalidade de privilegiar a escuta das subjetividades que circulam nos espaços públicos de atenção e cuidado à saúde mental. Para isso são articuladas impressões e afetos despertados pelos documentários “Epidemia de cores”, “Estamira” e “O cuidado que queremos” e aspectos teórico-clínicos orientados pela releitura de Sigmund Freud por Jacques Lacan e alguns autores que dialogam com suas obras.

Palavras-chave: Psicanálise. Saúde Mental. Dispositivo. Cena. Clínica.

## Abstract

Sousa, K. J. da S. (2019). *The scene as a device of the psychoanalytic clinic in the field of mental health* (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

This masters research was developed with the Psicanalysis Post-Graduation Program: Clinic and Culture from the Universidade Federal do Rio Grande do Sul and explains the scene as a device from the psychoanalytic clinic in the mental health field. Through the ways of the psicanalysis clinic between networks and public spaces, I propose a reflection about the notion of the scene and its function as a clinic tool, starting with concepts articulation as Event, Another scene and Collective, taking it as the subject's emergency space as the author of her own story. The reseach sustains a clinical-political position that stimulates and prioratize a maintenance and creation of clinic devices with the intent of privileging the hearing of subjectivities that encircle within public spaces of mental health-care. For this are being articulated impressions and affections awakened by the documentaries "Epidemia de cores", "Estamira" and "O Cuidado que queremos" and theory-clinic aspects oriented by the reading of Sigmund Freud by Jacques Lacan and other authors that dialog in their works.

**Keywords:** Psychoanalysis. Mental health. Device. Scene. Clinic.



## Lista de abreviaturas e siglas

AB: Atenção Básica  
APS: Atenção Primária em Saúde  
CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas  
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial  
CFP: Conselho Federal de Psicologia  
CID: Código Internacional de Doenças  
CIT: Comissão Integrada Tripartite  
CONAD: Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas  
DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais  
ESF: Estratégia de Saúde da Família  
HPSP: Hospital Psiquiátrico São Pedro  
IP: Instituto de Psicologia  
IPF: Instituto Psiquiátrico Forense  
IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis  
OTAB: Oficinas Terapêuticas da Atenção Básica  
PET: Programa de Educação Tutorial  
PNSM: Política Nacional de Saúde Mental  
PPG: Programa de Pós-Graduação  
PSF: Programa da Saúde da Família  
PTS: Plano Terapêutico Singular  
RAPS: Rede de Atenção Psicossocial  
SPA: Serviço de Psicologia Aplicada  
SUS: Sistema Único de Saúde  
SRT: Serviços Residenciais Terapêuticos  
UBS: Unidade Básica de Saúde  
UFAL: Universidade Federal de Alagoas  
UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## Sumário

Capítulo 1: Tecendo caminhos .....	12
<b>Trajétoria de construção da pesquisa</b> .....	12
Diálogos iniciais .....	13
<b>Ensaçando o Método</b> .....	17
Epidemia de cores .....	20
Estamira .....	22
O cuidado que queremos .....	23
Capítulo 2: Dispositivo em Cena.....	28
Capítulo 3: Caminhos entre redes e espaços públicos.....	38
<b>Clínica</b> .....	40
<b>SUS e Saúde Mental: Políticas Públicas de Saúde Mental</b> .....	44
<b>Rede</b> .....	46
<b>Reconfiguração e desmonte das Políticas Públicas de Saúde Mental</b> .....	49
<b>Outra perspectiva sobre a estruturação da rede</b> .....	56
Capítulo 4: O que pode um psicanalista no SUS? .....	62
<b>Réstance e discurso do analista</b> .....	62
<b>Coletivo e trabalho em equipe</b> .....	70
Capítulo 5: Reverberações de um percurso .....	79
Referências bibliográficas .....	84



**Quem sou eu?**

Quem sou eu?

Sou a voz que ecoa nas cachoeiras?

Que sussurra nos riachos?

Por que o tempo passa e eu não consigo parar no tempo?

Que diferença faz para ti o tempo e o vento?

*Março 2014*

## Capítulo 1: Tecendo caminhos

### **Trajetória de construção da pesquisa**

Esta dissertação desenvolve-se no litoral entre psicanálise e saúde mental pública e conta sobre o percurso de mestrado no Programa de Pós-Graduação (PPG) em Psicanálise: Clínica e Cultura na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). No título, transito entre os termos referentes a esses dois campos do conhecimento articulados pela cena como dispositivo. O objetivo é refletir sobre as direções para um trabalho possível a partir da psicanálise na saúde mental pública, elaborando caminhos de análise.

Dei início a esse percurso ainda recém-formada em psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), carregando comigo as experiências vividas na graduação ainda frescas na memória. Foi a partir desse lugar que passei a tecer minha pesquisa no mestrado, como uma continuidade de um percurso iniciado naquela universidade. As inquietações geradas em minha trajetória acadêmica até aqui foram diversas e trouxe algumas delas para elaborar isso que me fez marca.

Na conclusão do curso de psicologia, realizei meus primeiros atendimentos na clínica-escola, o que configurou minha primeira experiência como terapeuta, orientada pela psicanálise. O Serviço de Psicologia Aplicada (SPA), como é nomeada a clínica-escola de psicologia da UFAL, constitui-se como um espaço de atendimento terapêutico individual para crianças, adolescentes e adultos. Funciona nas dependências do Instituto de Psicologia (IP) da universidade e tem alguma autonomia clínica em sua gestão, cujo limite esbarra na administração do curso e da instituição federal.

Alguns desafios e questionamentos surgiram durante o tempo de estágio e os escrevo em seguida para ilustrar o ponto de partida da questão de pesquisa aqui desenvolvida. Como lidar clinicamente com a gestão do serviço e as burocracias institucionais? Como clinicar sob limitadas condições econômicas e de infraestrutura? Como lidar com o sucateamento da educação pública diretamente refletido na clínica-escola? Como instaurar novos modos de gerenciamento em estruturas enrijecidas de funcionamento? Como funcionar, enquanto serviço público, sem a interlocução com uma rede de saúde e de assistência? Como tecer essa rede às margens?

Assim, dei forma à pesquisa aqui explicitada com esses e outros questionamentos advindos de vivências ao longo da graduação como, por exemplo, os anos de ensino-pesquisa-extensão em políticas públicas através do Programa de Educação Tutorial (PET), o estágio

básico e as práticas integrativas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as pesquisas psicanalíticas. O anteprojeto proposto tinha como objetivo problematizar e aprofundar a relação existente entre a psicanálise e a prática clínica em instituições públicas de saúde através da investigação teórico-clínica sobre dispositivos clínico-institucionais. Durante o primeiro ano da pesquisa, com o projeto de qualificação no mestrado, o objetivo foi modificando-se e nos levou a refletir sobre os caminhos da clínica psicanalítica entre redes e espaços públicos, a partir de uma provocação recebida sobre “desde quando psicanalista se envolve com o SUS<sup>1</sup>?”.

Então, no segundo ano da pesquisa, os objetivos propostos no projeto foram sendo consolidados e realizamos uma discussão acerca do diálogo entre a psicanálise e a saúde pública, enfatizando o campo da saúde mental. Embora a articulação entre essas áreas não seja nova, a discussão acadêmica e clínica sobre ela se mantém atual e necessária, principalmente no cenário político contemporâneo cuja desoneração do Estado acarreta, dentre outros, o desmonte das Políticas Públicas de Saúde Mental a partir de contratos do Estado com instituições e interesses particulares e consequente terceirização do setor de saúde mental. Torna-se imprescindível o fortalecimento de princípios de uma escuta norteada pela ética e pela valorização da singularidade e a proposição e manutenção de estratégias de resistência.

Assim, fez parte da trajetória de construção desta pesquisa o encontro com textos e obras que refletem sobre o saber-fazer na saúde pública, seja a partir de elaborações teóricas, seja pela articulação entre as vivências cotidianas nos serviços de saúde e a teoria psicanalítica. Lanço mão de textos de autores clássicos da psicanálise – Sigmund Freud e Jacques Lacan – e dialogo com autoras e autores que atuam e pesquisam nas áreas da psicanálise, da saúde pública e, principalmente, na interlocução entre elas.

## Diálogos iniciais

Alfredo Eidelsztein (2011), ao escrever sobre a psicanálise, afirma que, se tratando de uma área de conhecimento que se refere ao ser falante a partir de uma nova perspectiva, não pode existir se não incluída numa trama ampla, e por vezes invisível, de entrecruzamento de saberes. Desde a criação desta, Freud realizou diversas trocas com outros campos do conhecimento da literatura universitária e fora dela, recomendando tais trocas como uma prática de formação. Lacan complementa tal recomendação especificando a interlocução da psicanálise com os ramos da ciência matemática, por exemplo, formulando que ambas têm a acrescentar

---

<sup>1</sup> Sistema Único de Saúde.

uma a outra. Para ele, a articulação com as ciências afins deveria ser constante e ativa, devendo a psicanálise não se encerrar em si mesma, mas transitar e promover trocas entre os campos do conhecimento.

A psicanálise configura-se como uma práxis – articulação entre teoria e prática, um saber-fazer – que se situa no “entre”, transitando no litoral entre campos do conhecimento, enlaçando-se teoricamente a partir de elementos que emergem no encontro com o outro, através de práticas interdisciplinares. A clínica constitui-se, então, na interlocução e no diálogo com outros campos, na invenção de sentidos e na construção e criação de maneiras singulares de sofrimento. Este último é tomado aqui a partir do que escreve Christian Dunker (2015) em “Mal-estar, sofrimento e sintoma”, que introduz o conceito psicanalítico de sofrimento referido a uma teoria do reconhecimento<sup>2</sup>, sendo estruturado como narrativa<sup>3</sup> e tendo o transitivismo<sup>4</sup> como condição. Nesse sentido, é pela reflexão sobre a clínica a partir da perspectiva de trabalho com questões da ordem do sofrimento e não da doença que pensamos a articulação da psicanálise com os serviços públicos de saúde mental.

Esses serviços são organizados atualmente através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se configura, em linhas gerais, como um conjunto de dispositivos distribuídos pelo território e cujo objetivo é promover o cuidado e a atenção integral a pessoas em sofrimento psíquico, referidas como usuários no sentido de que fazem uso dessa rede. Esta atua em conformidade com as Políticas Públicas de Saúde Mental, que vêm sendo estabelecidas e consolidadas desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), entre o final dos anos 1980 e início dos anos 1990, e com a iniciativa da reforma psiquiátrica brasileira, legalmente instituída com a Lei Paulo Delgado, no início dos anos 2000. Tal reforma foi inspirada pela reforma psiquiátrica italiana e fruto de movimentos sociais, tendo recentemente completado três décadas. Entretanto, desde os anos de 2016 e 2017, as conquistas antimanicomiais vêm sofrendo uma série de ataques e retrocessos, pondo em risco a rede de atenção constituída até então.

Ana Cristina Figueiredo (2015), quando escreve o texto intitulado “Psicanálise e práticas institucionais na saúde mental: o estado da arte”, afirma que há mais de duas décadas no Brasil tem-se tanto a presença da psicanálise quanto de psicanalistas trabalhando em instituições públicas de saúde, principalmente na saúde mental. Contextualiza que essa presença também se faz em outros países do mundo, como Argentina, França, Itália e Bélgica, que

---

<sup>2</sup> “Todo sofrimento contém uma demanda de reconhecimento e responde a uma política de identificação” (Dunker, 2015, p.219).

<sup>3</sup> “Entendemos por narrativa o trabalho de linguagem que contorna um objeto, conferindo-lhe uma estrutura de ficção” (Dunker, 2015, p.219).

<sup>4</sup> “Processos de indeterminação de sentido e de inversão de significação” (Dunker, 2015, p.219).

produzem experiências e dispositivos orientados pela psicanálise, particularmente a de Freud e a de Lacan, e que inspiram e desafiam o desenvolvimento de outros trabalhos nesse sentido.

Em consonância com a afirmação de A. C. Figueiredo, Doris Rinaldi (2015) escreve, no capítulo “Clínica, Ética e Política: a prática do psicanalista na instituição de saúde mental”, sobre a presença de psicanalistas nas instituições públicas de saúde, acrescentando que esta vem se consolidando principalmente devido aos dispositivos criados a partir da reforma psiquiátrica, em especial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). As intervenções no campo da saúde mental, que passaram a ser norteadas pela descentralização de um saber especialista e pelo princípio da territorialidade e da instituição da atenção psicossocial, favoreceram o engajamento de psicanalistas em práticas clínicas através de serviços substitutivos à lógica manicomial.

No texto “Saúde mental e psicanálise: recortes epistemológicos”, Jaqueline Moreira, Fuad Kyrillos Neto e Ângela do Rosário (2015) propõem que a diferença entre os termos clínica e saúde mental é “fundamental para o funcionamento dos serviços que acolhem o sujeito” (p.29). Caracterizam essa diferença da seguinte maneira: a clínica é referente ao caso tomado em sua singularidade, enquanto que a saúde mental refere-se às ações políticas eticamente orientadas para as particularidades de grupos; ambas as dimensões funcionando de maneira interligada para o cuidado ali ofertado. Apontam para a relação entre a teoria psicanalítica e a saúde mental na medida em que os conceitos e técnicas da psicanálise compõem várias áreas desse campo.

Os autores destacam ainda que a dissociação entre clínica e investigação, existente quando a saúde mental é abordada a partir da perspectiva anatomopatológica, reduz o sujeito a indivíduo portador de sintomas que devem ser eliminados e não consideram a função dos sintomas na elaboração daquela história. Ao conceber os fenômenos como repletos de sentido, consideramos o sujeito em sua narrativa, a ser elaborada a partir da escuta de tais sintomas e da ressignificação destes. A clínica psicanalítica propõe essa escuta na medida que considera esses “fenômenos vividos e causados pelos pacientes como tentativas de estabelecimento de algum vínculo com o outro e, portanto, como tentativas de realização de um laço social” (Moreira et al, 2015, p.31), tendo como efeito outras construções sobre o sofrimento dos usuários dos serviços de saúde mental.

A psicologia, a psicanálise e a psiquiatria compõem o campo da saúde mental, que deve ser preferencialmente multiprofissional e interdisciplinar. É a partir do trabalho em equipe que os profissionais dos serviços públicos de saúde atuam e, em suas práticas, clínica e saúde mental devem ter caráter indissociável, já que “em seu cotidiano devem buscar um encontro entre as

posições de sujeito do direito e sujeito do inconsciente” (Moreira et al, 2015, p.35). Nessa perspectiva, Roseane Nicolau (2015), ao pensar sobre os “Laços possíveis para o psicanalista na instituição de saúde”, elabora que o que cabe ao profissional orientado pela psicanálise nesses serviços é “sustentar a importância do inconsciente como eixo de trabalho clínico” (p.75), tanto junto aos usuários quanto junto à equipe.

Sobre a atuação da psicanálise nesses serviços, Analice Palombini (2010), no texto “Por uma ética da clínica, aposta nos que resistem”, retoma um excerto de um ensaio de Peter Pal Pelbart em que, ao tratar da temporalidade relativa à loucura e ao seu cuidado, faz referência ao mito talmúdico da criação do mundo. Em analogia ao trazido por Palombini está o caráter de experimentação, sucesso, erros e fracassos da reforma, inerente a um movimento que se proponha ao estabelecimento de algo de uma ordem diferente da atual. Ela destaca o caráter de não garantia e de incertezas, em que cabe uma aposta desde que, na tentativa, haja desejo. Para ela, essa aposta, sustentada pelo desejo, imprime “o sentido ético de uma política de saúde mental” (p.126) que possa reconhecer o estatuto de sujeito aos usuários dessa rede.

Somando ao coletivo<sup>5</sup> que põe a circular as questões dessa interlocução e habitando na tensão de suas bordas, enodo aspectos que se apresentaram importantes para essa reflexão ao longo do caminho percorrido até aqui, construindo redes associativas que articulam elementos materiais e subjetivos dessa relação. Reflito sobre a dimensão do cuidado na saúde pública desde a perspectiva da clínica psicanalítica, considerando o sujeito do inconsciente e a ética do desejo como bases fundamentais desta.

Aposto também na noção de Coletivo, proposta por Jean Oury (2009), que se baseia na articulação entre o singular e o coletivo: simultaneamente preservando a dimensão da singularidade de cada um e colocando em prática sistemas coletivos de funcionamento. É possível, através do Coletivo, ler alguma coisa entre vários, a partir da articulação, enquanto dispositivo, de conceitos psicanalíticos como ética, transferência e desejo. Reflito, então, sobre o modo como se compreende saúde, articulando possibilidades de relações de cuidado que envolvam a ênfase na singularidade, tanto dos usuários quanto dos métodos clínicos.

Dispositivo aqui é lido a partir do atravessamento da concepção de rede de saber e poder, como algo que faz operar discursos, funcionamentos e relações, de modo a constituir subjetividades. A partir disso, proponho a cena como um dispositivo de escuta psicanalítica, a partir do que foi elaborado por Freud quando da constituição da psicanálise. A cena evidencia um lugar de escuta a partir do reconhecimento realizado por um outro numa relação de

---

<sup>5</sup> Substantivo que, estando no singular, é usado para designar o que está no plural.



alteridade, atravessada pela transferência. Dessa forma, a escuta de algo como uma cena está condicionada à possibilidade desse outro reconhecer o acontecimento que produz acesso a Outra cena, a do inconsciente; uma ruptura que produz sujeito. Assim, a cena é discursiva e diz do encontro com o inesperado.

Pela ideia de dispositivo articulamos também uma leitura da rede de atenção à saúde mental que privilegie essa condição de emergência do sujeito, considerando o movimento dos usuários pela rede como um percurso de autoria. Se o cenário produz atores, a cena produz sujeitos e são estes que devem ser escutados em sua trajetória de cuidado à saúde mental. Assim, tomando como princípios as relações lateralizadas e horizontais entre as pessoas que compõem a rede, dialogamos com Ricardo Ceccim e Alcindo Ferla (2006) ao considerar a mandala como uma maneira de organizar a rede a partir da integralidade como eixo norteador, conectando agentes, atores e serviços da rede de modo orgânico, em função da singularidade da demanda de cada usuário, considerando que Ceccim (2005) a caracteriza como uma composição de roda que constitui dispositivo de coletivo organizado de pessoas que convergem para o mesmo objetivo.

### **Ensaando o método**

Os caminhos do método que aqui serão contados desenharam-se enquanto eram percorridos, descobrindo, num “só-depois”, também o que não estava procurando, ressignificando o percurso. A escolha da realização de uma escrita ensaística para essa reflexão metodológica foi realizada com o intuito de, sinteticamente, tecer algumas considerações que fundamentem esses caminhos percorridos sem ter a intenção de concluir, mas sim de abrir possibilidades para outras questões.

É da ordem do ensaio fazer uma elaboração a partir de um pequeno traço. Sendo assim, o rastro do ensaio atravessa essa pesquisa como uma ferramenta metodológica que implica o princípio de movimento constante de um saber-fazer, assim como propõe a prática clínica no campo da saúde mental pública. Não um saber atemporal e encerrado em si, mas algo que, mesmo sem procurar responder à demanda de seu tempo, encontre na inconstância a consistência necessária para um cuidado em saúde mental.

Esta pesquisa trata da elaboração de questionamentos teóricos e clínicos que se fizeram presentes durante minha graduação e que encontraram acolhida neste Programa de Pós-Graduação, não para que sejam solucionados, mas para que possam funcionar como motor que impulsiona e estimula essa necessidade de constantemente repensarmos a teoria e os limites de

nossa prática. A partir da psicanálise, busco refletir sobre os desdobramentos clínicos de um saber-fazer ético na rede pública de saúde mental.

A pesquisa psicanalítica tem a própria psicanálise como teoria e método: teoria que unifica os resultados produzidos e método clínico e de pesquisa, de tratamento e de investigação. Dunker (2017), ao discutir o método em psicanálise, argumenta que Freud, ao longo de sua obra, lança mão de duas maneiras para definir a psicanálise como um método: o tratamento das neuroses e a investigação de processos psíquicos que seriam inacessíveis por outros procedimentos. Em complemento, afirma que para Freud o método de pesquisa – de investigação (*forschung*) – é indissociável do método de tratamento (*behandlung*) e que, por isso, há no tratamento uma estrutura de investigação e pesquisa. Esta indissociabilidade, entretanto, não os torna indistintos e é na dissolução da distinção entre os métodos que o psicanalista situa a raiz do “esquecimento da reflexão metodológica em psicanálise” (p.15). Para A. C. Figueiredo, Letícia Nobre e Marcus André Vieira (2001), é justamente na relação indissociável entre investigação e tratamento que se faz pesquisa psicanalítica.

Sendo a psicanálise uma ciência da linguagem habitada pelo sujeito, como redefiniu Lacan e relembra Dunker (2017), a clínica psicanalítica existe a partir da narrativa do analisando, que constitui uma rede de sentidos e significantes. Dessa maneira, a potência da clínica está justamente na exploração desta polissemia do significante, estruturada em textualidade (Xavier & Lang, 2016). A pesquisa e a investigação em psicanálise seriam, ainda citando Dunker (2017), variantes da investigação em clínica. E a técnica, uma variante do método.

Assim, foco aqui na indissociabilidade entre a teoria e o método psicanalítico para destacar e valorizar esse caráter numa tentativa de “minar a lógica binária oposicionista” (Xavier & Lang, 2016, p.2) existente entre teoria e prática. Apoiada em Oury (2009), tomo teoria e prática como partes constituintes da práxis, que nomeia isso que é feito, que faz parte do processo de colocar em discurso, com um certo estilo. A práxis, como proposta por Lacan (1959-1960/2008) em momentos de seu ensino, é articulada através da experiência psicanalítica, em consonância com a ética do desejo, sendo uma ação que torna possível tratar o real pelo simbólico. Já o estilo, como definido por Érik Porge (2009), “é essa dimensão suplementar ao sentido que se liga à ‘maneira’ de dizer e se faz, por sua vez, suporte de desejo e causa de divisão de sujeito” (p.67, grifo do autor). Segundo ele, o estilo também tem função de laço social entre o autor e o leitor, endereçado pelo primeiro ao segundo.

É no exercício permanente da clínica, a partir do estilo, que a junção entre teoria e prática pode ser realizada. Ou seja, é a partir da clínica que se constitui um saber sobre a psicanálise e

seus fundamentos teóricos (Figueiredo et al, 2001). Importante destacar que, ao falarmos em clínica, referimo-nos ao acolhimento dos pacientes, ao trato com o sofrimento, à leitura e transformação do *pathos* (Dunker, 2017, p. 16). A teoria possibilita o exercício de elaboração de estratégias de soluções singulares para cada caso. Na clínica, as situações são sempre novas, pois aparecem de maneira singular, por mais que situações similares já tenham ocorrido. Essas estratégias de enfrentamento são produzidas com o exercício da escuta, na qual, ao se deixar levar pelo inconsciente, inclui a relação transferencial que se constitui.

Tais estratégias estão em consonância com a produção subjetiva ocorrida em análise por parte do analisante, mas também fazem parte do cotidiano dos profissionais, que fazem ou fizeram análise, que trabalham com a rede pública de saúde mental, ao se depararem com novas situações no campo. É preciso apostar na potência clínico-política de atuação da psicanálise para além do consultório, em dispositivos ampliados, que envolvem não somente a prática ou a teoria, mas a práxis psicanalítica.

Sobre esse saber-fazer, Oury (2009) remete a Freud quando diz que é preciso suspender a compreensão que podemos ter do que fazemos, pois não se deve procurar a razão no âmbito da existência cotidiana, mas sim a partir de uma reflexão metodológica. É isso, então, que esse capítulo intenta: refletir sobre a pesquisa psicanalítica e a ferramenta metodológica utilizada na construção desta dissertação.

Considerando a não-linearidade da pesquisa e sem cometer a violência de tentar fixar o movimento de errância necessário à escrita, incorporei aqui o giro ocorrido na estruturação da ferramenta metodológica quando do momento da qualificação desta pesquisa. No projeto pretendíamos escutar os profissionais trabalhadores da saúde mental pública que são orientados pela psicanálise. Entretanto, a partir da sugestão da banca de qualificação de que a perspectiva adotada fosse a de escutar quem transita pelos serviços de saúde a partir da condição de sujeito que busca uma escuta, pensamos que isso estaria em consonância com a pesquisa no sentido de refletir sobre a rede a partir do protagonismo daqueles que a utilizam. Assim, buscamos relatos publicados de usuários da rede pública de saúde mental a fim de escutar o que eles contam sobre seus percursos por ela.

Encontramos materiais escritos e publicados por psicanalistas e psicólogos que trabalham na rede de atenção à saúde mental, mas também nos deparamos com recursos audiovisuais nacionais que se mostraram pertinentes para o curso dessa pesquisa. Ainda que editados, dirigidos e montados por terceiros, tais recursos nos proporcionaram acesso à perspectiva de pessoas que são ou foram usuárias dos serviços substitutivos da RAPS, falando

sobre si, suas vidas e a parte destas que foi atravessada por esses serviços públicos de saúde elaborando crítica sobre esse percurso.

As produções audiovisuais selecionadas para composição dessa pesquisa são documentários. Escolha justificada a partir do que Tania Rivera (2017) define como o “rastros movente que um filme pode deixar atrás de si” (p.7), na perspectiva de, a partir desse rastro, nos movermos para realização de uma articulação entre eles e a ideia de cena enquanto dispositivo da clínica, sem o intuito de dissecá-los ou interpretá-los. Foram três documentários selecionados pela ordem mesmo do encontro.

Um deles, “Epidemia de cores” (Saretta, 2016), conheci a partir de um evento social em que estava o diretor e tornou-se objeto de trabalho numa das disciplinas eletivas do percurso no mestrado. O outro, “Estamira” (Prado, 2005), conheci ainda na graduação e o selecionei, juntamente com o documentário anteriormente citado, para falar sobre o protagonismo do sujeito no seu percurso de autoria na narração de si e pensar saúde e psicopatologia nas aulas da disciplina de Psicopatologia I que participei como estagiária docente também no percurso do mestrado. O último a ser encontrado foi acessado através de busca *online* por relatos de usuários dos serviços públicos de saúde mental e não pareceu coincidência ser chamado “O cuidado que queremos” (Prefeitura de Viamão, 2018).

A seguir, escrevo sobre os documentários a fim de situa-los nesta elaboração e contextualiza-los como ferramenta da pesquisa. Lanço mão de um recurso utilizado pelo diretor de “Epidemia de cores”, Mário Saretta, que em seu filme opta por apresentar as pessoas apenas pelo primeiro nome, sem o vínculo com a instituição, com o objetivo de “problematizar o lugar de fala e, sobretudo, de escuta”. Sigo aqui essa decisão e a estendo para o relato e discussão dos outros dois documentários que seguem.

### Epidemia de cores

Um poeta espanhol escreveu que o caminho se faz ao caminhar<sup>6</sup> e pelos caminhos, os diferentes chãos do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), na cidade de Porto Alegre (capital do estado do Rio Grande do Sul), o diretor, roteirista e produtor Mário Eugênio Saretta começa o filme “Epidemia de cores”. O caminhar de uma formiga que trabalha, que se põe em

---

<sup>6</sup> Caminante, son tus huellas  
el camino y nada más;  
caminante, no hay camino,  
se hace camino al andar.  
Antonio Machado.

movimento para construir algo, é a cena de abertura do filme, que começa antes com alguns créditos ao som de portões sendo abertos.

É um documentário lançado em 2016 e filmado por mais de dois anos de vivências e interações entre Mário e os integrantes da Oficina de Criatividade, realizada nesse hospital desde a década de 1990. Lá são acolhidas, diariamente, as potências artísticas de seus integrantes. Inspirada na proposta de Nise da Silveira, constitui-se em um dispositivo tanto artístico quanto terapêutico, dentro dos muros do hospital, e tem como público-alvo pessoas do ambulatório, de residências terapêuticas e de outros serviços da rede substitutiva de atenção à saúde mental, embora inicialmente tenha sido um espaço apenas para pacientes internos na instituição.

Através de escolhas éticas e sensíveis, o diretor conta a história de um “espaço de vida” dentro das paredes dessa instituição que fora manicomial e asilar, como descrito por uma das técnicas da oficina durante roda de conversa realizada no Instituto de Psicologia da UFRGS em julho de 2018. Enquanto a câmera percorre alguns já desgastados caminhos, Mário, que trabalhou como voluntário na Oficina de Criatividade, aparece em *voice-over*<sup>7</sup> para contar que filmou todo o documentário sozinho, a partir do “encontro com as vidas que ainda pulsam nesse hospital que foi hospício”.

Como recurso narrativo, ele lança mão dos elementos de áudio e vídeo não apenas para fim de apresentação, mas para articulação significativa desses elementos. O som ambiente, as músicas escolhidas, os momentos de silêncio e as falas utilizadas contam a história não apenas da oficina ou do hospital, mas, principalmente, das pessoas.

É realizado um paralelo com a pouca – antes, nenhuma – presença de espelhos no hospital: através do documentário eles encontraram uma ferramenta que os mostra na totalidade de seus corpos. A lente funciona como um anteparo que permite um olhar integrador. Ao longo da narrativa fílmica, a questão do olhar é sempre retomada, seja para falar das janelas altas que “impediam o olhar” retirando a possibilidade de ver o que havia para além dos muros da instituição; seja na interação entre usuário e câmera, que sempre estão se dando a ver, demandando o olhar do outro.

A linguagem e a expressividade são estimuladas a partir de diferentes ferramentas na oficina. São poemas, poesias, músicas, pinturas e objetos de argila que falam dos sujeitos que as produzem. Jaqueline, ao ler o texto que escreveu, diz: – “Meu texto é sem pretensão, é como as palavras são. As palavras dão essa liberdade para a gente deitar e rolar. É que nem o meu

---

<sup>7</sup> Termo do campo cinematográfico para descrever a introdução na narrativa de uma voz externa que lê algo do roteiro sem aparecer na câmera.

desenho, é pra [sic] gozar. A palavra é um tipo de gozo, é um tipo de prazer”. Para Sol, as palavras e a linguagem adquirem outro estatuto:

– Eu faço questão de ser entendida, porque nesse caminho da saúde mental, da doença mental, muitas coisas se perderam devido a não compreensão tanto do lado profissional como dos pacientes, dos usuários. Então, é possível ter esse diálogo, porque tendo esse diálogo muita coisa vai se ajeitar e a gente vai conseguir andar todos juntos no mesmo nível de um aprendendo com o outro, um compartilhando com o outro.

Na oficina, desenvolve-se também a noção de corpo, de espaço e de tempo através da valorização das histórias daquelas vidas ali presentes e das vidas que já passaram por ali. A partir da arte e das relações, trabalha-se a ideia de memória não somente dos integrantes da oficina, mas também da instituição e da própria história da saúde mental.

Ali foi montado um acervo composto pelas produções dos integrantes da oficina ao longo desses 31 anos. Tania destaca que o valor do acervo vai além de contar essas histórias, está também no local onde estava situado à época de produção do documentário, insalubre e, inicialmente, sem potência criativa. Para ela, reunir e conservar essa memória possui uma característica de “reconhecimento público da importância artística desse trabalho”.

#### Estamira

Estamira é um documentário sobre Estamira Gomes de Sousa, uma mulher sexagenária, negra e pobre do Rio de Janeiro, que viveu e trabalhou no aterro sanitário da Baixada Fluminense durante mais de vinte anos. Ela morreu em 2011, vítima de uma infecção generalizada, efeito de dois dias no corredor de um hospital público da capital carioca esperando para cuidar de uma infecção no braço. Viveu grande parte da vida com diagnóstico de diabetes e esquizofrenia.

O documentário, lançado em 2005, foi dirigido por Marcos Prado e produzido por José Padilha e alcançou grande repercussão. Durante 121 minutos, a voz de Estamira funciona como um fio condutor de sua história, que narra seu sofrimento e expressa seus modos de resistência. Estamira fala das mais diversas temáticas que a tocam e a ajudam a contar da sua existência: homem, mulher, amores, família, corpo, vida, violência, filosofia, Deus, lixo, consumismo etc. Em detalhes, lembra e conta sua história, marcada por situações devastadoras de pobreza, abuso sexual, abandono e agressão física e subjetiva.

Diante da câmera e do olhar atento e cuidadoso do cinegrafista, Estamira elabora pensamentos e sentimentos, encontrando palavras para narrar o inenarrável. Suas palavras não são amenas, seu tom não é tranquilo. Sua revolta é sentida através delas como o mar revolto

que encerra o documentário e que proporciona a ela momentos de alegria e alívio. As palavras, quando faltam, são criadas; a exemplo do neologismo “trocadilo”, que tem “a função de ser sua palavra de ordem, na qual concentra sua denúncia em relação às injustiças que sofreu” (Sousa, 2007, p.53).

Escutar Estamira não é uma tarefa fácil, sua fala é veloz, atropela, é potente; suas verdades vêm, por vezes, em forma de delírio. O documentário passa, quase em sua totalidade, em cenários do “lixão”. São cenas cruas, como as palavras de Estamira, diretas e objetivas. Assim como foi o diretor na elaboração da montagem final do filme, com uma trilha sonora tensa e mínima, sem floreios ou glamourização.

O roteiro do documentário atua como percurso de autoria de Estamira. Durante sua narrativa, ela se refere a si ora em terceira pessoa – “Estamira podia ser irmã ou filha ou esposa, mas não é” – ora em primeira, “tem hora que eu fico pensando como é que eu sou lúcida”. Seu nome tem função de reconhecimento da história que ele traz e a partir dele ela elabora sobre seu lugar no mundo e suas possibilidades de inscrição social: – “Estamira, Esta-mar, Esta-serra, Estamira tá [*sic*] em tudo que é lugar”. Como Edson Sousa (2007) afirma: “aqui, nomear é reconhecer e talvez por isto, Estamira insista tanto em repetir seu nome. [Marcos] Prado foi preciso ao intitular o documentário com um nome próprio. O nome, reconhecido, faz a vida resistir” (p.54).

Estamira acontece. Nesse percurso narrado através do documentário é possível reconhecê-la através das cenas, nas quais ela elabora um saber sobre si. A produção artística tem a função de transformar seu sintoma em palavra, propiciando espaços de reconhecimento e criação subjetiva. Ela fala sobre seu percurso de tratamento e sua experiência com a clínica, atribuindo ao saber médico algo externo a si, do qual ela não se apropria. Age ativamente sobre seu tratamento, criticando o acolhimento dos serviços que acessa e recusando medicamentos que a deixam mal, e defende: – “o remédio é assim, se fez bem você para; se fez mal, faz igual eu [*sic*] e vai lá e reclama, fui três vezes só na quarta fui atendida”. A função do sintoma também aparece ao longo da filmagem na qual ela se diz “loca, doida, maluca ..., mas consciente e lúcida, ciente sentimentalmente. Só comecei a revelar em ‘86, revelar de verdade mesmo por que era muito abuso”.

### O cuidado que queremos

O documentário “O cuidado que queremos, um novo caminho para a Saúde Mental” foi lançado em 2018, possui cerca de 24 minutos e é fruto do projeto homônimo que gerou também

um livro<sup>8</sup> com a história de 54 usuários da rede de saúde mental de Viamão, cidade situada na região metropolitana de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul. Ao contrário dos outros documentários aqui utilizados, ele não teve circulação nacional ou amplo alcance e foi realizado em padrões técnicos mais amadores, com menor tempo de duração.

Nesse projeto, usuários e técnicos dos serviços de saúde mental dessa cidade viajaram para conhecer a estrutura da rede de saúde mental de outras cidades gaúchas, como Porto Alegre, Gravataí, Santa Cruz do Sul e São Lourenço do Sul, trocando experiências nas vivências dos serviços e elaborando sobre o cuidado que querem para si. O documentário recolhe depoimentos sobre essas vivências antes, durante e depois das viagens.

O projeto foi fruto de uma chamada nacional do Ministério da Saúde brasileiro, em 2015, para seleção de projetos de reabilitação psicossocial que estimulassem o fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares a partir do trabalho, da cultura e da inclusão social pela RAPS. Viamão foi uma das cidades contempladas e a proposta que enviaram foi pensada, construída e executada por usuários e técnicos dos CAPS em conjunto, em consonância com o princípio organizativo do SUS referente à participação social<sup>9</sup>.

De acordo com Renata, os principais participantes desse projeto foram aqueles que frequentavam o CAPS AD (referente ao cuidado daqueles que fazem uso recorrente e nocivo de álcool e outras drogas), através de reuniões sistemáticas para escrever o projeto. Ela conta que a escrita foi realizada “a muitas mãos e com grande engajamento”. Drean acrescenta ainda a participação na escrita desse projeto de membros de um grupo já extinto de Oficinas Terapêuticas da Atenção Básica (OTAB) junto às pessoas ligadas ao CAPS AD.

Tudo que constou no projeto e foi realizado teve caráter de coparticipação e construção coletiva entre os integrantes da rede, tanto usuários como técnicos. A verba para realização, entretanto, demorou um ano para ser liberada, o que demandou dos participantes a aposta de seguir naquela empreitada e a sustentação do desejo que os moveu.

Ao falar do projeto, Drean refere que “o cuidado que queremos pode ser muitas coisas, mas, nesse caso, a cara de Viamão, para mim, o cuidado que queremos tem muito a ver com essa coisa de viajar”. Sobre o viajar ele associa ao conhecer lugares e realizar trocas: tanto buscar quanto levar coisas de e para esse outro lugar. Atribui ao viajar a função de dispositivo, que considera ser o aspecto mais bonito desse projeto.

Renata aponta o caráter de inclusão dessa iniciativa à medida que aproximou outros usuários e serviços da rede, ampliando o envolvimento que havia ali e potencializando aquela

---

<sup>8</sup> Disponível em <https://issuu.com/grupothema/docs/ocqq-210x210-diagramado>

<sup>9</sup> Ver em <https://pensesus.fiocruz.br/participacao-social>



atividade. Gelcéia, destaca o caráter de acolhimento e de uma outra perspectiva de futuro advindo como efeito dessa experiência. Aos usuários, pensar o cuidado que querem remete à ideia de saúde à medida que realizam uma crítica sobre os serviços que frequentam e demandam a atenção e o acolhimento para suas condições subjetivas.

Como um dos efeitos desse projeto ficou a vontade de qualificar ainda mais a rede de saúde mental de Viamão. Jorge diz que seu querer para o CAPS é descrito pela sentença: – “Nós cuidamos das pessoas não como doença e sim como pessoas! O CAPS é uma unidade que trata com pessoas que tem problemas, mas elas são pessoas, entendeu? São pessoas”. Jorge se auto intitula emotivo e diz que gostaria que

– Sabendo dos problemas que tenho, que não são relatados, mas que tenho, que tu me olhasse [*sic*] como pessoa ... todos que estão no CAPS são uma pessoa. Com problema? Sim, mas são; até o fim, até o último suspiro de vida, eles são.

Esses três documentários foram escolhidos pelo que possuem em comum e pelo que de diferente apresentam entre si. Os pontos principais, entretanto, que levaram à escolha destes para essa pesquisa foram que os três filmes têm em comum as narrativas desses sujeitos que acessaram a rede pública de serviços de atenção e cuidado à saúde mental em algum momento de suas vidas; o protagonismo destes na montagem dos documentários, resultando na aprovação de como suas histórias seriam postas em circulação e para acesso público; além da perspectiva não-patologizante de como essas histórias foram apresentadas, sendo o foco a narrativa criada pelos sujeitos sobre si, não o sofrimento ou os sintomas propriamente ditos.

Com a observação atenta e a escuta flutuante, o intuito é utilizar esses documentários para refletir sobre a autoria dos sujeitos em suas narrativas, escutando as histórias ali contadas e destacando o papel da cena na elaboração dessas narrativas. Vou tecendo uma trama com trechos retirados dos documentários, escritos muitas vezes de forma tal qual foram escutados, e a articulação teórico-clínica desenvolvida a fim de pensar o usuário em seu itinerário terapêutico pela rede e seu percurso pelo território, que envolve tanto os serviços da rede de atenção psicossocial como instituições religiosas, instituições comunitárias, instituições familiares e demais relações interpessoais; afinal tem um certo itinerário de que a rede de saúde não dá conta, sendo necessária ampliar essa rede para os outros atores do cotidiano desses usuários.

Soma-se, à análise dos documentários, as reuniões semanais do grupo de pesquisa, em que o material escrito nesta dissertação era compartilhado com o grupo e lido pelos participantes daquele encontro. A partir de uma leitura atenta e cuidadosa, eram realizados comentários e contribuições acerca do desdobramento textual e das nuances da pesquisa realizada.

Consideravam-se as ideias, as perspectivas, as indicações de texto, discutindo desde o método de fazer a pesquisa até as marcas gramático-lexicais ali presentes.

Assim, ao perceber que ao longo do texto realizo questionamentos e reflexões em variações entre a primeira pessoa do singular e a primeira pessoa do plural, escolho mantê-las por entender que essa pesquisa fala de algo do meu percurso, mas também trata dessa interlocução entre vários, dessa articulação em rede tão importante não só para a clínica, mas também para a pesquisa. Nesse texto, somos muitas vozes: eu, minha orientadora, o grupo de pesquisa, os autores citados, as inspirações das entrelinhas, os professores do PPG, amigos e colegas do mestrado, meus pacientes da clínica privada, além das pessoas que se disponibilizaram a ouvir sobre a pesquisa e a contribuir com ela.



**Que inspiração tenho eu?**

Jamais fugirei de ser um poeta  
Porque a inspiração está em mim  
Não perguntas nunca, Luiz, onde está  
a loucura de um louco!  
Ou o louco foge da própria loucura  
Às vezes eu não entendo  
Por que optaste por ser o Guru?  
Perguntas eu te faço, mas as respostas não vêm  
Tu te sentes culpado sendo o Guru ou quando  
foges de ser totalmente o Guru?  
Qual é, como surgiu esse personagem?  
És o Guru só dentro da rádio ou é algo  
que foge da tua personalidade?  
Tu me diz Poeta, por que o poeta não pode  
ser um guru e um guru não pode ser um poeta?

*Agosto de 2016*

## Capítulo 2: Dispositivo em Cena

Início esse capítulo situando o dispositivo como um elemento que proporciona condições para que seja realizada uma escuta. Para tanto, dialogo com Jorge Broide (2014), em seu texto “As construções de dispositivos clínicos”, no qual ele apresenta várias concepções do que seria o conceito de dispositivo, dando destaque para aquelas formuladas por autores como Foucault, Deleuze, Agamben e Fanlo. Todas elas trazem em si a noção de rede de saber e poder, que faz operar discursos, funcionamentos e relações, de modo a constituir subjetividades. Dispositivos psicanalíticos seriam, assim, instrumentos e modos de fazer clínica dentro ou fora de instituições, a partir de diferentes enquadres, considerando a rede de saberes e poderes que a constituem, a partir de uma ética e com a finalidade de operar algo da ordem da constituição do sujeito.

Nessa perspectiva, a partir das leituras e articulações teórico-clínicas realizadas durante esse percurso de pesquisa, lanço mão da concepção de cena como elaboração narrativa, construída a partir dos contextos em que a psicanálise está inserida, entendendo-a como dispositivo clínico de atuação nas instituições públicas de saúde mental.

Nos dicionários, o verbete cena vem acompanhado de inúmeros significados, geralmente ligados a lugar e/ou ação. A maioria traz em suas definições termos como representação, acontecimento, experiência, situação. Na psicanálise não é muito diferente. Embora não seja formulada uma definição conceitual de cena, este termo é bastante utilizado, principalmente quando se trata de sonhos e sintomas.

As cenas estão na história da constituição da teoria e da prática psicanalítica. Em “Projeto para uma psicologia científica” (1950 [1895]/1990), Freud recorre à combinação de duas cenas para analisar o caso de Emma e chegar ao afeto recalçado. Para encontrar a causa dos sintomas histéricos em “Estudos sobre a histeria” (Freud, 1893-1895/2016), ele recorreu à hipnose objetivando acessar o “evento principal”, que seria a origem deles e que teria sido esquecido devido a sua carga traumática. A esse evento, ele nomeia “cena traumática”, para falar não apenas sobre o momento em que ocorreu tal evento, mas em que consistia. Entretanto, Freud percebeu que, apesar da reprodução da cena traumática ser capaz de eliminar o sintoma, sua força dava-se através de uma combinação de cenas e que, a partir daí, poderia corroborar sua teoria. A cena, então, sempre remete a outra cena.

O termo aparece também em outras postulações freudianas quando, ao analisar o sonho do homem dos lobos (Freud, 1918[1914]/2010), ele se refere à “cena primária”; e quando traz à tona o aspecto relativo à “cena dos sonhos” (Freud, 1899/2012), ao tratar do caráter regressivo

da lembrança do sonho. Ouve-se falar em cena também quando é discutida a subversão freudiana em propor a existência do inconsciente como um “lugar”, chamado de “*ein anderer Schauplatz*, uma Outra cena” (Lacan, 1962-1963/2007, p.42). Esse termo alemão, *Schauplatz*, remete também ao espectador, que simultaneamente vê e é visto, exprimindo a ideia de relação.

No dia-a-dia da clínica psicanalítica, o termo “cena clínica” aparece, por exemplo, relacionado às construções de casos de análise. Lacan, no livro 10 do Seminário (1962-1963/2007), propõe que desde “A interpretação dos sonhos” (Freud, 1899/2012), quando a função do inconsciente entra em jogo, “cena” é introduzida enquanto termo e função essenciais.

Freud utilizava o termo cena para falar de algo relativo à experiência, algo que foi vivido, mas também algo que fez marca, que funcionou como inaugurador. Aqui, retomo essa perspectiva ao emprestar de Alain Badiou (1995) e de Norman Madarasz (2011) o conceito de acontecimento como ruptura e, a partir disso, pensar a definição de cena. A ruptura, com a nomeação do acontecimento, atua exercendo função transformadora da situação ao possibilitar emergência subjetiva, considerando seu caráter potencialmente traumático. Assim, o sujeito instaura-se como efeito de um acontecimento a partir da cena.

O lugar do acontecimento não é um espaço físico circunscrito, mas uma condição para que, a partir da transferência, algo se manifeste. A partir das proposições de Oury (2009) é possível pensar esse lugar como “espaços do dizer”, onde o Coletivo proporciona encontros, constituídos como acontecimento a partir do reconhecimento da cena, podendo servir como produtores de singularidades no sentido de criar trocas dentro e através da rede institucional. Portanto, as trocas decorrentes dos encontros possibilitam a irrupção das singularidades, tendo a cena como palco do acontecimento.

É pela disponibilidade de afetar-se pelo encontro e ver-se a partir de outras perspectivas, que é possível a inscrição e deslocamento discursivo, inaugurando uma nova posição subjetiva. Esse deslocamento por outras associações linguísticas e de sentidos resulta num furo na repetição sintomática a partir da oferta da escuta e do trabalho de fala, produzindo um sujeito como efeito. Nos relatos trazidos pelo documentário “Epidemia de cores”, Brenda conta que Clemente sempre repetia a mesma coisa e, a partir da oferta da escuta e do trabalho de fala, ele passa a se deslocar por outras associações linguísticas e de sentidos, produzindo um sujeito como efeito. Movimentar-se na situação segundo o acontecimento criaria, de acordo com Badiou (1995), um novo modo de ser e agir dentro da situação pós ruptura, que não seria passível de previsibilidade, pois são, enquanto “singularidades irreduzíveis, ‘fora-da-lei’ das situações” (p.56-57).

Para Madarasz (2011) há uma noção vinculada ao acontecimento que diz do “indecidível”, ao menos até que aconteça a decisão, que é pontuada por Oury (2009) como algo de efeito e sustentação da estrutura do Coletivo. O reconhecimento da cena pelo Coletivo é atrelado à dimensão da decisão, a partir da atribuição do caráter de acontecimento através da ruptura ali realizada. A decisão está situada, então, na dimensão ética, numa relação de articulação entre desejo e ação. Assim, isso que chamamos ruptura, e que é imprevisível e indecidível, situa-se na ordem do traumático. O ato de sua nomeação, que é o acontecimento, implica uma decisão ética, pois recobre a ruptura e dá a ela um sentido (o sentido do desejo).

Lacan propõe a ética psicanalítica a partir da concepção de “não ceder em seu desejo”. Sendo o desejo constitutivo do sujeito do inconsciente, ele é saber não-sabido, cuja experiência é efeito distante do acontecimento (Badiou, 1995, p.59). A decisão, que é ética, situa-se na ordem da demanda, ocorrendo em transferência, que é caracterizada por Oury (1996) como o questionamento do quanto há de desejo de estar naquilo que fazemos. Ao articular algo do inconsciente, aposta-se que algo passa em outro registro, interpretando aquilo que está à escuta e diz da ordem da singularidade, que caracteriza a verdade de um acontecimento.

A cena, que usualmente é tomada no sentido daquilo que se vê, é lida no dispositivo psicanalítico a partir da escuta. Em analogia à subversão da clínica do olhar para a clínica da escuta, tomo o giro implicado nessa concepção adotando o que se dá a ver a partir da relação entre cena e significante. O significante nunca está sozinho, tem que estar em relação ao outro, no mínimo dois: os anéis da cadeia significante estão sempre em pares. Assim, a cena, como lugar discursivo, pode ser caracterizada a partir do espaço topológico e do tempo lógico, tendo seus efeitos reconhecidos a partir da perspectiva do “só-depois”.

É nos movimentos de “só-depois” nas cenas que destacamos dois tempos a partir da leitura do livro 10 do Seminário de Lacan (1962-1963/2007): a cena do mundo como história, em que o mundo passa a ser apreendido como resto da cena que foi encenada; e a função da cena dentro da cena, que consiste em reconhecer o que já estava lá, mas precisou da encenação para ser reconhecido, uma vez que o objeto (ou causa) do desejo, que já estava lá, não era reconhecido.

Retomamos o texto do Projeto, para refletir sobre a cena e sua estrutura a partir do caso Emma, elaborando o esquema a seguir:

Figura 6 – Esquema sobre o caso Emma

Emma atual	Sintoma: não poder entrar em lojas sozinha	Vínculos associativos ou emparelhamentos entre as cenas
Emma aos 12 anos	Cena 1: Emma vai a uma <b>loja de roupas</b> e se depara com dois <b>vendedores rindo</b> juntos das roupas dela, sendo que um deles a havia <b>atraído</b> sexualmente	Na loja, os dois vendedores estavam <b>rindo</b> ; esse riso <u>evocou</u> (inconscientemente) a lembrança do proprietário da confeitaria.  <b>Roupas</b> <b>Sozinha na loja</b> e na confeitaria
Emma aos oito anos	Cena 2: Emma vai à confeitaria em <b>duas</b> ocasiões para comprar doces e na primeira vez o proprietário agarrou-lhe as partes genitais por cima da roupa.	

Fonte: Marta D'Agord (orientadora desta pesquisa)

A partir do quadro anterior, lemos que Emma temeu (Cena 1) que os vendedores da loja pudessem repetir o atentado (Cena 2) e saiu correndo. A cena infantil, posta como lembrança na adolescência, produz o “trauma”. Ou seja, Emma fica em pânico na adolescência não pelo que ocorreu na infância, mas pela lembrança do que houve. O trauma configura-se assim como efeito da lembrança.

O momento que deu origem à lembrança traumática não se constitui nem como efeito de trauma nem como acontecimento, pois no momento que ocorre não foi reconhecida a cena como ruptura, não se inscrevendo enquanto marca que permitiu Emma elaborar um saber sobre si. Emma foi à loja de doces e viveu uma experiência nova que teve efeito nela, fazendo-a retornar. Entretanto, ela não sabe o que foi e não elabora esse efeito até que o faça ao falar sobre.

O saber de Emma é um saber que não se sabe, da ordem do inconsciente. Emma não sabe porque entrou em pânico. Foi o agrupamento de significantes associados por ela que deram à cena um caráter de ruptura, no só-depois, com a lembrança. Foi o ato de narrar o que houve que gerou o reconhecimento e a função de ruptura do traumático e possibilitou com que Freud reconhecesse o sofrimento narrado por ela. A cena 1 foi imediatamente lembrada, enquanto a cena 2 foi lembrada depois. A narrativa em análise decorre de uma lógica inconsciente que não é cronológica e as cenas se dão como construção dessa escuta analítica.

A lembrança não posta em discurso é a repetição, isto é, a impossibilidade de tradução. Assim Emma passa a vida tendo medo e não podendo entrar em lojas sozinha, até, a partir da lembrança, saber por que teme. É a articulação entre as duas cenas que permite o enodamento significativo e o estabelecimento de sentido; são essas associações que dão lugar à produção

traumática. O inconsciente está sempre ali e quando o reencontramos nos deparamos com um estranhamento do que não era para estar ali, mas está.

As palavras e o ato de pôr a cena em discurso permitiriam à jovem articular uma outra cena. Dessa maneira, a cena torna possível, então, a tradução do trauma em discurso ao invés de sintoma. Se antes ela não podia entrar em lojas sozinha pois temia, depois ela pôde falar sobre isso que temera e elaborar um saber dela. Uma Outra cena, a do inconsciente, pode então ser articulada em palavras e em discurso, inaugurando um sujeito de desejo inscrito num laço social.

Sujeito que, segundo um conhecido axioma lacaniano, é estruturado como linguagem. Sendo assim, é a partir da reflexão sobre estrutura que passo então a elaborar algo sobre os significantes que povoam o inconsciente, imbricados na articulação entre essa e a Outra cena.

Eidelsztein (2011), no segundo volume do livro *“Las Estructuras Clinicas a partir de Lacan”*, afirma que o psicanalista francês adotou um conceito de estrutura baseado nas propostas de Claude Lévi-Strauss, caracterizada pela articulação com a linguagem e pela constituição por elementos significantes, que são unidades caracterizadas por sua condição opositiva, negativa e diferencial. Os significantes, que não existem por si só, dependem da articulação que estabelecem entre si e o que é singular de cada sujeito de linguagem. É a partir de perguntas realizadas em análise e pelo analista, por exemplo, que os significantes são evidenciados, devido ao efeito mesmo da pergunta e à conseqüente “manobra de localização”.

Tais significantes agrupam-se em conjuntos que não podem ser uma totalidade senão em dependência com a articulação com outros conjuntos, o que constitui uma cadeia significante, definida por Lacan como colares feitos de anéis que se unem a outros colares por seus próprios anéis (Lacan, 1957/1998, p.505). Cada um desses significantes é válido à medida que possui um lugar diferencial no Outro e cobra uma posição na cadeia significante, que o converte em letra, tornando-se, assim, passível de leitura.

Entretanto, nada disso opera senão em encontro com a vida sociedade e o corpo biológico. Sendo assim, temos que a estrutura é ordenada por três registros que fazem a amarração entre esses elementos, a saber: real, simbólico e imaginário; que se constituem como nó borromeo. A psicanálise, a partir do acesso ao discurso concreto – termo utilizado por Michel Foucault (1969) e reiterado por Eidelsztein (2011) para se referir ao que é pensado, dito e expressado –, ordena-o segundo esses registros. É na prática clínica, entretanto, que cadeia significante e as leis dos três registros convergem de maneira operativa. Eidelsztein (2011) afirma que a noção de estrutura articula o saber acumulado em psicanálise com a posição de não-saber ou “sábria ignorância” que deve ser assumida pelo psicanalista.



Ao elaborar o conceito de estrutura em psicanálise, Lacan também lançou mão da proposta de R. Jakobson sobre o número de elementos da estrutura da linguagem e suas leis, no campo da linguística, para propor o número mínimo de elementos necessários para a operação da cadeia significante, em psicanálise. Chegou à conclusão lógica que, se é preciso de ao menos dois pares em relação para a operação da cadeia, o número mínimo de elementos é o de quatro, indicando que se faz necessário ao menos duas duplas de significante para operar. Com isso, temos esta e a Outra cena como dois laços ou anéis desse colar.

A partir dessa ideia dos quatro elementos necessários para operar a cadeia significante, os três registros também são repensados a partir da inclusão de um quarto registro nesse enodamento denominado nó borromeo, para escrever a cadeia significante de cada sujeito. Para Eidelsztein (2011), esse quarto seria o caso ou sujeito, o material produzido em análise a partir da relação entre analisando e analista. Essa articulação entre os quatro elementos desse nó é tal que só acontece na prática clínica, sendo mesmo da ordem do acontecimento. Os três registros são enodados por esse quarto mediante sua intervenção.

Sem o enlaçamento propiciado pela articulação do quarto elemento, os registros ficam superpostos uns aos outros, sendo a corda do quarto elemento necessária para o enodamento às outras três cordas. Topologicamente, temos que, ao cortar qualquer um dos elementos desse nó, os outros também se desarticulam. Assim, Eidelsztein (2011) postula que

a psicanálise seria a única prática, no sentido que opera uma transformação substancial do sofrimento e do ato mediante seu fazer específico, que incide no ponto de uma confluência particular dos três registros através do discurso concreto e, conseqüentemente, incorporando à estrutura a dimensão de sentido (p.24).

A psicanálise tem acesso operativo sobre a estrutura da cadeira dos significantes regida pelas ordens do simbólico, do imaginário e do real e atada pelo laço do sujeito e do Outro. Para o autor, a subversão de Lacan consiste em considerar os registros de forma borromeana, na mais profunda interdependência.

Não considerar essa armação resulta em perder a diferença entre estrutura e patologia, entre sujeito e indivíduo e entre significante e signo. Tal aspecto pode ser lido em função da covariância, propriedade que faz cada um dos elementos ter valor somente na medida em que possui lugar diferencial no Outro e em relação a outro elemento naquela cadeia. Os três registros não possuem elementos em si mesmos, mas possuem determinadas propriedades somente em função de sua relação com os outros dois segundo cada caso. Trata-se de duas duplas mínimas, dois interlocutores que com seus dizeres constituem a possibilidade da leitura de duas cadeiras significantes necessárias para conceber e realizar a intervenção analítica.

A cena é, então, como a célula elementar da cadeia significante, a qual constitui o anel que faz o laço e possibilita que a cadeia possa ser lida em função de sentido a partir da relação com a Outra cena, que possui mesma estrutura da cena, mas é da ordem do inconsciente. Para ler a cena em função da Outra cena é necessário o reconhecimento de uma outra pessoa, ou de um Coletivo, que, em alteridade, escute a relação estabelecida. O encontro com cenas que insistem em reaparecer é o que da repetição faz marca.

A cena diz algo e possibilita a construção de narrativas nas quais o sujeito é protagonista e dá-se a ver à equipe através de suas construções. O projeto do documentário “O cuidado que queremos” atuou nesse sentido, proporcionando aos usuários a oportunidade de refletir sobre a rede e os dispositivos de cuidado instituídos ali, privilegiando o protagonismo deles na construção do serviço que utilizam. Gecélia aponta com isso o sentimento de estar no “caminho certo”, na direção da construção de um saber sobre si.

Renata destaca a função do protagonismo e da autonomia dos usuários como diferencial desse projeto, a partir da implicação e participação deles durante todo o percurso. Não é algo vindo de terceiros, mas é produção de cuidado deles para eles mesmos. “Não se faz saúde mental sem protagonismo” e, para Drean, essa “é a coisa mais bonita e mais difícil do projeto”. A dificuldade, segundo ele, está no caráter propositivo e, às vezes impositivo, do trabalhador de saúde mental. Ele aponta para a importância de que o trabalhador se desprenda dessa característica para ouvir aqueles que de fato são os protagonistas ali.

As viagens, ferramenta utilizada pelo projeto “o cuidado que queremos”, em aposta a partir da polissemia do significante “viajar”, que significa tanto realizar uma viagem como imaginar algo ou viajar nas drogas, possibilitaram pensar em outras perspectivas para além do já instituído nessa relação em movimento. Tiveram função de articuladora de cenas que possibilitaram o reconhecimento daqueles sujeitos na participação de seus tratamentos e da oferta de cuidado proporcionada pela escuta.

Júlio destaca a diferença existente nessa participação dos usuários em decidir o cuidado que querem para eles e, assim, construir o serviço em conjunto. Para ele, “é uma forma de tratar diferente, já que esse cuidado depende muito deles, do que eles querem como cuidado. O que eles querem produzir também”. Alguns querem fazer crochê, outros querem fazer artesanato, outros querem tocar violão, outros querem um espaço de escuta. É o reconhecimento deles enquanto sujeitos inscritos numa sociedade, que possuem saber sobre si, querer, competências e habilidades que podem ser transmitidas e ensinadas a outras pessoas que faz função na atenção à saúde mental.

No documentário “Epidemia de cores”, a filmagem não registra apenas o cotidiano da oficina, retrata as cenas que também falam desse reconhecimento do sujeito que emerge naquele espaço com a escuta de sua singularidade, através do potencial criativo de cada um. No encontro com participantes da oficina de criatividade, realizado em julho de 2018 na UFRGS, um aspecto da realização desse documentário que foi destacado diz do seu efeito de dispositivo para os pacientes se verem e serem vistos. A equipe, ao assistir ao filme, reconhece ali um instante de uma outra escuta, percebendo o efeito do que foi dito e feito.

Retomando o conceito de “cena originária” temos implicada aí uma dimensão de alienação, de fixação, de passividade. É quando reconheço que ocupo lugar em uma cena que me antecede, que posso inscrever nela uma diferença, produzir uma narrativa, enunciar-me, ocupar o lugar de protagonista. Sem o reconhecimento do assujeitamento à cena, recaímos no domínio do sujeito soberano. O reconhecimento passa pela atribuição aos sujeitos da potencialidade de desejar e responsabilizar-se por essa ação. A responsabilização passa também por vieses mais práticos e diários do cotidiano dos serviços, como diz Júlio – “nada é imposto, tu vai [*sic*] produzir o que tu tá pensando, o que tu achou interessante”.

Natália, durante roda de conversa sobre o filme “epidemia de cores”, quando suas pinturas circulavam, diz: – “Isso aí fui eu quem fiz e vocês, o que vão me dar de bonito hoje?”. No documentário, Sofia reconhece em Natália esse aspecto de se comandar e de valorizar seu jeito e seus gostos. A singularidade de Natália fica posta de lado em sua unidade hospitalar, por exemplo, por tudo ser compartilhado e imposto. – “Quando tudo é de todo mundo e isso é imposto, tu te perde [*sic*], tu não sabe mais quem tu é”, diz Sofia. O traço de Natália, enquanto sujeito e artista é efeito do reconhecimento do Coletivo, ação que sustentou a participação dela, quando convidada para representar a oficina, na exposição “Lugares do Delírio”, no Museu de Arte do Rio (MAR)<sup>10</sup>.

Na montagem da cena, o sujeito ali envolvido desempenha mais a função de autor do que de ator, sendo tal autoria reconhecida a partir do próprio Coletivo ali referenciado. Estamira, durante o documentário, mostra-nos um saber elaborado por ela sobre si e sobre sua trajetória em sua vida, sobre quem é e sobre ser efeito do que viveu, inscrevendo-se como agente, como autora de sua própria história. Recorro a Foucault (1969) quando fala sobre o que é um autor para refletir sobre essa posição na constituição da cena e no seu efeito de produção de subjetividade a partir do reconhecimento.

---

<sup>10</sup> Retirado de <https://www.facebook.com/epidemiadecores/posts/612635948928746>

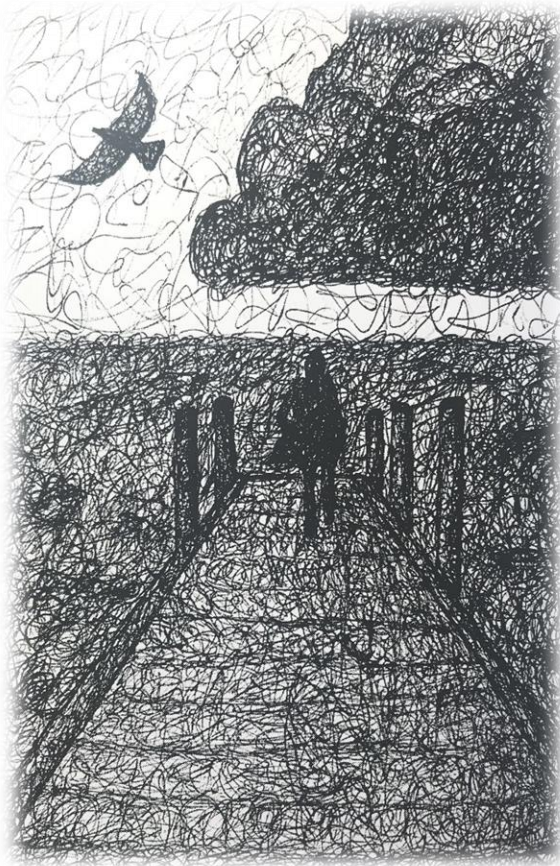
Apesar do filósofo em questão discorrer sobre a autoria no sentido daquele que escreve um texto, emprestamos algumas das noções que aborda naquele escrito para pensar sobre o sujeito autor no contexto aqui trabalhado. Um de seus apontamentos acontece na direção que o nome do autor exerce um papel em relação ao discurso, não se constituindo como simples elemento. Ao exercer esse papel, ele deixa a posição de substantivo para ocupar a posição de verbo, classe de palavra que indica ação, alteração de um estado. Sendo assim, funciona como caracterizador de um certo modo de ser nos discursos, o que Foucault denomina como função-autor, responsável pela circulação e funcionamento de certos discursos sociais. A concepção de discurso em Foucault, entretanto, não se limita ao apresentado no texto *O que é um autor?*, mas atravessa a obra do filósofo desde a *Arqueologia do Saber*, sendo bem mais complexa do que isso.

O autor, que não existe apenas em referência ao escritor, também pode ser entendido a partir de traços que conferem a ele um estilo de autoria. Na condição de autoria evocada a partir da elucubração da noção de cena, o sujeito emerge a partir do reconhecimento de sua função-autor no Discurso, que aqui funciona como instaurador do laço social.

Freud, que instaurou uma discursividade ao criar a psicanálise, “tornou possível um certo número de diferenças em relação aos seus textos, aos seus conceitos, às suas hipóteses, que dizem todas respeito ao próprio discurso psicanalítico” (Foucault, 1969). Essas diferenças ocorrem em função de um constante retorno ao discurso estabelecido por Freud e, conseqüentemente, constante alteração. A cada retorno algo é modificado, mas tem isso que resiste, o que podemos associar com o conceito de *réstance*. Foucault afirma que “o reexame dos textos de Freud modifica a própria psicanálise” (Foucault, 1969), embora mantenha isso que faz dela psicanálise, sua especificidade.

Por fim, associa a função-autor à função-sujeito, destacando que ambas as noções estão intrinsecamente ligadas. Autor seria o sujeito que está na origem daquela elaboração e o responsável por ela. Podemos tomar as cenas, então, como sendo produzidas pelos sujeitos, lugar a partir do qual pode ser produzido um texto. A autoria está em cada trajetória.

É a instauração de uma cena que possibilita a constituição de um trajeto para o sujeito no cotidiano da instituição, potencializando um deslocamento de sua posição subjetiva inicial. A cena é, então, um dispositivo clínico que possibilita que o paciente possa deslocar-se de sua alienação à Outra cena.



### **O Vento**

Vento que veio numa tarde vagarosa  
Por que tempestade, viste minha sonolência?

Aí disse:

Um sonho para um poeta ou para os poetas?

Mas vejo um grande pássaro  
Que diferença tem o vento e o pássaro que voa?  
E a lágrima, por que ela nos traz tanta suavidade  
ao homem poeta ou ao poeta louco?

Traz a frustração da própria loucura  
É que eu tenho a criatividade da loucura  
ou a lágrima que corre na face?

*Setembro de 2016*

### Capítulo 3: Caminhos entre redes e espaços públicos

Considerando que uma obra atravessa os tempos e, a cada leitura, discussão e comentário, se reatualiza na sua potência de transmissão (Froemming & Ribeiro, 2007), dou início à discussão a partir de um texto de Freud (1919 [1918]/2017) escrito e publicado pela primeira vez entre 1918 e 1919, em que ele discute o “futuro da psicanálise”. Ali somos convidados a rever as condições da terapia psicanalítica e a repensar os procedimentos até então adotados.

Na edição original, em alemão, esse texto é intitulado “*Wege der psychoanalytischen therapie*”, o que geralmente é traduzido livremente em termos de “Formas da terapia psicanalítica”, referindo-se às possibilidades de desdobramentos da prática analítica. O abandono da metáfora empregada por Freud em que *Wege* corresponde a caminho e a adoção do substantivo “formas” em seu lugar poderia ser considerado como uma maneira de destacar o aspecto formal do que se apresenta exteriormente, do que é abstrato, em oposição ao conteúdo. Em inglês, “*Turning in the ways of psycho-analytic therapy*”, a tradução já se refere a mudanças nos caminhos da psicanálise, em que podemos enfatizar a manutenção do plural quando se fala em caminhos. Em português, o título desse texto foi traduzido em pelo menos três formas: “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”, “Novos caminhos da terapia psicanalítica” e agora “Caminhos da terapia psicanalítica”. A ênfase era dada ao novo ou à ideia de progresso e não necessariamente ao caminho. Aqui, opto pela tradução mais recente cuja ênfase nos caminhos instiga a refletir a partir da ideia de lugares de trânsito, algo em curso que antecipa um percurso adiante.

O conteúdo desse escrito foi proferido na Academia de Ciências de Budapeste, no V Congresso Internacional de Psicanálise, onde Freud fala sobre “Caminhos da terapia psicanalítica” e defende um futuro voltado para o amplo acesso da população à psicanálise num presente que envolvia o fim da Primeira Grande Guerra<sup>11</sup>. Naquele momento ele falou não só para seus pares, mas também para alguns representantes dos governos envolvidos naquele conflito bélico, defendendo que era necessária a admissão da incompletude do conhecimento psicanalítico para revisitar as práticas adotadas pelos psicanalistas e assim propor inovações técnicas e teóricas para atender a outras formas de sofrimento psíquico e a um número maior de pessoas (Freud, 1919 [1918]/2017, p. 201-202). Em um texto político e desafiador, ele fala sobre um futuro possível para a clínica psicanalítica através de serviços públicos de saúde.

---

<sup>11</sup> Primeira Guerra Mundial (1914-1918).

Talvez essa tenha sido a primeira vez que a psicanálise se viu frente a políticas públicas e Freud utilizou a oportunidade para apontar a importância de ofertar assistência anímica à população, destacando a responsabilidade do Estado nisso, uma vez que não é somente sobre a instauração de serviços públicos de saúde mental, mas sobre as políticas públicas que os acompanham. Consideramos a perspectiva da oferta como pertinente, ao analisá-la a partir de uma perspectiva relacional. Como dito em termos de ciências econômicas, a oferta cria a procura. Assim, temos que considerar que se trata de um movimento que não se limita a amplas camadas da população acessarem a psicanálise, mas em que a psicanálise seja ofertada de modo amplo.

Quase cem anos depois, esse texto continua sendo lembrado e trabalhado, principalmente por quem reflete sobre a prática da psicanálise no âmbito da saúde pública. Nele, encontramos um cruzamento entre as dimensões ética e técnica da psicanálise ao tratar dos riscos de uma análise engessada que submeta seus destinos aos ideais do terapeuta ou a ideais sociais determinados. O texto ressalta que a teoria e a técnica psicanalítica são vivas e aponta para o fato de que a psicanálise não deve se encerrar em si ou em questões de épocas específicas. Freud convoca a repensar continuamente a psicanálise, interrogando as demandas atuais, observando em que direções pode se desenvolver. Tal conferência é tida como um “ato político contra a tendência ao dogmatismo presente no movimento psicanalítico” (Freud, 1919 [1918]/2017, p. 204).

Sua fala surtiu o efeito da criação, nos anos subsequentes, de cerca de uma dúzia de clínicas sociais/públicas espalhadas pela Europa. Junia de Vilhena e Carlos Rosa (2012) apontam que, com esse texto, Freud respaldara o diálogo da psicanálise com diferentes campos do saber em diferentes espaços além do consultório particular. Desde então, dimensões socioculturais vêm impondo implicações subjetivas fundamentais para uma abertura da clínica. Afinal, não é possível alienar a clínica psicanalítica daquilo que nos pertence da cultura e que, assim, tomamos como próprio.

Atualmente, no Brasil, vivemos uma época de desmonte das políticas públicas de saúde a partir de retrocessos governamentais e sociais. O Estado parece não apenas tentar se eximir de sua responsabilidade, mas também vai de encontro ao caminho percorrido até então. A esfera pública é constantemente ameaçada por interesses particulares.

O ato político, então, está não só no combate ao dogmatismo e a um saber hermético. Está também na manutenção das possibilidades de atenção e cuidado à saúde mental através de serviços públicos e a partir de dispositivos que sustentem usuários enquanto sujeitos garantidos de seus “espaços do dizer”, nos quais sejam asseguradas as possibilidades de expressar-se e

circular livremente. “Espaços do dizer” é uma expressão utilizada por Oury (2009) para denominar “lugares” onde algo possa se manifestar, onde seja possível haver emergência de alguma coisa. Não se tratando de uma questão física, delimitada por uma espacialidade, mas algo da dimensão subjetiva, do encontro e do acontecimento, correlativa à transferência.

Sadi, no documentário “O cuidado que queremos”, atribui às viagens essa função de “espaços do dizer”, afirmando:

– Eu pretendo fazer essas viagens com vocês para poder falar um pouco mais da minha vida, dos meus andamentos, dos meus projetos, da minha vida cotidiana, do meu conhecimento em geral, do meu conhecimento do CAPS que eu frequento e conheço as pessoas, do dia-a-dia, do que preciso, do que o CAPS é preciso ter o CAPS porque nós precisamos. E uma, esse projeto é muito bom pra [*sic*] nós para podermos interagir na sociedade, né?! [*sic*].

Aqui é importante ressaltar a apropriação, pelos usuários, da racionalidade do tratamento. O que isso significa? Podemos nos lembrar de Emmy von N.<sup>12</sup> que pedira a Freud para não a interromper, enquanto ela seguia falando. Ela percebera a racionalidade do tratamento psicanalítico?

## **Clínica**

A clínica psicanalítica é herdeira da clínica médica, que adotava uma ideia de doença como algo externo que atravessa o indivíduo. Tal noção muda com a concepção de sujeito oriunda do surgimento da modernidade. O que está em foco não é mais o indivíduo enquanto ser indiviso, mas um ser humano que se constitui em sua singularidade, advindo como sujeito. Com isso, a clínica na psicanálise estabeleceu-se, historicamente, como um dispositivo de que Freud lança mão realizando um importante giro conceitual: ela deixaria de ser marcada pelo olhar e passaria a ser caracterizada pela escuta e constituída pela linguagem.

Tais modificações acompanham a subversão realizada à perspectiva de clínica até então vigente, inaugurando uma clínica da escuta marcada pela existência de uma Outra cena, o inconsciente. Lacan adiciona a essa concepção a noção de sujeito de desejo estruturado como linguagem, que estabelece laço social através do Discurso<sup>13</sup>. O inconsciente é, então, tomado a partir de um estatuto ético, sendo a ética aquilo que dirige os atos do sujeito. Para Lacan, a ética da psicanálise é a do desejo (Lacan, 1959-1960/1988), “que não é a ética humanitária, nem a do bem supremo de Aristóteles ou de Kant, mas a ética do desejo – mais precisamente, a ética de bem dizer a relação do sujeito com o desejo” (Nicolau, 2015, p. 88).

<sup>12</sup> Paciente que Freud atendeu a partir de 1889 e inspirou a técnica da associação livre a partir do “falar livremente”.

<sup>13</sup> Conceito formalizado por Lacan no livro 17 de seu Seminário, intitulado “O avesso da psicanálise” (1969-1970).



Freud não abandonou a estrutura da clínica, mas subverteu a relação entre os elementos que a compõem, a saber: semiologia (os sinais/cartografia), diagnóstica, etiologia (premissa filosófica, conceito/causa) e terapêutica (horizonte normativo e ético; influenciada pelo contexto político, social e ideológico) (Dunker, Voltolini & Jerusalinsky, 2008). Com a concepção clássica de clínica ligada à sua vertente terapêutica, ambos os termos acabam sendo constantemente associados como sinônimos ou como termos aproximadamente equivalentes. O modelo da clínica médica é diretamente ligado à noção terapêutica, que acabou transferido, junto à sua terminologia, como designador de práticas e instituições dos profissionais de saúde: o enfoque na atenção, na compreensão e no tratamento de patologias acompanhou a representação social do termo “clínica”, ligado à medicina (Lang, 2017).

De acordo com A. C. Figueiredo (2017), com a adoção e implementação da reforma psiquiátrica brasileira, essa ligação do termo clínica ao modelo médico foi questionada<sup>14</sup>. Foi cunhado então, no final dos 1980, o termo “clínica ampliada”, como estratégia para o trabalho nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Entretanto, a adoção do novo termo não convenceu: havia tanto a dificuldade de resignificar o termo “clínica” quanto o fato do termo “ampliada” não abranger outras áreas e práticas para além da clínica. Ainda assim, o uso do termo clínica ampliada naquela época foi mantido pelo seu caráter político; hoje mantém-se enquanto estratégia para “assegurar a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade” (Figueiredo, 2017, p.34).

Charles Lang (2017) aponta que esse modelo de clínica médica continuou a ser exercido até que a criação do SUS e a inserção da clínica na saúde pública evidenciassem a necessidade de desvinculação a esse modelo. A partir de então, destaca A. C. Figueiredo, o avanço das políticas públicas estimulou o desenvolvimento de novas práticas, que extrapolam as fronteiras da área da saúde e consolidam-se no campo da atenção psicossocial. Passa a vigorar um novo conceito de clínica marcado pela contextualização, pela reflexão sobre o ato clínico e pelo princípio de territorialidade, em que o sujeito não deve ser alienado do lugar onde vive e das relações que estabelece, considerando as condições que influenciem sua história, como os aspectos socioeconômicos.

Tal concepção envolve também implicação do clínico em uma práxis. Novos contextos e novas demandas solicitam “novas e emergentes possibilidades no plano do tratar, do cuidar do outro, do alívio das mazelas e da condição do paciente” (Lang, 2017, p.99). Com isso, na perspectiva de uma clínica pública estruturada a partir da noção de clínica ampliada e do

---

<sup>14</sup> Inspirada pela não aceitação do uso da palavra clínica pelo movimento da reforma psiquiátrica italiana para definir sua proposta

princípio da centralidade da noção de cuidado integral é possível apostar na teoria e no método da psicanálise para trabalhar com base na potencialidade dos espaços intercessores e da possibilidade de construção de dispositivos e estratégias de atenção que privilegiem a emergência do sujeito de desejo.

De acordo com Cristiane Silva, Marlene Terra, Maria Henriqueta Kruse, Silviamar Camponogara e Mariane Xavier (2016), espaços intercessores são ambientes de relações produzidas a partir do encontro entre sujeitos que duvidam, questionam e problematizam as práticas em saúde, cujo produto é mais que o somatório das pessoas que fazem parte deste ambiente, englobando também o “trabalho vivo”<sup>15</sup> ali produzido de uma realidade sempre em movimento, que desencadeia novas possibilidades do agir em saúde. Tal noção é caracterizada como micropolítica de encontro.

É também pela dimensão do encontro que se articulam as linhas de cuidado (Ceccim & Ferla, 2006). Este termo refere-se à organização da gestão e atenção à saúde referenciada pelo conceito de integralidade e orientada por uma concepção de saúde que subverte sua relação com a ideia de patologia. Descentraliza-a da noção de tratamento e entende-a em um amplo espectro que inclui as pessoas numa rede de práticas cuidadoras em saúde.

Isso significa pensar saúde não como ausência de doença, como já propunha Georges Canguilhem (1943/1995) ao escrever sobre o “Normal e o Patológico”, mas como estratégia de vida, estabelecimento de normas que considerem as singularidades. Saúde não é mais somente aquilo reestabelecido pela administração objetiva de medicamentos. A complexidade das situações de saúde implica responsabilização e envolve uma dimensão de alteridade; assim como envolve uma rede de atores e agentes, lugares e posições e deve ser trada a partir de seus múltiplos âmbitos.

Ceccim e Ferla (2006) defendem ações e serviços de saúde que sejam implicados com a construção de respostas possíveis às queixas que chegam aos serviços, sendo “o processo de consultar, atender e prestar procedimentos capaz de produzir, além da terapêutica, conhecimento e sensação de cuidado, assim como autonomia e ‘desejo’ de vida em cada usuário” (p.165)<sup>16</sup>.

Dialogo com Roberto Medeiros (2015) que propõe que para haver cuidado integral em saúde é preciso garantir o acesso para que, através da responsabilização, seja gerada autonomia. Ele afirma que “todo ato em saúde procurará respeitar a singularidade e a cidadania daquele

---

<sup>15</sup> Grifo para indicar utilização desse conceito em específico pelas autoras.

<sup>16</sup> Grifo meu para indicar que é um termo utilizado pelos autores e não está associado, necessariamente, com a concepção de desejo para a psicanálise.

que é cuidado, evitando tutela ou reificação do sujeito que busca atenção a sua saúde” (p.1166). Sustenta, assim, uma noção de cuidado que se diferencia de outras que mantêm práticas verticalizadas entre lugares de especialidade e generalidade.

Outro elemento da clínica subvertido em relação à concepção médica outrora adotada é a diagnóstica. A clínica deixa de ser instrumentalização do diagnóstico e este passa a funcionar como balizador que orienta uma terapêutica, não sendo utilizado para fins subjetivos. O diagnóstico em psicanálise é caracterizado como sendo diferencial à medida que se configura como um processo estabelecido a partir da fala do sujeito em sua relação transferencial com o analista e atua no sentido de auxiliar na direção do tratamento. Ele não irá se ater à fenômenos observáveis para chegar a uma conclusão objetiva, mas ao modo de relação do sujeito com a linguagem e do inconsciente com a realidade para nortear a escuta.

Ao invés do trabalho com as categorias nosográficas, tem-se uma noção estrutural da linguagem, que irá implicar em efeitos de sujeitos que nos remetem não a categorias, mas sim a três posições do sujeito em relação à linguagem: neurose, psicose e perversão (Figueiredo & Machado, 2000). A consequência disso, dentre outras, é a não cristalização de um saber prévio sobre o ser falante, dando lugar à escuta do sujeito para que este produza um saber sobre si.

Nos documentários “Epidemia de cores” e “Estamira”, Sol e Estamira, respectivamente, falam sobre os diagnósticos psiquiátricos que já receberam ao longo de suas vidas. Sol diz ter vários diagnósticos e que um de seus CID’s (Código Internacional de Doença) é o de retardo mental, que engloba os CID’s 70 a 79. Questiona e problematiza essa categoria em que foi enquadrada e o faz ao recitar uma poesia, durante a gravação do documentário, que dedica para o apresentador Jô Soares, ao contar sobre o sonho de estar no programa de televisão dele. Estamira, que foi diagnosticada com esquizofrenia (CID 20), em sua fala intensa e acelerada, comenta o que dizem sobre ela: – “Deficiência mental eu acho que tem quem é imprestável. Perturbação não é deficiência, qualquer um pode ficar perturbado”. Aponta também, para o efeito de enclausuramento que o diagnóstico psiquiátrico operou nela, discorrendo sobre os episódios de internações psiquiátricas que ocorreram com ela e na família e seu percurso por serviços de saúde onde a medicalizaram e não a escutaram: – “Uma conversinha qualquer e eles só copeia”. Conta que “a dotora passou remédio pra raiva” e reflete: – “Se eu sou loca visivelmente, naturalmente, com o tal do diazepam<sup>17</sup> eu fico mais ainda”.

Sobre a discussão referente ao diagnóstico, Marianne Ribeiro (2007) destaca a necessidade de pensar a posição do sujeito frente ao seu discurso, numa clínica que, a partir da

---

<sup>17</sup> Medicação amplamente conhecida, do grupo de benzodiazepinas, que geralmente produz efeito calmante.

escuta, seja recuperada do campo das especialidades e tenha a sua potencialidade redimensionada para o campo de atuação junto ao paciente. Faz-se necessário pensar as condições de assunção da singularidade do sujeito, fazendo frente à padronização dos indivíduos por categoria diagnóstica.

### **SUS e Saúde Mental: Políticas Públicas de Saúde Mental**

Segundo o portal *online* do Ministério da Saúde do governo brasileiro, “o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo”<sup>18</sup>. A definição adotada para saúde gira em torno da concepção relacionada a um estado de vida composto por dimensões que compreendem estado vital, setor produtivo e área do saber. Esses fatores funcionam como balizas para que as sociedades identifiquem problemas e necessidades, organizando-se e buscando explicações a fim de que seja possível enfrentá-los levando em consideração fatores econômicos, políticos e culturais.

Cada sociedade pensa e estrutura seu sistema de saúde baseado em princípios e valores influenciados por determinantes sociais. Tais sistemas de saúde agregam agências e agentes cujo objetivo é promover e manter a saúde das pessoas, enquanto indivíduos, e da população, de modo geral. De acordo com a forma que são geridos e financiados, e a partir da assistência prestada, são classificados de diferentes maneiras que podem coexistir numa mesma sociedade: universalista, assistencialista, de seguridade social e de seguridade privada.

O sistema de saúde pública brasileiro criado a partir da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, é universalista e visa garantir à toda a população do país o direito à saúde em sua mais ampla concepção. Até a definição constitucional de que “saúde é direito de todos e dever do Estado” (artigo 196), o sistema público de saúde, que na época era composto por serviços hospitalares, atendia apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, sendo os demais atendidos por entidades filantrópicas.

Apesar de garantido pela Constituição, o SUS deveria possuir uma legislação própria, que especificasse e esclarecesse sobre a aplicação das orientações gerais estabelecidas naquele documento. Sendo assim, foi criada a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90), em 19 de setembro de 1990, complementada pela lei 8.142/90. Esta lei atua regulando as ações e os serviços de saúde e para isso estabelecem condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e organização dos serviços correspondentes.

---

<sup>18</sup> Retirado de <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>

A noção de cidadania garantida ainda pela Constituição de 1988 foi princípio central da instituição normativa da saúde como direito social garantido pelo poder público. Todos os brasileiros são cidadãos e, portanto, possuem os mesmos direitos. Entendendo, entretanto, as diferenças econômico-sociais presentes na sociedade, fruto da desigualdade de gênero, classe e raça, o SUS foi organizado em mais outros dois princípios fundamentais além da universalidade: a equidade e a integralidade. Isso significa que não só todas as pessoas brasileiras têm direito à saúde, como as suas necessidades devem ser atendidas de maneira integral e a partir de ações integradas, considerando que as pessoas têm necessidades distintas devido às desigualdades existentes e que, por isso, onde há mais carência deve haver mais investimento.

É importante destacar que essa Constituição foi promulgada no período em que o Brasil recentemente havia entrado em processo de redemocratização após o período da Ditadura Militar instaurada nos anos de 1964 a 1985. Nessa época, os militares alternaram-se no governo do país por vinte e um anos de eleições indiretas em que o povo foi silenciado, destituído de direitos sociais e submetidos a práticas violentas de diversas ordens, incluindo física e subjetiva. Em períodos de restrições sociais e políticas, emergem movimentos de resistência.

Foi assim que, entre os anos 1976 e 1988, houve o movimento da Reforma Sanitarista no Brasil, em que trabalhadores da saúde do país estiveram em movimento em prol do estabelecimento de melhorias e da garantia do direito à saúde da população. O SUS foi conquista desse movimento, que demandou, em linhas gerais, responsabilização do Estado a partir de políticas econômicas e sociais cujo objetivo era reduzir o risco de doenças e outros agravos e o de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação na área da saúde. Dessa maneira, o SUS preconiza esse acesso sem discriminar classe social, raça, etnia ou orientação sexual, permitindo o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde. Mais tarde seriam estabelecidas políticas específicas para os segmentos da população, em especial daquelas que vivem em algum grau de vulnerabilidade, disponibilizando ações de saúde direcionadas às necessidades de cada uma delas, como, por exemplo, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; e a Política Nacional de Atenção Integral à saúde das Mulheres.

A Política Nacional da Saúde Mental (Lei Nº10.216/ 2001), juntamente com diversas portarias que a complementam – Portaria SNAS Nº189 (1991), Portaria SNAS Nº224 (1992), Portaria Nº336/GM (2002) – compõe o conjunto de leis instituídas no sentido de ofertar às pessoas em sofrimento psíquico uma melhor qualidade de cuidado e atenção dos serviços de

saúde mental no sentido de estabelecer um conjunto de práticas humanizadas com diversos procedimentos, técnicas e métodos terapêuticos. Tais leis são propostas a fim de sustentar o direito à tratamento humanizado e respeitoso em serviços de base comunitária a partir de princípios que visem a assistência e a promoção de saúde em prol da reinserção social, incluindo a participação da sociedade e da família como componentes da rede de atenção acessada pelo usuário.

A legislação supracitada atua também no sentido de regular práticas hospitalares que, historicamente, vêm se mostrando manicomiais e asilares. Assim, instituem recursos extra hospitalares como centrais na rede de atenção, lançando mão dos hospitais psiquiátricos quando aqueles mostrarem-se insuficientes. Ainda que o objetivo seja a promoção de uma assistência integral e que as internações, quando necessárias, sejam breves e realizadas mediante autorização médica, é problemática a sobreposição dessas duas lógicas distintas, a manicomial e a substitutiva. Não é tranquilo lançar mão do recurso de internação em hospitais psiquiátricos ao invés de investir em recursos da rede de atenção substitutiva que amparem os sujeitos mesmo que em momentos mais urgentes de sofrimento psíquico. Cabe pensar quais outros recursos poderiam ser utilizados e como poderiam ser instituídos, de modo a não recorrer a práticas asilares para tanto.

As ações e os serviços públicos que compõem o SUS não são totalmente estatais. É constitucional que estes sejam complementados com serviços da rede privada de saúde que, nesse caso, funcionam como se fossem públicos. O SUS, então, é organizado, segundo o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, em uma rede regionalizada, hierarquizada, descentralizada e gerida também através da participação popular/ da comunidade, a fim de promover a democratização dos serviços e das decisões em relação à saúde. É sistematizada a partir da complexidade dos serviços – termo compreendido em referência aos recursos disponibilizados – e do princípio de territorialidade, que funciona como facilitador para o trabalho em rede. A partir dele é possível lançar mão de equipamentos e instituições sociais como parte da RAPS a fim de promover ações de saúde, principalmente na inclusão do sujeito no convívio social. Ao SUS estão conectadas várias redes, como a de atenção à saúde, e a de assistência social, além de redes sociais e comunitárias.

## **Rede**

O conceito de rede aparece em alguns dicionários como tecido de malhas com aberturas regulares, feito pelo entrelaçamento de fibras ligadas por nós ou entrelaçadas nos pontos de cruzamento. O dicionário Aurélio conceitua rede, ainda, como dispositivo, conjunto

interconectado de vias, canais, fios, meios de transporte, locais ou agentes. Algo que é resistente, possui função de transmissão e é gerada por uma fonte com determinada finalidade. A ideia de rede remete ao estabelecimento de laços e conexões, ao funcionamento de vários pontos interconectados. No sistema público de saúde, as redes são compostas pela articulação entre os serviços que as constituem e as relações entre os atores que por elas circulam, sendo os pontos delas interdependentes e igualmente importantes.

A rede de atenção à saúde mental faz parte do SUS e é estabelecida em termos da RAPS, que começou a ser instituída em 1992 a partir das primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de serviços substitutivos para atenção e cuidado à saúde mental. A década de 1990 foi marcada então pelo início das implantações de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos CAPS e Hospitais-dia pioneiros, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos através da assinatura da Declaração de Caracas<sup>19</sup>, em 1990. A RAPS estruturou-se da seguinte maneira ao longo dos anos:

Figura 1 – Tabela com os componentes da RAPS

<b>Atenção Básica em Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade Básica de Saúde,</li> <li>• Núcleo de Apoio a Saúde da Família,</li> <li>• Consultório na Rua,</li> <li>• Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório</li> <li>• Centros de Convivência e Cultura</li> </ul>
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;</li> </ul>
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMU 192,</li> <li>• Sala de Estabilização,</li> <li>• UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde</li> </ul>
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Acolhimento</li> <li>• Serviço de Atenção em Regime Residencial</li> </ul>
<b>Atenção Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermaria especializada em Hospital Geral</li> <li>• Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas</li> </ul>
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Residenciais Terapêuticos</li> <li>• Programa de Volta para Casa</li> </ul>
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,</li> <li>• Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais</li> </ul>

Fonte: Ministério da Saúde (2012)

A rede de atenção psicossocial foi montada praticamente durante o século XXI, após décadas de movimentos sociais, avanços políticos e estudos teóricos. O movimento

<sup>19</sup> Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nos países da América Latina. Recuperado de [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)

antimanicomial, iniciado nos anos 1980, percorreu longo caminho junto à democratização do país para consolidar, só nos anos 2000, a rede como a conhecemos hoje. Tal consolidação indica melhoria na atenção à saúde mental, estando ainda em algumas das primeiras fases desse projeto de atenção. Consolidar a base e as diretrizes da política nacional de saúde mental funciona para seguir o percurso e continuar construindo outras formas de cuidado e atenção. A luta antimanicomial foi iniciada pela luta de trabalhadores da saúde mental que objetivavam mudar a realidade de que a saúde era mercantilizada nas décadas de 1960 e 1970 e as clínicas, os hospitais e as comunidades terapêuticas, muitas conveniadas pelo SUS, funcionavam como depósitos de “doentes mentais” e quase não ofertavam tratamento terapêutico. Ao longo das décadas que se seguiram, foram muitos os avanços, mas, por serem tão recentes, o retorno à essa condição está sempre à espreita.

A reforma começou em hospitais públicos, que foram reformados e transformados. Em 2001, com a Lei 10.216, conhecida como a Lei Paulo Delgado, a assistência em saúde mental foi redirecionada, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária para pessoas em sofrimento psíquico. Desde então, no contexto da promulgação dessa lei, com a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental e com a participação de movimentos sociais ativos em prol de reformas antimanicomiais, vinha sendo consolidada a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da reforma psiquiátrica, que teve seu auge entre os anos de 2003 a 2010.

A RAPS atua, segundo instituído em portaria pelo Ministério da Saúde, de maneira integrada, articulada e efetiva em diferentes pontos de atenção estabelecidos de acordo com os diferentes níveis de complexidade, a saber: a atenção primária, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF); a atenção secundária, com os ambulatórios, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); e a atenção terciária, com os hospitais. É pela forma matricial, por exemplo, que a rede de saúde mental se articula com os núcleos de atenção primária. Existem alguns municípios que, devido ao baixo número de habitantes, não possuem CAPS implementados e assim a rede de cuidados à saúde mental é estruturada a partir da Atenção Básica (AB), ainda em um modelo de redes de cuidado de base territorial, buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Com isso, pequenas equipes de saúde mental, lotadas em ambulatórios, dão apoio às equipes da AB, compartilhando casos e dividindo a responsabilidade por eles. As discussões desses casos são realizadas de forma conjunta, assim como intervenções junto às famílias e atendimentos, bem como supervisões e capacitações. Essa rede, que existe no intuito de superar uma lógica fragmentada, privilegiando a atenção e o cuidado aos usuários, tem como



fundamento a presença constante de movimento em diferentes espaços da cidade, estimulando autonomia e emancipação de pessoas em sofrimento psíquico.

### **Reconfiguração e desmonte das Políticas Públicas de Saúde Mental**

Escrevo em meio ao momento em que o país vive uma série de retrocessos políticos e tem seu regime democrático sob ameaça. Parte da população, por exemplo, declara-se insatisfeita com a democracia, chegando a pedir a volta do governo militar. Steven Levitsky e Daniel Ziblatt (2018), no livro “Como as democracias morrem”, a partir da análise dos desempenhos dos estados democráticos e ditatoriais pelo mundo, explicam sobre como alternativas autoritárias de governo não são estratégias melhores para resoluções de problemas governamentais. Apontam também o perigo derivado da nostalgia por épocas passadas regidas por governos autoritários.

Democracia significa, de modo geral, a possibilidade de ter e exercer direitos sem represálias violentas por parte do Estado, que ameacem não só a vida dos cidadãos, como a perspectiva de ser livre e desejar. Levitsky e Ziblatt (2018) pontuam que a transição de regimes ditatoriais para regimes democráticos é acompanhada geralmente por altas expectativas como garantia de justiça e fim da corrupção, do racismo e das desigualdades sociais e, quando isso não se concretiza, gera desapontamento por parte dos cidadãos, o que está tendo como efeito a descrença nesse sistema político.

A polarização política pode ser entendida como sinal de alerta, razão para que a população preste atenção em como a democracia está sendo praticada, não a tomando como garantia e sim como situacional, algo que pode ser modificado a qualquer momento. A democracia no Brasil é jovem, recém instituída, em processo de estabelecimento de seu funcionamento e de construção de suas bases. A democracia está sob ameaça quando os políticos e seus partidos se eximem da responsabilidade e param de adotar medidas que estejam em consonância com essa filosofia política. Assim, a população não consegue acessar aos supostos ideais democráticos e colocam em dúvida os benefícios proporcionados por esse tipo de regime.

As democracias acabam nas mãos de representantes do governo eleitos pela população e por trás de uma fachada de democracia escondem-se políticas autoritárias. A Constituição por si só não garante a democracia, ela precisa ser reforçada e apoiada por normas democráticas, como por exemplo, candidatos de partidos políticos “rivais” apoiarem-se em prol da

manutenção de práticas democráticas de governo, o que não temos visto em território nacional nos últimos anos.

Os autores do livro também trazem o termo traduzido por “jogo duro constitucional” (p.125), o qual nomeia a prática em que são utilizados os termos da lei para prejudicar os espíritos da lei, podendo lançar mão do impeachment como uma ferramenta para tanto. Nesse sentido, o congresso lançaria mão dessa manobra política para afastar da presidência alguém que vai de encontro aos seus interesses, por exemplo. Com isso, poderíamos pensar o impeachment ocorrido no Brasil em 2016 contra a presidenta eleita Dilma Rousseff a partir desse viés, uma tentativa bem-sucedida de instaurar práticas e ideologias não endossadas pela presidência.

Para Levitsky e Ziblatt (2018), a prática recorrente desse “jogo” pode prejudicar e até acabar com a democracia, no sentido que utiliza ferramentas institucionais que deveriam ser para proteção da população em prol de interesses pessoais ou partidários. As estratégias da tolerância mútua e da auto restrição atuam no sentido de que o espírito da lei deve estar acima dos termos da lei. Os partidos políticos poderiam tratar-se como “rivais”, mas não considerariam que a existência um do outro seria capaz de aniquilar sua existência; ou seja, para um existir o outro não tem que desaparecer. Tais estratégias implicam a não utilização de instituições como armas contra seus adversários políticos.

O que teve início com o impeachment, que se configurou para parte da população como um golpe de Estado institucionalizado, teve continuidade com as eleições presidenciais brasileiras de 2018. A partir da eleição para o cargo de presidente da república de um candidato autoproclamado conservador, com discurso autoritário e incitação de discurso de ódio, estão sendo adotadas medidas retrógradas, que minam as políticas públicas implementadas e amplificam, dentre outros, efeitos de discriminação social, racial e de gênero.

Esse cenário se atravessa na minha escrita por impactar tanto o fazer da pesquisa em universidade pública quanto o fazer da psicanálise e a manutenção e o desenvolvimento das políticas públicas de atenção e cuidado à saúde mental. Pesquisar sobre os caminhos da clínica psicanalítica entre redes e espaços públicos quando tais elementos “dançam na corda bamba de sombrinha”<sup>20</sup> tem-se revelado um potente e angustiante desafio.

Em meados de dezembro de 2017, foi lançada a atual proposta do Plano Nacional de Saúde Mental, chamada de “A nova Política Pública de Saúde Mental”. As manchetes anunciaram a novidade sobre os retrocessos do governo brasileiro, na época sob

---

<sup>20</sup> Referência à música “O bêbado e a equilibrista”, composta por João Bosco e Aldir Blanc (1979) e conhecida na voz de Elis Regina.

responsabilidade do vice-presidente da presidenta Dilma Rousseff, Michel Temer, com os dizeres: “Governo Temer desmonta, com uma canetada, programa de saúde mental modelo para o mundo” (Bittencourt, 2017). Uma canetada bastou para dar vários passos para trás em décadas de trajetória de luta antimanicomial.

Isso ocorreu na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – que tem o ministro da saúde em sua composição –, onde foi aprovada uma resolução alterando a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) ao estabelecer novas diretrizes para a RAPS que desconfiguram a política construída a partir dos princípios e diretrizes da Reforma Antimanicomial e do SUS. Tudo isso menos de uma semana depois de comemorados, num encontro simbólico e emblemático em Bauru (São Paulo), trinta anos de uma sociedade sem manicômios (CFP, 2017a).

Tal resolução foi aprovada através da publicação de uma portaria que viola determinações legais sobre o cuidado e a atenção a pessoas em sofrimento psíquico, indo de encontro à lei Paulo Delgado acerca da desinstitucionalização psiquiátrica. Além do teor da portaria, entidades diretamente relacionadas à atenção e ao cuidado em saúde mental, bem como à gestão, se posicionaram contra a maneira antidemocrática com a qual foram tomadas essas medidas: a CIT recusou-se a escutar os argumentos dos manifestantes que se organizaram em frente ao prédio onde ocorreu a reunião e também negou a palavra ao presidente do Conselho Nacional de Saúde que, apesar de não ter direito a voto, tinha direito a voz. A quem serve, então, tal mudança?

Para o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2017b), “o Ministério da Saúde não está preocupado com a política de saúde mental e prefere o recorte mercantilista em detrimento da política de saúde coletiva ou de saúde pública”, já que a alteração traz de volta ao cenário medidas que foram abandonadas pela sua ineficácia e violação aos direitos humanos em detrimento da rede de atenção montada e articulada durante décadas. A modificação não tem apenas efeitos legais. Com essa portaria, os hospitais psiquiátricos voltam a ser financiados pelo governo, assim como as comunidades terapêuticas, cujo aporte de financiamento chega a ser oito vezes maior do que o necessário para implementação dos demais dispositivos da rede (CFP, 2017c).

Após essa resolução da CIT foram lançadas mais algumas portarias e resoluções entre dezembro de 2017 e janeiro de 2018, que deram continuidade a essa mudança de posição ideológica do governo brasileiro em relação à saúde mental. Esse processo culminou na Nota Técnica nº11/2019, cujo assunto é descrito como “esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”.

Através desse novo documento delimitam novas diretrizes de ações propostas para realização ainda de forma conjunta entre Município, Estado e União, alegando ser para o fortalecimento da RAPS e situam as demais portarias precedentes como acessórias e complementares. Apresenta também as novas diretrizes do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que modificou as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas a partir dos mesmos parâmetros. Tal alteração impacta diretamente sobre o tratamento e o cuidado ofertados às pessoas em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas que estão sob atenção das políticas públicas de saúde.

A Nota Técnica sustenta que a RAPS deixa então de ser considerada como serviço substitutivo e volta a financiar os hospitais psiquiátricos, estimulando não só a manutenção daqueles que ainda existem como a abertura de outros novos. Incentiva a volta da especialização no cuidado à saúde mental, privilegiando ações como abertura de comunidades terapêuticas e a ampliação de ambulatórios, aumentando o poder médico psiquiátrico em detrimento de outros campos da saúde como psicologia e assistência social, por exemplo, e outros campos de conhecimento, como as áreas artísticas.

Além disso, estabelece a abstinência como política central de tratamento na vertente de álcool e outras drogas, desconsiderando as práticas de redução de danos que vinham sendo utilizadas e amplificando o estigma social dos adictos. Tais práticas foram instituídas pela Portaria Nº 1.028 (2005), que regula “ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência”. Nesse documento são priorizadas estratégias que visam qualidade de vida a partir de medidas de informação, educação, aconselhamento, assistência social e à saúde e oferta de insumos de proteção e prevenção à Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), “respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade”. O objetivo não é impor preceitos particulares morais ou determinar o que é melhor para todos os sujeitos, mas escutar a singularidade das histórias ali envolvidas e ofertar práticas preventivas e de tratamento alinhadas com a realidade de cada um, proporcionando funcionamentos que causem menos danos à saúde destes.

É possível pensar a redução de danos como estratégia clínico-político que se aproxima da ética da clínica psicanalítica no sentido de considerar ali um sujeito de desejo, escutando a função do sintoma e a estrutura do sofrimento. O uso compulsivo e abusivo de substâncias químicas deve ser lido em seu caráter relacional com a história do sujeito, entendo que não há padronização que dê conta de todos e, portanto, cada um demandará cuidados específicos.

A reforma psiquiátrica tem como um de seus objetivos estabelecer restrições no que se refere à especialização do cuidado à saúde mental ao saber psiquiátrico no modelo dos hospitais.

Entretanto, não proíbe a internação ou exclui esse modelo de tratamento, mas defende a descentralização e a substituição de serviços, que ofertam outras formas de atenção e cuidado às questões de saúde mental, pulverizando a atenção psicossocial no território, nos bairros, e realizando uma rede psicossocial com diferentes agentes e agenciadores, com a atenção básica ou atenção primária, com outros dispositivos da saúde, com dispositivos da educação, com dispositivos jurídicos e com dispositivos sociais (com as instituições familiares, religiosas e comunitárias).

Ou seja, a ideia é que novos hospitais psiquiátricos não sejam construídos e que haja um controle maior das internações, realizadas apenas em último caso, tendo como efeito a redução das internações como tratamento de saúde mental e o redirecionamento do modelo à atenção psicossocial. Com isso, a proposta é de que o hospital psiquiátrico não seja o centro do tratamento assim como a medicina, mais especificamente a psiquiatria, não seja a especialidade científica principal responsável pelo cuidado e tratamento de questões psíquicas. Que o cuidado seja ofertado por equipe compostas por várias especialidades, para atender ao sujeito em sua integralidade, sem privilegiar um aspecto em detrimento a outro e sem perder a especificidade de cada modalidade de cuidado.

A. C. Figueiredo, em entrevista *online* (2019), salienta a diferença entre especialismo, que reduz tudo a uma única formação e profissão, e especificismo, que é ser específico no que faz. Essas alterações na política nacional de saúde mental privilegiam um avanço do especialismo, não do específico. As práticas passam a ser reduzidas aos especialistas, o que podemos ler em clara contraposição à princípios como os da clínica ampliada, por exemplo.

Para a psicanalista, quando o hospital e o ambulatório são centralizados, existe uma área intermediária, a do trabalho de atenção psicossocial, que fica estrangulada: primeiro a partir dos financiamentos, depois do projeto. Com as mudanças instituídas pela Nota, por exemplo, as comunidades terapêuticas atravessam o fazer dos CAPS AD, que assistem especificamente à população em sofrimento causado por álcool e outras drogas. Além das comunidades privadas, existem as comunidades e os centros clínicos conveniados com o SUS, financiados por ele, para internar e trancafiar essas pessoas em sofrimento. Com isso, o sofrimento mental é transformado em mercadoria, o que parece ser o objetivo do desmonte das políticas públicas de saúde mental. Um mercado da saúde é estabelecido, visando o enriquecimento pessoal de uns em detrimento da sanidade mental de outros.

As comunidades terapêuticas, as técnicas de eletroconvulsoterapia (ECT) e o hiper investimento em leitos e hospitais psiquiátricos atuam no sentido da retomada da lógica manicomial por configurarem-se como práticas e técnicas manicomiais de alienação e exclusão.

A eletroconvulsoterapia é uma técnica que foca na estrutura orgânica do cérebro em detrimento do sujeito, sem levar em consideração, efetivamente, as relações em que está inserido. É uma prática paliativa que prioriza a supressão rápida dos sintomas vigentes. A ECT era comumente utilizada com método punitivo e de controle e ainda hoje pode configurar-se dessa maneira, mesmo que possam ser utilizadas maquinarias modernas e uso de anestesia e relaxante muscular durante o procedimento. Existe, entretanto, uma parcela da comunidade de profissionais de psicologia no país que não só defendem a utilização da ECT, mas pregam que esta seja instituída amplamente no tratamento de condições graves de sofrimento mental, considerando como ideológicas as contestações ao retorno da instituição dessa prática e instaurando uma disputa de forças em meio à categoria.

As internações psiquiátricas e as comunidades terapêuticas atuam no sentido de retirada dos usuários do convívio social, num processo de desterritorialização e reclusão, avessos aos princípios pelos quais o SUS se organiza e à Lei Paulo Delgado. A Lei Paulo Delgado, inclusive, é citada no documento, mas está sendo implodida a cada medida tomada a partir das novas portarias que vêm sendo liberadas. A CIT tem atuado nessas modificações de maneira vertical, embora sua atuação seja de ordem consultiva e não de mudanças de orientações da lei.

Assim, o que traz de “novidade” são os retrocessos clínicos e a retomada de práticas sem vieses terapêuticos que foram sendo abandonados nos últimos trinta anos, marcados pela implementação e manutenção do viés antimanicomial das políticas públicas de saúde mental. É a oficialização das práticas de desmonte dos ganhos e avanços conquistados a partir do movimento da reforma psiquiátrica, a partir da instituição de novas e antigas práticas de controle de corpos e subjetividades.

A nova política de financiamento do governo federal, através do Ministério da Saúde, restabelece o panorama do lucrativo negócio da saúde mental, mascarado pelo pretense objetivo de ampliar a rede de cuidados ofertada à população. Tal nota expressa uma nova ideologia operante sobre a saúde mental, que visa não maior assistência e protagonismo do sujeito, como escrito no documento, mas o fortalecimento de um mercado altamente rentável. O presidente do CFP denuncia a lucratividade que acompanha tal ideologia e práticas manicomiais, pontuando o caráter de retorno ao modelo da abstinência com práticas consideradas ultrapassadas e ilegais (Sudré, 2019).

João, que já esteve internado no HPSP, conta, através do documentário “Epidemia de Cores”, sobre os doze anos que passou preso pelas paredes do hospital, submetido a práticas manicomiais. Relata que as “irmãs” do hospital só davam “injeção e choque” e conta sobre os pesadelos com essa época, dizendo que “tinha que se cuidar de noite para não ser roubado”.

Disse que no hospital “aprendeu a lição”, dizendo ter valido a pena sair dali e que não gosta de se lembrar de lá. Com 65 anos de idade, teve dificuldades em retornar ao HPSP para a oficina: no documentário contam que ele resistiu em ir e só depois passou a dar uma chance, saindo, no início, às 11 horas por não confiar que poderia sair quando quisesse. Ao perceber a liberdade que tinha, de ir e vir, começou a passar mais horas ali, fazendo o que ele gostava: expressar, com tintas coloridas, as coisas que lhe vinham à cabeça.

Marlene, outra participante da oficina de criatividade, fala através do mesmo documentário sobre o nascimento de sua filha, retirada de seus braços após o parto e doada compulsoriamente, ou seja, sem o seu consentimento. Após recuperação da cirurgia cesariana, ao descobrir que foi afastada da filha, conta que passou mal e “deu uns tapas” no médico que disse que a menina tinha “ficado para doação”. Foi então mandada para o Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) e, após duas semanas, encaminhada novamente, contra a sua vontade, para o HPSP por não ter cometido delito.

O desmonte das práticas antimanicomiais na atenção à saúde mental ocorrem sem a participação social, altamente valorizada pelos princípios e diretrizes da saúde pública. Enquanto os representantes governamentais decidem os novos rumos da PNSM, usuários e técnicos, pessoas que utilizam os serviços e as que trabalham nele, bem como acadêmicos e pesquisadores da área, manifestam-se contra o retorno dessa perspectiva asilar e manicomial, a qual outrora fora vigente.

Assim como as falas de João e Marlene depõem contra o sistema asilar de práticas de saúde mental, existem outros relatos no documentário que criticam diretamente as estratégias manicomiais. Sol, por exemplo, fala sobre seus “mais de 35 anos de estrada psiquiátrica” e intitula-se como “o próprio resgate da saúde mental, o fruto da saúde mental” por encontrar “bons mentaleiros [*sic*]” que a ajudam a seguir na direção do que sonha e planeja. O diretor de “Epidemia de Cores”, entretanto, apesar de destacar a importância da discussão sobre a Reforma e a Luta Antimanicomial, ressalta que o documentário não é sobre isso: “tenta ser, principalmente, estabelecido por uma relação de afeto, não de informação, que situa o espectador, mas deixa aberto aos afetos que o filme pode produzir, às relações que ele produz”.

A nota técnica alega que parte do pressuposto da complementaridade dos serviços, mas a Lei que regulamenta as políticas públicas de saúde mental é clara ao estabelecer a substituição de serviços alienadores e centralizados em especialidades, sejam médicas ou de outra ordem, por uma rede de serviços plurais e interdisciplinares de caráter territorial. O tratamento manicomial é desarticulado com outros saberes, inviabilizando a atenção integral. Os serviços substitutivos têm como objetivo promover, com equipes multiprofissionais trabalhando de

maneira interdisciplinar, possibilidades de reintegração do sujeito à sociedade. Utilizam uma série de estratégias que, em liberdade no território, intentam romper o estigma da loucura através da informação e de práticas sociais: “a estratégia de atenção é uma estratégia em liberdade, da retomada da possibilidade do convívio social” (Sudré, 2019).

Importante ressaltar que valorizar o processo da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, defendendo estratégias de desinstitucionalização e territorialidade e apostando na rede substitutiva, não significa ser acrítica às dificuldades políticas-administrativas ocorridas durante os anos de implementação dessas práticas. Esse processo é jovem e está sendo construído a partir dos princípios do SUS e com a participação popular. É por isso que esse desmonte revela-se ainda mais nocivo.

Mais que os aspectos legais e financeiros, existe os aspectos social e subjetivo. Como ficam os usuários desses serviços com todas essas mudanças? A perspectiva é de que voltem a ficar internados, hiper medicalizados e abstêmios; isolados num sistema asilar que visa não a possibilidade de um espaço de escuta para emergência do sujeito, mas subjugados a uma perspectiva de alienação e marginalização.

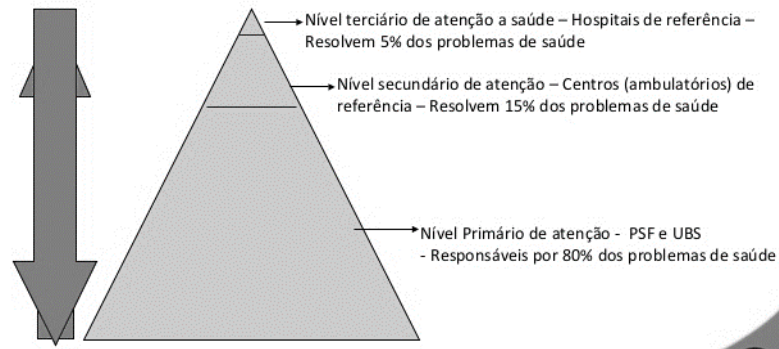
É imprescindível refletir sobre as condições de cuidado dos usuários dos serviços públicos de saúde e sobre a ética desse cuidado face ao esfacelamento das políticas de atenção realizada pelo governo brasileiro desde 2016. Para além disso, é inadiável criar movimentos de resistência a partir de estratégias de manutenção e atualização de políticas antimanicomiais.

### **Outra perspectiva sobre a estruturação da rede**

Como exposto anteriormente, a rede de atenção à saúde mental é instituída a partir de políticas públicas, considerando os princípios de integralidade, equidade e universalidade que norteiam, legalmente, as práticas do SUS. A organização dos serviços é realizada a partir dos princípios da regionalização e da hierarquização, de acordo com o nível de complexidade. Inicialmente, constituiu-se em um sistema piramidal, atuando de maneira verticalizada e segundo um fluxo linear de encaminhamentos, como exemplificado pela imagem a seguir em que estão os níveis de complexidade (primário – Atenção Básica; secundário – serviços de referência de média complexidade – Ambulatórios e CAPS, por ex.; terciário – serviços especializados de alta complexidade – hospitais, por ex.).



Figura 2 – Organograma de regionalização e hierarquização do SUS

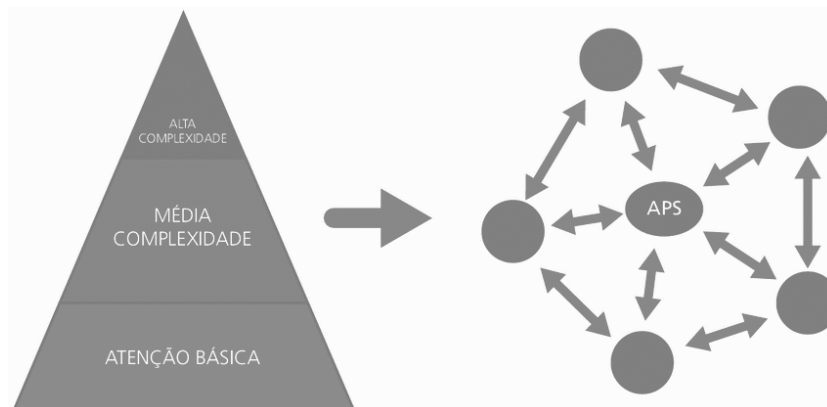


Fonte: Bastos (2014)

A atenção básica recebe a maior parte da demanda tanto por ser um serviço menos especializado que funciona como “porta de entrada do SUS”<sup>21</sup>, tanto pela territorialização e pelo acompanhamento longitudinal. Teoricamente, o usuário acessaria a rede por ali, através de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelo Programa da Saúde da Família (PSF), para então ter acesso aos serviços mais especializados de acordo com suas necessidades, como os CAPS para o cuidado à saúde mental.

Houve, então, uma mudança paradigmática na organização fragmentada e piramidal, e as redes passam a ser estabelecidas de maneira paliárquica, ainda respeitando as diferenças de densidades/complexidades tecnológicas. A Atenção Primária em Saúde (APS), que comporta os serviços do nível primário de atenção, atua como centralizadora das demandas para realizar acolhimento e classificação de risco e, posteriormente, fazer os encaminhamentos para demais serviços da rede, como na figura a seguir:

Figura 3 – Organograma com a mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Milagres (2016)

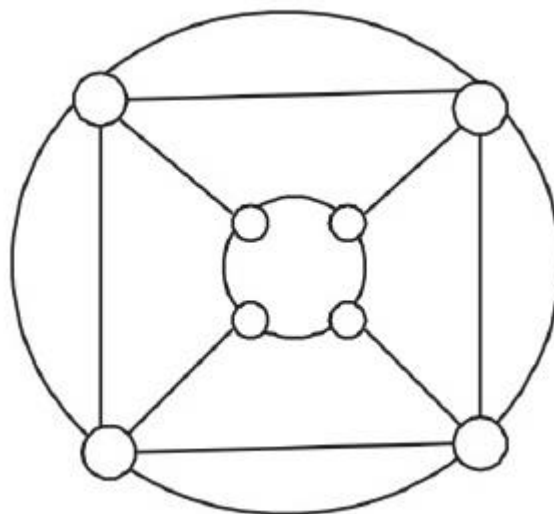
<sup>21</sup> Frase de referência ao falar sobre rede de saúde, SUS e a atenção primária.

Apesar de não se estruturar mais de maneira verticalizada, a rede tem seu fluxo ainda segundo direções fixas e lineares de encaminhamentos. Embora a atenção primária seja a coordenadora do cuidado, os usuários não necessariamente sabem quais são os princípios da atenção primária e por onde acessar ou de que maneira caminhar pela rede. No final das contas, é o próprio usuário que acaba fazendo seu Plano Terapêutico Singular (PTS), pois é ele que circula no território e é nesse pôr-se em movimento que os sentidos e os discursos também circulam.

A partir disso, entendemos que não só a rede pode ser constituída horizontalmente, como já o é, mas o fluxo pode seguir uma ordem dinâmica, de livre circulação e sem sentidos privilegiados. Refletimos sobre como articular outros sentidos para que a rede seja estabelecida tendo em foco o acesso e o caminho percorrido pelos usuários. Para tanto, assumo como central na clínica da saúde mental um espaço em que o sujeito possa advir, considerando a autoria em cada trajetória dentro da rede, a partir da autonomia de cada usuário.

Em consonância com essa perspectiva encontro Ceccim e Ferla (2006), que trabalham a partir da perspectiva de uma malha de cuidados ininterruptos, organizados de forma progressiva, representada por diagramas singulares que se enlaçam com práticas diversas de maneira horizontal, incluindo aquelas que não compõem o sistema formal de atenção à saúde. Assim, tomando a integralidade como eixo orientador, a imagem da mandala é introduzida como “expressão da disruptura com as racionalidades administrativas e gerenciais hegemônicas quanto à hierarquização e à regionalização propostas para o SUS” (p.172).

Figura 4 – Diagrama básico de uma mandala



A mandala foi proposta por Ceccim (2005) no sentido de uma figura simples, constituída pelo desenho de um círculo em volta de um quadrado e linhas que estabelecem o contato entre eles. O traçado é feito, então, em torno de um centro em eixos simétricos e pontos cardeais. O círculo remete a movimento, seja irradiando do centro seja movendo-se em direção a ele. O autor caracteriza-a como uma “coreografia de dobras, uma rede em que múltiplos pontos, diversos entre si, convergem ao centro e compõem um sistema único” (p.165), contido por este diagrama. Essa coreografia realiza conexões entre os agentes e atores da rede, interconectando serviços e pessoas em fluxo e dinâmicas marcados pela facilitação de processos e proatividade.

Os serviços e as linhas de integralização são articulados de maneira que o fluxo instituído é alimentado pelas necessidades dos usuários da rede. A ideia é que seja um funcionamento orgânico, em que não haja portas de entradas ou correntes de encaminhamentos previamente delimitadas, mas que estas ocorram conforme a demanda singular de cada um. Isso porque a malha é conectada através de nós, que tornam o acesso ao sistema de saúde viável a partir de qualquer ponto de conexão. Nesse sentido,

a hierarquização seria o desenho dos eixos de comunicação, das linhas de cuidado e do trabalho em *matriciamento* do trabalho em rede. A regionalização seria o desenho de zonas em torno dos pontos de contato e cruzamento onde ocorrem pactos entre gestores e laços com redes sociais, tendo como orientação os usuários sob práticas cuidadoras (Ceccim e Ferla, 2006, p.172, grifo dos autores).

Ceccim (2005) caracteriza a mandala como uma composição de roda, associando a um dispositivo de coletivo organizado de pessoas que convergem para o mesmo objetivo. Toma coletivo a partir de uma noção que caracteriza a disposição em grupo de pessoas interligadas por uma finalidade. Lemos isso em paralelo com o formulado por Oury (2009) sobre coletivo, que se refere à articulação de pessoas. Embora Ceccim (2005) pareça fazer um uso mais pragmático do termo, enquanto Oury (2009) o pensa em termos de sua função, ambos tomam o coletivo a partir de seu caráter relacional, atuando como elemento articulador.

Se em Oury (2009) temos a predominância de uma perspectiva clínica com a função Coletivo, em Ceccim (2005) temos a predominância de uma perspectiva de otimização da gestão com o coletivo-dispositivo. Deste último, destacamos então que não cabe a construção de organogramas, que obedecem a uma hierarquia organizada, mas de diagramas, que se estabelecem como emaranhados de linhas que organizam e desorganizam em prol de sua finalidade, permitindo conexões entre diferentes pessoas. Aliado a isso, acrescentamos o caráter heterogêneo destacado por Oury (2009), para pessoas e espaços, a fim de pensar a gestão de maneira clínica em prol não da “captura do desejo” e do “espírito de equipe (desportiva)”, como

criticados por Ceccim (2005), mas das possibilidades de circulação de discursos e liberdade de expressão do sujeito usuário da rede.

Como escrito por Gabriel Binkowski e Nadia Berriel (2018), “a clínica deve operar pelo descentramento de suas práticas, dispositivos e registros teóricos” (p.90), escutando em um dispositivo analítico a singularidade dos sintomas dos sujeitos sem deixar-se capturar pelas tramas burocráticas dos cotidianos institucionais de formas administrativas das redes da saúde pública. É necessário reconhecer os pontos de precariedade do sistema e apostar em suas vertentes de potência. O acolhimento deve ocorrer em vias de uma ética da escuta psicanalítica, em que o analista, ao se propor portar palavra falada<sup>22</sup>, deve se “orientar na escuta do sujeito em meio a toda a miríade de discursos que atravessam cada situação” (Binkowski e Berriel, 2018, p. 93).

---

<sup>22</sup> Como proposto por Lacan em 1955.



### **O louco sem um canudo**

Que diferença tem um louco com canudo  
de um louco sem canudo na mão?

A formatura eu trago de casa!

E tu, menina, tens o canudo, mas não trazes  
a formação de casa (de ser educada)

Que tipo de loucura te traz fascinação?

A minha traz ternura

E a tua?

Devia trazer amor

Sei que a maioria da psicologia não entenderá  
este louco sem canudo!

São loucuras da mente, sonetos de amor

*Julho de 2016*

## Capítulo 4: O que pode um psicanalista no SUS?

Parafrazeando o título de Maria Livia Tourinho Moretto (2001), “O que pode um analista no hospital?”, intitulo esse capítulo com “O que pode um psicanalista no SUS” para fazer uma torção na questão levantada na introdução desse escrito, a saber “desde quando psicanalista se envolve com o SUS?”. O intuito não é responder a esse questionamento ou defender uma posição da psicanálise na saúde pública, seja por “merecimento” ou “competência”, mas de refletir sobre o que faz a psicanálise e qual a especificidade dessa clínica, operando a partir da potencialidade da escuta psicanalítica na saúde pública.

Ao dar início a essa pesquisa, encontrei em “Vastas confusões e atendimentos imperfeitos” (1997) amparo para meus questionamentos. Nesse livro, fruto de sua tese de doutorado, A. C. Figueiredo trata da clínica psicanalítica no ambulatório público e nos leva a refletir sobre as características do trabalho psicanalítico, pensando a transmissão da psicanálise para além de seu ensino. Ela prescreve um modo de compreender a especificidade da psicanálise e do que chama “função do psicanalista”, a fim de que seja possível “identificá-la e praticá-la a partir do percurso de cada um, situando-a frente às demais modalidades” (p.10) das práticas em saúde mental. Com isso, desenvolvo nesse capítulo alguma elaboração acerca dessa especificidade psicanalítica e do trabalho desempenhado no serviço público de saúde.

### ***Résistance* e discurso do analista**

Qual é a estrutura com a que operamos os analistas, ou melhor, a que rege o que fazemos? .... Esta pergunta se orienta em uma ética específica, que é aquela que se caracteriza por uma busca do saber que permita certo tipo de incidência sobre a neurose, o sintoma, o desejo e o gozo e que implica em uma concepção específica de tempo em psicanálise (Eidelsztein, 2011, p. 20).

Com essa definição proposta por Eidelsztein (2011), pensamos a psicanálise a partir de uma práxis estruturada por uma ética e iniciamos a partir daí uma elaboração no sentido de refletir sobre a especificidade da psicanálise a partir dos operadores *résistance* e discurso do analista.

A questão da especificidade da psicanálise apresentou-se como desdobramento da leitura do texto “Caminhos da terapia psicanalítica”, escrito por Freud e discutido nos capítulos anteriores desta dissertação. Para o “pai da psicanálise”, a “psicoterapia para o povo” (Freud 1919 [1918]/2017, p.202) seria psicanalítica independente de como se configurasse, uma vez que a psicanálise estaria presente nas suas partes mais importantes e eficazes. Essas partes,

entretanto, não são explicitadas, apresentando-se como campo fértil para a elucubração que segue.

Essa questão é atualizada ao discutir-se a especificidade da psicanálise na saúde mental pública. Sônia Alberti e Ana C. Figueiredo (2006) apontam que estudos nos últimos anos demonstram que a existência de psicólogos nos serviços públicos deve-se também à inserção da psicanálise no atendimento público. Mas que, ao mesmo tempo que se verifica tal trabalho, que ocorre em equipe multiprofissional e de maneira interdisciplinar, não se identifica a sua especificidade, correndo o risco de, assim, não saber exatamente o que faz um psicanalista e o que o discurso do analista promove nessas instituições. Daqui, decorrem, então, outras questões ligadas à essa especificidade da psicanálise, incluindo o contexto institucional, o trabalho em equipe e o discurso do analista.

A. C. Figueiredo recorre a Richard Rorty e Jacques Derrida para discutir contextualização e recontextualização, defendendo que não existem duas psicanálises, uma para o consultório particular e outra para o serviço público, mas que a psicanálise é aquela referenciada a partir de seu fundador (Freud) e recontextualizada a partir de outras contribuições (como as de Lacan, por exemplo). É nesse momento que ela lança mão do que chama de conceito de *réstance*, descrito por um comentador<sup>23</sup> de Derrida como um “resto mínimo que nos permite reconhecer o signo o suficiente para que continue funcionando como um signo” (Figueiredo, 1997, p.32).

Assim, ela utiliza esse termo derridiano para sustentar aquilo que resta e resiste, assegurando que algo do signo permanece para reconhecê-lo como tal. Dessa forma, mesmo a partir de novos contextos, que apresentam novos aspectos de suas possibilidades de significação, é possível identificar aquilo que resiste. Com isso ela traz o termo psicanálise como signo, sendo o que resta e resiste referido ao nome e à obra de Freud. Entretanto, ao pensar que Lacan radicalizou o conceito saussuriano de significante, pensamos aqui isso que resta e resiste ligado ao significante, à materialidade.

Apostando na potência de *réstance* para discutir isso da psicanálise que “resta e resiste”, busquei Derrida para entender um pouco mais do termo. A pesquisa nos levou ao livro “*Tarjeta postal: de Sócrates a Freud y más allá*” (s.n.), numa edição traduzida diretamente do francês ao espanhol. O livro possui várias notas dos tradutores que apontam as questões da língua com as quais se depararam. Em uma delas o tradutor aponta para a dificuldade de fazer em espanhol o que chama de “operações equivalentes” ao que Derrida faz em francês. O pensamento

---

<sup>23</sup> Henry Staten, no livro *Wittgenstein and Derrida* (1985).

derridiano opera a partir de construções de termos derivados, utilizando ambiguidades, homofonias, neologismos etc. O tradutor aponta alguns termos como *diferencia (différance)*, *diferente (différant)*, *estructura, constrictura, posicionar, ficcional e restancia (rétance)*. No último ele destaca o que chama de “inconveniente” de que no espanhol não se usa “restar” no sentido de ficar ou permanecer, mas o substantivo “resto” justifica tal uso. Para esta escrita, escolho, assim como fez A. C. Figueiredo (1997), manter o termo em francês, *rétance*, destacado como o estrangeirismo que é, conservando o termo original em detrimento de uma tradução possível.

*Rétance* é um termo referido frequentemente como um quase-conceito e não como um conceito em si. Dá nome ao que faz com que uma repetição ou uma reiteração não possa se reproduzir identicamente, mas que também não seja outra coisa. É uma marca reiterada do que resta, embora o que reste já não seja idêntico ao que foi. Em contraste com uma palavra como permanência, que designa a continuação de uma presença ou uma substância, a *rétance* designa o que complementa a ausência. Cortado de sua produção ou origem, a marca se torna grafema. Não é o retorno da (mesma) marca, é uma nova marca. A marca é repetida, é identificável, mas alterada. Surge outra vez e transforma o que se repete.

Aqui, adoto *rétance* através da perspectiva do que “resta” e insiste da psicanálise nas práticas nas instituições de saúde, referida ao legado freudiano que tem o inconsciente e a transferência como pilares conceituais. A marca de que Derrida fala estaria presente para além do significante, além da palavra, além do pronunciável, além do escrito. Entendemos que significaria que, pronunciada ou não, haveria uma marca na práxis dos profissionais que se analisam e se analisaram, que trabalham orientados pela psicanálise. Pensamos, então, isso que resiste, essa unidade comum que persiste, a partir da ética psicanalítica, que remete ao desejo e ao lugar de verdade do sujeito do inconsciente. A ética é uma só, mas as formas de intervenções e os contextos são vários.

Contexto, entretanto, não diz sobre o que as coisas são, em natureza ou essência, mas sobre as possibilidades de serem lidas em determinados tempos e culturas. Contextualizar é gerar chaves que possibilitem diferentes leituras que darão sentidos aos significantes em questão. Assim, A. C. Figueiredo afirma que “descrever a psicanálise retece a teia onde se evidenciará uma concepção de psicanálise que, ao mesmo tempo que se reconhece na obra freudiana” (*rétance*), “se altera em novas recontextualizações” (Figueiredo, 1997, p.31).

Continua ao afirmar que recontextualizar a psicanálise pode ser entendido a partir da teoria, numa revisão conceitual, ou a partir da clínica, numa realocação de sua prática. Quando Oury (2009) propõe o Coletivo, por exemplo, ele põe em prática essa *rétance* ao



articular um dispositivo de trabalho institucional referido à psicanálise. É possível pensar o que não se altera em recontextualizações a partir dos fundamentos base da teoria psicanalítica – inconsciente e transferência, por exemplo – e da ética, que sustenta sua práxis.

A psicanálise no serviço público opera em diferentes contextos e recontextualizações na medida que a clínica é feita a partir de diferentes em enquadres. O que muda é como trabalhar a clínica nesses enquadres específicos, não o fazer da psicanálise, que mantém isso que resta e resiste e que é específico no atendimento psicanalítico, que são os operadores para trabalhar com o sujeito na sua singularidade, não necessitando de enquadre fixo para isso.

Essa especificidade da psicanálise está ligada ao discurso que o analista estabelece. Discurso aqui não deve ser entendido, entretanto, a partir do que é dito, mas a partir da conceituação elaborada por Lacan em 1969/1970 (1992) no Seminário intitulado “O avesso da psicanálise”. Um pouco antes deste Seminário Michel Foucault (1969), numa sessão em que Lacan esteve presente, propôs que os discursos fossem estudados mais profundamente, indo além das características gramaticais, das estruturas formais ou mesmo de seus objetos. Questiona-se sobre a existência de propriedades ou relações propriamente discursivas, que seriam irredutíveis às regras da gramática e da lógica.

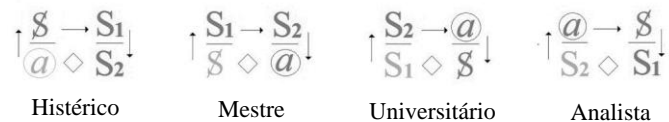
Tal sessão foi publicada através do texto “O que é um autor?”, em 1969, e nele Foucault sugere uma “tipologia dos discursos”, pensando a relação (ou a não-relação) entre o autor e as propriedades discursivas. Ele pontua que talvez seja o momento de estudar os discursos não mais apenas em seu valor expressivo ou em suas transformações formais, mas nas modalidades de sua existência: os modos de circulação, de valorização, de atribuição, de apropriação dos discursos que variam de acordo com cada cultura e se modificam no interior de cada uma delas. Estabelece-se aí um paralelo entre a maneira com que os discursos se articulam nas relações sociais e o que ele caracteriza como função-autor, em suas modificações em temas ou nos conceitos que operam.

Coloca, então, alguns questionamentos como: “segundo que condições e sob que formas alguma coisa como um sujeito pode aparecer na ordem dos discursos? Que lugar ele pode ocupar em cada tipo de discurso, que funções exercer, e obedecendo a que regras?” (Foucault, 1969). Ele assume, com isso, que se trata de retirar o sujeito de seu papel de fundamento originário e analisá-lo como sendo uma função variável e complexa do discurso. Lacan comenta a sessão, dentre outras coisas, apontando a relação entre sujeito e significante.

Em seguida, e penso que influenciado pela fala que assistira, propõe o conceito de discurso como o que faz o laço social e o formaliza através de matemas e operações lógicas, recorrendo a uma interlocução entre psicanálise e matemática (Lacan, 1969-1970/1992). Neste

ano de seu ensino, o psicanalista francês, que vinha se havendo com questões lógicas e topológicas, lança mão dos operadores  $S_1$  (significante-mestre),  $S_2$  (saber),  $\mathcal{S}$  (sujeito barrado ou dividido) e  $a$  (objeto  $a$  ou mais gozar) que, situados em quatro lugares diferentes (agente, verdade, Outro e produção), estabelecem quatro discursos: discurso do mestre, discurso histórico, discurso universitário e discurso do analista.

Figura 5 – Esquemas dos quatro tipos de discursos propostos por Lacan



Fonte: <http://staferla.free.fr/S17/S17.htm>

A lógica da escrita lacaniana dos discursos consiste no giro de  $\frac{1}{4}$  de volta da posição desses operadores nos quatro quadrantes. Enquanto a fala está no campo dos quadrantes superiores (agente e Outro), a verdade e a produção localizam-se nos quadrantes inferiores, sendo reconhecidas, em transferência, no processo analítico.

Os quatro operadores situam o sujeito em relação àquilo que é o significante-mestre do seu inconsciente, seu relacionamento com o saber e o lugar do gozo que possibilita o estabelecimento do laço social. A psicanálise configura-se como a possibilidade de o sujeito mudar a posição frente ao Outro a partir de um reposicionamento subjetivo.

Na definição de discurso como o que, “no ordenamento do que pode ser produzido pela existência da linguagem, faz função de laço social” (Lacan, 1972, p. 20), Lacan propõe essas quatro possibilidades de discurso, essas quatro formas de constituição de laço, que implicam, ao menos, dois significantes (Eidelsztein, 2011), sendo o significante a maneira pela qual o mundo do ser falante se estrutura. Tal definição parte de  $S_1 \rightarrow S_2$ : “o significante é o que representa um sujeito para outro significante” (Lacan, 1972, p.20), sendo o sujeito determinado por esse efeito de significante. Para Lacan essa é a descoberta de Freud: a de que há uma parcela dos efeitos do significante que escapa ao que é entendido como sujeito.

O jogo dos significantes constitui-se num deslizamento, de maneira que é a derrapada que o significante dá em direção ao sentido que determina o ser – que não tem sentido fora da linguagem – naquela fala. De acordo com Lacan, é na linguagem que se situa o nível de partida e sem partir da linguagem não é possível fazer nada com a experiência analítica, fica-se restrito à psicoterapia.

Lacan afirma que o que foi dito por Freud refere-se à derrapada do significante. Quando ele fala da sexualidade supõe-se que ele saiba o que quer dizer sexualidade. Entretanto, o que ele explica é que não sabe e foi justamente isso, esse não saber, que o fez descobrir o inconsciente. Freud percebeu que os efeitos da linguagem estavam em jogo nesse lugar em que a palavra sexualidade poderia ter algum sentido.

Faz parte, então, da experiência do psicanalista, que ele “faça como” se não soubesse de nada, ligando-se a uma necessidade do discurso. Esse “fazer como” é o semblante. E não há discurso possível que não seja semblante, pois não há significante cuja significação seja totalmente garantida e o significante não é a significação para nos apresentar um significante enganador. Por isso a posição do analista não permite que nos sustentemos nela indefinidamente.

Na constituição dos quatro discursos há um lugar que os ordena, o lugar do agente, e é nesse lugar em que se localiza o semblante. A partir dessa lógica, a relação analítica estabelece-se como um tipo de laço social, sendo o discurso do analista, ordenado pelo objeto *a*, aquele em que o Saber é colocado no lugar da verdade.

É nesse discurso que opera a psicanálise, numa transmissão de um estilo de saber-fazer a partir da formação. Ali, onde o Saber está situado em posição de Verdade e que tem o objeto *a* como agente. Esse Saber, importa destacar, está situado do lado de quem é escutado, sendo a quem escuta suposto um saber a partir da transferência. Não existe, entretanto, um manual. O psicanalista trabalha a partir das coordenadas da psicanálise: suspensão do saber, corte entre verdade e fato, transferência como motor e resistência e a construção do caso; operando esse saber-fazer na clínica transmitido durante as práticas de formação. O que muda quando a psicanálise nos atravessa é a escuta, e é a partir dela que é possível operar como psicanalista em qualquer contexto, mesmo em burocratizações percebidas em práticas institucionais.

Importa destacar que a escuta é aqui entendida por um ato psicológico definido pelo seu propósito, pela sua intenção. Emprestamos de Roland Barthes (1986) sua proposição de três tipos de escuta para explicar o viés pelo qual entendemos a escuta psicanalítica. O primeiro tipo caracteriza a escuta a partir do exercício da audição, que compreende um alerta. O segundo tipo é a decodificação, caracterizada pela captação de signos, “escutamos como lemos, quer dizer, de acordo com certos códigos” (p.243, tradução livre). Já o terceiro tipo, o que mais se aproxima da escuta psicanalítica, é tido como aquele não visa signos determinados:

não se interessa no que é dito, ou emitido, mas em quem fala, quem emite; supõe-se que tem lugar em um espaço intersubjetivo, em que «eu escuto» também quer dizer «escuta-me»; aquilo de que ela se apodera para transformar e lançar indefinidamente no jogo da transferência é uma

«significância» geral, que já não é concebível sem a determinação do inconsciente (p. 244, tradução livre, grifos do autor).

A escuta do analista é a escuta do significante, que suspende os sentidos já determinados.

A presença do analista, através dessa escuta-leitura, dá a ver a literalidade destes significantes, possibilitando que o analisando produza algo a partir do que ainda não sabe.

Também é importante ressaltar, no que se refere às burocratizações que atravessam as práticas nas instituições de saúde, que aqui nos remetemos ao conceito de burocracia descrito e trabalhado por Luciane Gheller Veronese (2015) em sua tese de doutoramento. Nesta, a burocracia é abordada “como uma política da indiferença” (p.146), a partir de um contexto de relações de poder que têm como efeito o assujeitamento daqueles que, inseridos nessa lógica institucional, estão submetidos aos “riscos da fragilização do laço social quando o trabalho é concebido como exclusivamente técnico, a partir de uma cegueira científica e do exercício de um poder burocrático” (Veronese, 2015, p.146).

Tomamos a burocratização a partir do que Lacan estruturou de maneira oposta ao discurso do analista: o discurso do mestre. No discurso do mestre, o significante-mestre é “há Um”. Foi o significante que introduziu o Um no mundo e basta que haja Um para que comece. Isso impõe que o  $S_2$ , o significante que vem depois que o Um funciona, obedeça e, para obedecer, tem que saber algo. É pela existência inaugural que o significante representa, pelo fato de que há linguagem, que o discurso do mestre funciona. Os efeitos da linguagem determinam o sujeito, ou ainda, o sujeito é produzido por efeito de linguagem.

O discurso do analista, ou ainda, discurso psicanalítico, implica um outro uso desse significante inaugural. Lacan diz que a regra analítica é interrogar o significante, o funcionamento da linguagem. No discurso psicanalítico diz-se alguma coisa no nível em que o significante é Um, a raiz mesma do significante, a qual faz com que o significante funcione. Há também outro lugar, o significante-mestre não está no lugar de agente do discurso, mas de produto, produção, efeito.

O discurso universitário, entretanto, tende a sufocar o discurso psicanalítico à medida que o atendimento clínico vem sendo sufocado pelos procedimentos de manual, a saber Código Internacional de Doenças (CID) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais (DSM). A demanda de um saber prévio e imediato que responda o porquê da existência dos sintomas e como aniquilá-los vem se intensificando e encontrando vazão em novas velhas maneiras de mercantilizar a saúde e fazer disso um campo rentável.

As mudanças instituídas pela “nova Política Nacional de Saúde Mental” atuam nessa perspectiva, lançando mão de práticas que tendem a aniquilar o sujeito, fazendo deles objetos

a que se referem as assertivas dos manuais de diagnósticos psiquiátricos. Portanto, é o discurso histórico que pode fazer furo no discurso do mestre que norteiam essas práticas objetificadoras e alienantes, no sentido de sustentar uma posição de quem não sabe e que, por isso, interroga o que está estabelecido para poder trabalhá-lo. É essa posição que Alberti e A. C. Figueiredo chamam de “analisante da situação” (Alberti & Figueiredo, 2006, p. 8), ao se referirem aos trabalhadores da saúde mental orientados pela psicanálise.

Sendo assim, temos aqui a coexistência dos discursos em práticas clínicas e serviços de saúde mental. Eles existem em relação, e um discurso só adquire sentido a partir de outro discurso, de maneira indissociada. Oury (2009) aponta que é na passagem entre os discursos que o sentido se produz, privilegiando a dialética das demandas. Com esta oposição entre o dito e o dizer, ele introduz uma reflexão a partir da lógica do corte aberto e do corte fechado. Ao falar do tipo de corte que está em questão pensamos o tipo de lógica que está sendo empregada e isto constitui-se numa importante noção para pensar o Coletivo.

Isso porque uma organização hierárquica opera pela lógica do corte fechado, esférico. Nela, há um “motor imóvel” que pode ser encarnado em alguém que frequentemente nem está no estabelecimento. Quando o motor imóvel se desloca algo é criado. O corte aberto opera pela lógica do “oito invertido” ou “oito interior”, e lançar mão desse operador lógico economiza antinomias como “interior-exterior” e “transgressão”. Como não há o “fora”, não há como transgredir ou estar dentro.

Oury (2009) traz a noção de Coletivo então para trabalhar a partir dessa lógica que impeça a existência de sistemas esféricos, cortes fechados que separam o que está dentro do que está fora. Isso porque ele defende que é necessária uma “liberdade de circulação” (Oury, 2009, p.29-30): tanto entre os usuários – que possam circular entre os espaços e as situações, passar de um a outro – quanto entre os trabalhadores dos serviços. Para isso, é necessária uma transformação radical: de relações, de hierarquias, de funções, como discutido na sessão sobre outras perspectivas sobre a estruturação da rede de saúde mental.

No documentário “O cuidado que queremos”, a fala de Diego, filho de uma das usuárias do CAPS, que assume o projeto não apenas como fundamental, mas como essencial por estimular trocas e compartilhamentos de ideias e gerar algo novo, diz dessa liberdade de circulação, movimentando os saberes singulares de cada um. Renata refere que a iniciativa do projeto que gerou o documentário atuou como um processo de empoderamento, apropriação e implicação dos usuários em seus tratamentos e em aspectos para além do próprio tratamento, autorizando-se para refletir e propor sobre o cuidado que querem para eles e para construir, de maneira coletiva, os serviços e, de maneira singular, o cuidado de si.

Se, para que haja sentido, é preciso que haja passagem, algum tipo de movimento, é preciso, então, que haja a passagem de um discurso a outro, de uma função a outra. O Coletivo só funciona se há sentido que circula. Assim como um sujeito ocupa diferentes lugares e funções no laço social pois situa-se sempre em relação ao outro, isso também ocorre com o psicanalista no trabalho nos serviços públicos de saúde, pois, numa instituição, o psicanalista não é só o psicanalista, mas também trabalhador da instituição (Alberti & Figueiredo, 2006).

Alberti e A. C. Figueiredo (2006) pontuam essa diferenciação assinalando que o indivíduo que trabalha na instituição deve ser alguém advertido de que todo ato ou dizer possui efeitos cujo alcance não podem ser calculados *a priori*. Ainda que seja assim em todo ato e dizer, é através da formação do analista a partir do tripé freudiano para a formação do analista – estudo teórico, supervisão e análise pessoal (Freud, 1919[1918]/2017) – e do desejo do analista que se adquire a percepção de como isso ocorre e de que maneira é possível dialetizar esses efeitos.

Mas como escutar fazendo parte da equipe? Devemos considerar que o dispositivo que Freud intuiu, a mudança na técnica, supõe que todos possam estar referenciados pela escuta psicanalítica, enquanto escuta do que retorna, significantes, e assim pensar que todos são porta-vozes, inclusive o psicanalista?

### **Coletivo e trabalho em equipe**

Ao pesquisar sobre a rede de atenção psicossocial, os serviços públicos de saúde, a clínica da saúde mental e o trabalho psicanalítico institucional, destaco um dos vieses em comum entre eles: o trabalho em equipe. Independente da perspectiva adotada, a equipe sempre aparece. A importância do bom andamento do trabalho em equipe para a clínica psicossocial será tomada aqui como princípio básico e é a partir daí que refletiremos sobre os efeitos disso no que se propõe este trabalho.

Para Oury (2009) cada membro da equipe tem um lugar, que não é de psicanalista, mas de analista, segundo o que ele define como estratégia analítica – que seria um sistema complexo e coletivo de responsabilização, em que, distribuídas as responsabilidades, as tarefas seriam compartilhadas. A condição para isso é a de que haja articulação como um conjunto e que todos estejam disponíveis e vigilantes, ou seja, presentes e prestando atenção.

A. C. Figueiredo, ao discutir clínica ampliada (2017), fala em dois modelos (ou paradigmas) de estruturação das equipes: hierárquico – em que há circulação de poder vertical e hierarquizado, sustentado no saber do especialista, com serviços e relações burocráticos – e

igualitário – marcado pela horizontalidade e interdisciplinaridade e pelo atravessamento de saberes. Sem defender nenhum dos modelos, ela aponta para a coexistência deles no cotidiano dos serviços, tendendo para um ou para outro de acordo com os desafios enfrentados.

Trazemos aqui uma terceira perspectiva, a da lateralidade, pesando a partir das relações lateralizadas nas equipes, em que as pessoas que as compõem são diferentes entre si e entre os seus “saber-fazer” e atuam de maneira coletiva no trabalho em rede. Essa perspectiva, além de ser marcada pela horizontalidade e pela interdisciplinaridade, também é atravessada a partir do princípio da equidade. A lateralidade nos incita a pensar a rede de atenção à saúde mental numa forma mais aproximada ao modelo de mandala, proposto por Ceccim (2005), e em consonância também com a função Coletivo, proposta por Oury (2009). O objetivo é analisar como o trabalho em equipe converge ou pode convergir a partir dessas diretrizes para uma consolidação de formas de atenção e cuidado integrais, que priorizem as demandas singulares dos sujeitos usuários da rede.

Assim como Medeiros (2015), ao discutir a noção de matriciamento para o encontro colaborativo entre equipes de saúde, aponta para a importância de métodos horizontais e equacionados na relação entre as equipes, apontamos para a importância do mesmo aspecto entre os membros de cada equipe. A equidade supõe relações simétricas entre as formas de saber-poder, mas não nos lugares e posições, pois, para que haja encontro e produção de singularidades é preciso que haja heterogeneidade nas equipes e serviços.

A. C. Figueiredo propõe três eixos de orientação a fim de contribuir para o trabalho em equipe e sustentar a proposta da clínica ampliada. Primeiro, numa posição de “aprendizes da clínica”, defende a suspensão de um saber hegemônico das especialidades da equipe em detrimento do que vem do sujeito. Assim, o trabalho da equipe sempre virá referenciado ao que surgiu do encontro com o sujeito, que assume seu caráter protagonista na rede.

Em seguida, aponta para importância da “transferência de trabalho” no que concerne à responsabilização de cada um e de todos da equipe, simultaneamente, compartilhando tarefas. A clínica deve ser um espaço de liberdade de circulação para que os membros da equipe escutem não só os usuários ali atendidos, mas também uns aos outros, evitando excessos educativos e normativos.

Esse eixo aproxima-se do que Oury (2009) lança mão no Coletivo ao defender que a equipe deve estar vigilante e atenta, no sentido de conseguir articular algo da ordem do inconsciente, numa posição analítica de interpretação. Independente da formação acadêmica ou profissional, é fundamental pôr em prática a estratégia analítica de fazer com que as pessoas tenham responsabilidades com a equipe e com os usuários. A parceria pelo trabalho é um

importante fundamento na clínica psicossocial, caracterizada pela sua composição multiprofissional e pela dimensão interdisciplinar.

Por fim, o terceiro eixo proposto por A. C. Figueiredo é a “construção coletiva do caso”. Aproximamos esse eixo a uma construção metodológica de transmissão e compartilhamento das histórias que compõem a rede de atenção, privilegiando a escuta da singularidade a partir de elementos que aparecem frequentemente. A riqueza desse eixo está na aposta da heterogeneidade da equipe como potência para o cuidado integral dos usuários.

Oury (2009) entende essa heterogeneidade como uma “não uniformização de pessoas, linguagens, ambientes, materiais, atividades etc.” (p.25-27). Ele defende a importância de que os trabalhadores dos serviços não se pareçam, que as diferenças sejam claras e acentuadas. Não só isso. É importante que os espaços físicos sejam diferentes e que seja possível circular livremente entre eles. O encontro se produz na diferença e é só aí que é possível que ocorra a passagem entre os discursos e, conseqüentemente, entre as posições ocupadas pelo sujeito. É possível pensar o trabalho em equipe e a gestão dos serviços públicos de saúde a partir da função Coletivo no desenvolvimento de estruturas coletivas de relações de complementaridade, em que as pessoas não se vigiem, mas que falem livremente e circulem pelos espaços heterogêneos.

Esses três eixos, e por isso os trazemos aqui, mostram-se como instrumentos pertinentes para refletir sobre a orientação teórico-clínica da postura da equipe no cotidiano dos serviços. Aponta para a importância de sair do lugar-comum de especialista e privilegiar os elementos fornecidos pelo sujeito que emerge daquele espaço do dizer. É aí que se situa o principal aspecto do documentário “O cuidado que queremos”: a participação dos usuários em decisões, a abertura de espaços do dizer em que eles podem pensar e falar sobre o cuidado que querem para si, o que funciona como um diferencial na instituição e no desempenho dos dispositivos e de seus potenciais terapêuticos.

Vera, por exemplo, conta do seu interesse pelas oficinas terapêuticas e pelas atividades geradoras de renda, enfatizando sobre como o querer participar desse projeto passou por aí, pela experiência de transmissão de conhecimento para que outras pessoas possam ter acesso ao que ela tem. Fala também do estigma da loucura e como ter uma atividade geradora de renda ajuda a lidar com essa questão ao fazer-se produtiva e produtora de algo.

Jane esperava, antes da realização das viagens, poder levar novidades para Viamão para poder transmitir aos outros que não viajarão junto. Vera atribui o poder de geração de renda à diversos âmbitos, associando que é possível fazê-lo de diversas formas e sem sair de casa. Esse caráter de transmissão de saber a empolga e a anima a participar do projeto. Sadi também destaca esse caráter de transmissão em sua fala, de possibilitar que outros tenham acesso à



possibilidade de tornarem-se cidadãos, que aqueles que precisam de um trabalho novo possam saber que podem trabalhar como autônomos.

Jorge conta como foi sua experiência nessas viagens, dizendo ter pensado que era um evento musical e por isso haveria de levar seu violão. Conta que conheceu o GeraçãoPOA<sup>24</sup>, projeto de geração de renda para usuários da rede de saúde mental de Porto Alegre. Narra que conheceu o lugar e as pessoas, que foi “lá para conhecer aquilo que não conhecia” e, a partir daí, começou a entender a proposta da ida deles lá, que era conhecer o trabalho de outros e aprender com eles, ouvi-los falar à comunidade sobre “esse cuidado que queremos”. Ele reflete sobre esse dizer e comenta: – “Achei que era uma frase de faixa, como tem ‘bem-vindo’, ‘somos mais fortes’, ‘Brasil campeão’. Eu não sabia, eu não sabia”. Hoje ele diz que pode falar sobre o projeto que conheceu mesmo durante sua participação nessa viagem para Porto Alegre. Refere a iniciativa como “uma semente que está sendo plantada e uma árvore que vai dar frutos”. Com essa metáfora associa a certeza dos efeitos ao cuidado, pois “ao cuidar da semente regando e colocando adubo, o fruto é certo que virá”.

Júlio também cita o GeraçãoPOA como uma iniciativa importante no sentido de comercialização do que é produzido por eles para que tenham sua renda. A produção apontada aí não é só da ordem material, mas também da ordem subjetiva, ao produzir outros sentidos na cadeia significativa de cada um, tendo como efeito a autonomia do sujeito ali envolvido.

Nessa perspectiva, as histórias dos usuários não servem à teoria, mas a teoria é utilizada para o que se apresenta em cada história, afim de auxiliar a construção do cuidado coletivo. Pela articulação entre os três aspectos anteriormente mencionados, é possível constituir uma rede para cada história que passa pelos serviços, privilegiando a dimensão da singularidade que é tão importante ao trabalho compartilhado na esfera pública.

Alberti e A. C. Figueiredo defendem que, enquanto trabalhadores da saúde pública, é necessário aprender a lidar com o que se impõe diariamente e com o que desafia a responder sem compreender, a fazer compreender num tempo que não é nosso e sim do sujeito e a deixá-lo concluir algo sobre si na condução de sua vida. Algumas dessas questões, impõem-se também no material cotidiano de trabalho. No documentário “O cuidado que queremos”, por exemplo, a falta de infraestrutura em alguns CAPS é apontada como dificultador, mas a questão é amenizada quando colocada em referência às relações interpessoais estabelecida nos serviços.

As relações de afeto também compõem a rede de trabalho no campo da saúde mental, que envolve diferentes atores: outros usuários, famílias, profissionais de saúde, educadores,

---

<sup>24</sup> Ver em [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=6&p\\_secao=834](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=6&p_secao=834)

vizinhos e amigos dos usuários. Um conjunto de pessoas que fazem parte do território em que vivem e no qual podem estabelecer laços. No documentário “O cuidado que queremos”, Dani Anderson e Luiz comentam, por exemplo, sobre terem conhecido a iniciativa do projeto a partir de usuários de outro CAPS e vão falando sobre as pessoas que se apresentaram em seus caminhos depois disso. Destacam, assim, caráter de relação com outros, ressocialização e estabelecimento de laço social nas práticas de cuidado da rede.

Ainda neste documentário, uma das falas de Sadi diz sobre a importância desses diferentes atores para o tratamento do sofrimento psíquico nos serviços. Ele diz:

– Eu quero um cuidado especial, quero um carinho, quero um aconchego, quero um conforto, quero alguém que me escute... que me escute, que me escute e me dê o que eu preciso, de carinho. Mas é um carinho, um conforto, que tu chega [*sic*] ali e possa conversar ... dizer o que tu sente, o que teu coração tá sentindo. O que tu sente [*sic*]... às vezes na tua família tu não pode desabafar, não pode conversar com tua família e nas vezes que tu não pode conversar com tua família tu conversa com a psicóloga, com o pessoal do CAPS.

Moisés vai no mesmo sentido, destacando que o cuidado que ele quer é o da família e diz: – “É um cuidado que nós estamos meio desgastados, que se houvesse esse cuidado eu não tava [*sic*] recaído”. Enfatizando a função de suporte de outras instituições sociais no processo terapêutico.

Davi fala sobre o cuidado a partir de outro viés, enfatizando as relações estabelecidas no cotidiano profissional nos serviços. Ele conta que queria levar para Viamão uma coisa que acabara de ver:

– O carinho de uma pessoa que tava [*sic*] precisando, de uma interna com as terapeutas. Eu achei interessante aquilo ali, acho que todos nós que temos algum problema com álcool, bebida ou outro tipo a gente deveria ser um pouco mais compreensivo com eles porque os terapeutas nos passam uma coisa que a gente não tá enxergando, então se torna uma coisa familiar, né?! Então, ali eu achei bacana. Em Santa Cruz também eu vi situações assim, né?! Então eu acho muito bacana isso aí. E não só do usuário com o terapeuta, como também do terapeuta com o usuário.

Somado a isso, Sandra fala sobre o seu “apego” aos técnicos e às pessoas que os tratam, apontando para o carinho que se circula e o sentimento familiar que atribui às atividades que vivencia no CAPS. Essas relações de afeto e “apego”, como denomina Sandra, podem ser entendidas à luz da transferência, tanto com os técnicos do serviço quanto da instituição em si. Chega, entretanto, o momento em que é preciso realizar a dissolução da transferência para liberar o usuário a fim de que ele exerça sua autonomia em sua trajetória de vida sem depender dos serviços para isso. É esse momento, que Gelcéia denomina como “alta do serviço”, que lhe causa temor, principalmente pela perspectiva de ficar sem a equipe que a escuta e a ajuda a elaborar estratégias de enfrentamento do seu sofrimento. Com a liberação da rotina terapêutica e de cuidado, vê-se impelida a enfrentar a perspectiva de se haver com suas questões sem o

apoio de terceiros, sendo só “ela e ela”. Para Vera, ao ganhar alta, os usuários dos serviços ficam “sem um gancho” e atribui às oficinas de geração de renda essa função de gancho para “continuarem vinculados”.

É essa relação dos serviços de saúde com outros agentes da comunidade na qual aquele usuário está inserido que se configura como o princípio da territorialidade. A noção de território, no entanto, não deve ser compreendida aqui apenas a partir de uma perspectiva geográfica. A complexidade desse conceito consiste na sua abrangência desde uma dimensão geopolítica, considerando “inseparável a concepção de sujeito do território que lhe é correlato. Em suma, o território também tomaria parte na localização do sujeito, em seu modo de se ligar ou desligar do Outro e de seus objetos” (Figueiredo, 2017).

Atuar nas brechas da malha que compõe a tessitura da rede demanda o estabelecimento de formas de atenção e cuidado a esses usuários que os envolvam, sem aliená-los às margens de saberes dos quais eles não se sentem parte. O Coletivo vem, então, nesse sentido, pensar uma estrutura de funcionamento que vá de encontro à “alienação” e à “coisificação”. Um movimento de instauração de uma coletividade que possibilite uma auto-gestão cotidiana dos serviços pelas pessoas ali presentes, sejam usuários e/ou os trabalhadores dos serviços.

Também como questão da prática da psicanálise nas instituições e serviços de saúde públicos tem-se o caráter multiprofissional e interdisciplinar do trabalho, que, segundo Ribeiro (2007) consiste em “uma das condições fundamentais numa instituição para propiciar a escuta do sentido do sintoma” (p.137). A multiplicidade de profissões atuando de maneira conjunta em trabalho interdisciplinar permite o cuidado à saúde do indivíduo de maneira integral.

Entretanto, A. C. Figueiredo e Tenório (2002 citado por Ribeiro, 2007) atentam para a necessidade de que as disciplinas conheçam os fundamentos e modos de operar umas das outras para possibilitar que a prática interdisciplinar aconteça. É necessário, portanto, um dispositivo que atue no sentido de compartilhamento de modos de saber-fazer para que a equipe trabalhe de maneira fluida. O trabalho multi e interdisciplinar exige que a clínica seja repensada em seus limites, teorias e terapêuticas a fim de evitar a estereotipização das patologias por cada campo de saber.

É possível à psicanálise atuar num campo interdisciplinar a partir da concepção de que o saber psicanalítico “é um saber que desacomoda; que lidar com as questões do inconsciente é lidar com o não-sabido, com um saber que não se sabe” (Ribeiro, 2007, p.40). E, principalmente, que o saber sobre o sujeito será construído com ele e a partir dele através do processo analítico. Para A. C. Figueiredo (1997), o psicanalista na instituição precisa fazer “de sua diferença uma especificidade e não uma especialidade” (p.168).

Sendo essa especificidade da psicanálise o que resiste em cada prática do analista onde quer que esteja, é importante pontuar a atuação deste nas “brechas” da rede de atenção à saúde. Existe essa rede articulada pela Política Nacional de Saúde Mental e as demais legalidades que a acompanham, mas existem também práticas que se desenvolvem como resistência nos espaços dessa rede, muitas vezes até em articulação não-oficial com ela. Esse aspecto destaca a característica de movimento da rede, composta para além das leis e portarias, mas também a partir dos itinerários dos usuários e dos trabalhadores da área da saúde mental.

Psicanalistas, psicólogos, profissionais de saúde e da clínica, orientados pela psicanálise, saíram das quatro paredes de seus consultórios quando da instituição do SUS e das políticas públicas de saúde mental e seguem extrapolando os muros das instituições para ocupar a cidade em seus espaços públicos como praças, construções abandonadas, rodoviárias, entre outras. É o caso, por exemplo, dos Coletivos de Psicanálise que estão estabelecendo-se pelo país, física e virtualmente. Esta demarcação se faz importante neste escrito em decorrência do atual momento que o Brasil vive em relação ao público, ao cuidado com o outro, às práticas de escuta e à valorização da diferença.

Esse movimento de territorialização extrapola o princípio que orienta a RAPS, uma vez que se configuram nos espaços e a partir dos movimentos da cidade como atos de produção de resistência e de reflexão não tão enquadrada em autorizações legislativas ou procedimentos burocráticos. Com isso, põem a circular uma prática de cuidado e saber sobre si, dando vazão ao sofrimento cotidiano a partir de uma escuta comprometida com aquele sujeito que a demanda, ou até ofertando espaços de convivência e de estabelecimento de diálogos sobre a vida e suas intercorrências.

As pessoas vêm se mostrando incapazes de lidar com o outro em sua diferença e, muitas vezes, nos pontos de identificação, em suas semelhanças não assumidas ou tão escondidas que geram agressividade e violência dirigida ao outro que consegue se responsabilizar pelo seu desejo. A. C. Figueiredo fala sobre o “horror ao diferente”, enfatizando que a melhor contribuição da psicanálise é poder trabalhar com as pessoas e poder escutar as diferentes linguagens, as diferentes formas de vida, as diferentes possibilidades socioculturais. Poder escutar essas pessoas e seus sofrimentos, sem necessariamente intervir terapêuticamente sobre isso.

A psicanálise, com seu corpo teórico e suas práticas bem fundamentadas, possui ferramentas necessárias para entender ou explicar a realidade, a sociedade, as relações entre as pessoas. Mas esses coletivos de profissionais orientados pela psicanálise estão operando a partir de outra ordem, estão disponibilizando a sua escuta para algo mais informal, algo da ordem do

encontro. Ao sair para as ruas e ofertar espaços de escuta em praças, por exemplo, o objetivo não é o tratamento em específico, é apresentar para quem se interessar em parar ali outras possibilidades de lidar com o que for, é conversar com os diferentes segmentos da sociedade dentro daquele espaço que habitam e que traz as mais variadas sensações e sentimentos. É ofertar a possibilidade de parar alguns minutos do seu dia e falar para o cuidado de si.

Isso vem acontecendo em cidades como Porto Alegre, São Paulo e Brasília, a partir de ações desses coletivos de psicanalistas que nomeiam seus projetos como Psicanálise na praça, por exemplo. Existem outros coletivos que põem a circular os sentidos e os discursos de forma virtual: através de plataformas digitais, como sites e perfis em redes sociais. Os Psicanalistas pela Democracia<sup>25</sup>, por exemplo, socializam escritos de diversas ordens sobre aspectos clínicos-políticos-culturais, sem intuito jornalístico, com a finalidade de refletir a partir da Psicanálise.

Essas iniciativas, assim como o fazer cotidiano nos serviços públicos de saúde, configuram-se enquanto trabalho em equipe como produção entre vários. Nelas o discurso psicanalítico é um dentre tantos e é possível e preciso trabalhar em conjunto, “entre” e juntos, pondo para conversar diferentes campos conceituais e diferentes perspectivas da sociedade.

---

<sup>25</sup> <https://psicanalisedemocracia.com.br/>



### **Não quero fugir de mim**

Não quero nunca fugir de mim  
Porque se fugir de mim serei um louco, não eu  
Mas que coisa interessante, um monge  
uma vez me disse:  
Um poeta e louco na inspiração de um poema  
O monge diz:  
Olha lá, nunca vi um louco tocar flauta – se espantou  
Será que o louco sente alegria em tocar flauta?  
Esses toques são grandes rangidos das águas  
Que vem pelas cascatas e atingem o alvo do amor  
e a fraqueza do louco que sabe amar

*Agosto de 2016*

## Capítulo 5: Reverberações de um percurso

A partir de minha trajetória no curso de graduação em Psicologia da UFAL, marcada pela pesquisa psicanalítica e pelo desenvolvimento de atividades acadêmicas norteadas por Políticas Públicas, surgiram questionamentos e desafios que, elaborados, puderam dar algum contorno às questões aqui desenvolvidas sobre a articulação entre psicanálise e saúde mental pública. Propomo-nos, mais especificamente, a uma investigação teórico-clínica sobre a cena como dispositivo da clínica psicanalítica em articulação com a rede pública de saúde mental.

A partir de uma ampla perspectiva sobre a clínica psicanalítica, que envolva os outros pilares de sua constituição que não apenas a terapêutica, tivemos o intuito de estudá-la e a operar sobre ela mediante a utilização da noção de cena como dispositivo. Tomamos a psicanálise como uma práxis cuja especificidade é ética e que possui fins de subjetivação a partir de um trabalho de invenção de conceitos e de outras existências possíveis.

Perguntamo-nos sobre a noção de cena: como é entendida e abordada e por que seria relevante lançarmos mão dela como ferramenta clínica ao explorarmos significados atrelados a ela, constituindo-a logicamente a partir do conceito freudiano de Outra cena, fundamental para o nascimento da psicanálise enquanto técnica e teoria. Para isso, consideramos também a perspectiva de que a estrutura em jogo na prática analítica opera sempre em um tempo circular que se estabelece pelo “laço” significante e pela significação no “só-depois”.

Foi por transitar no litoral entre psicanálise e saúde mental pública que demos ênfase em caminhos percorridos pela psicanálise e elegemos como texto norteador da narrativa da pesquisa o artigo escrito por Freud sobre “Caminhos da terapia psicanalítica”. Nele, o psicanalista escreve sobre a perspectiva de ampliação da psicanálise para a população em geral, tendo em vista que, na época, o acesso ainda se configurava restrito, assim como eram restritos os espaços aos quais os psicanalistas propunham-se a circular e a trabalhar. Tal ampliação podemos referir como sendo da ordem do aumento da oferta da psicanálise em outros contextos e lugares que não o do consultório particular. A ideia era, assim, não esperar a demanda da população pela psicanálise, mas, a partir da oferta, gerar demanda por espaços de escuta, uma vez que oferta e demanda se constituem em vias relacionais.

Ainda pela ideia de movimento, articulamos que, desde a sua criação, a psicanálise constitui-se enquanto teoria e prática que transita entre diferentes campos do conhecimento. Freud importou termos, conceitos e modelos de vários outros campos científicos próximos e não tão próximos, como afirma Eidelsztejn (2011), incorporando-os ao *corpus* psicanalítico. Psicanalistas e teóricos da psicanálise que vieram após Freud seguiram fazendo o mesmo, como

é o caso de Lacan com a linguística e a matemática, por exemplo. Concordamos com Eidelsztein (2011) quando afirma que essa característica não põe em dúvida a originalidade ou a especificidade da psicanálise. Ao contrário, já que foi a partir dessa interlocução que os principais conceitos que utilizamos hoje foram forjados, como o próprio conceito psicanalítico de inconsciente, além dos de estrutura e de sujeito.

Assim como o texto de Freud norteou a narrativa, o livro de A. C. Figueiredo (1997), “Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público”, lançou contribuições que serviram como pontos norteadores importantes ao desenvolvimento da pesquisa. A principal delas foi analisar a especificidade da psicanálise, questão que frequentemente aparece na interlocução entre os campos da psicanálise e da saúde mental, à luz do “quase-conceito” de *réstance*, proposto por Derrida. Com isso, realizamos uma elaboração sobre o que “resta e resiste” da psicanálise em qualquer contexto em que ela seja realizada, independente do enquadre, com ou sem viés terapêutico, chegando ao conceito proposto por Lacan de discurso do analista, ou discurso psicanalítico, considerando que a análise é relacional e o analisante está incluído na mesma estrutura do discurso do analista.

A *réstance* e o discurso psicanalítico funcionaram como operadores conceituais para a elaboração da especificidade da psicanálise, sustentada a partir da ética do desejo, que estrutura e atravessa o saber-fazer psicanalítico, em referência ao legado freudiano da transferência e do inconsciente. Tal especificidade diz respeito ao desejo do analista e ao discurso analítico, que situa o saber do sujeito do inconsciente na posição de verdade e o objeto *a* na posição de agente, o que possibilita a produção de outros significantes-mestre. A especificidade da psicanálise, entretanto, passa não só pela teoria e pela técnica psicanalítica: o analista é aquele que, em sua formação, também passou por um processo psicanalítico.

A metodologia utilizada desenhou-se enquanto o mestrado seguia seu percurso. Foi a partir de encontros ocorridos durante os dois anos da pesquisa que nos deparamos com documentários sensíveis e atentos que se revelaram enquanto possíveis campos de escuta. Com isso, articulamos à elaboração teórica as impressões e os afetos despertados pelos documentários “Epidemia de cores”, “Estamira” e “O cuidado que queremos”, bem como falas dos sujeitos que apareceram nos documentários, não os enquadrando na teoria, mas escutando-os em seus percursos pela rede e por fora dela.

As três produções foram selecionadas por apresentarem de maneira não-patologizante as narrativas de sujeitos que possuem alguma relação com a rede pública de serviços de saúde mental, enfatizando o protagonismo deles em suas histórias e as elaborações que eles fazem a partir de recursos e dispositivos que acessam, acessaram ou escolheram não acessar. Os



documentários também só foram veiculados a partir da aprovação pelos participantes, sem a violência de editar e recontar as histórias de maneiras totalmente diferentes de como foram contadas. A atividade desses participantes – em escolher, querer e desejar – aparece em evidência nos documentários, quando, por exemplo, eles decidem não frequentar um serviço que não os acolheu, sendo críticos e participativos em seus percursos terapêuticos.

Através dos três documentários pudemos escutar o testemunho das pessoas que compõem a rede de atenção à saúde mental, a qual foi constituindo-se em um dos nossos objetivos de análise ao tempo que aparece no discurso dos participantes como objeto de seus percursos. Tais pessoas, entendemos, são os pontos que articulam essa rede ao mesmo tempo que circulam por ela em busca de diferentes objetivos que convergem para atenção e cuidado à sua própria saúde mental. Escutamos a elas a partir do reconhecimento de seus lugares de autoria e protagonismo em suas próprias histórias, entendendo a cena como dispositivo que propicie o reconhecimento necessário para que aconteça a emergência destes enquanto sujeitos de desejo.

Dessa maneira, atribuir à cena o caráter de dispositivo clínico constitui-se como uma ferramenta política de aposta no sujeito, considerando a indissociabilidade entre clínica e política. Através da cena é possível considerar a condição de reconhecimento pelo outro como parte do enlace propiciado pelo discurso psicanalítico em qualquer contexto, desde que haja desejo de estar naquilo que se faz por parte dos profissionais referenciados pelo Coletivo, sejam orientados pela psicanálise ou não.

O Coletivo é composto por grupos de pessoas que não precisam ser sempre as mesmas e que não possuam a mesma formação, valorizando a heterogeneidade em sua composição. Sua função se dá na passagem do registro imaginário para o simbólico, a partir da decisão de que é possível fazer algo da ordem do reconhecimento. A decisão inclui a suspensão de saberes e certezas, não conformando o indivíduo a ideais pré-determinados, mas identificando e reconhecendo algo que faz furo na burocracia cotidiana. A decisão inclui desacomodação do já instituído, recolocando em questão o desejo e indo de encontro ao processo de naturalização e imaginarização excessiva, devastadora para a emergência subjetiva. O trabalho em equipe se dá para que se opere a função Coletivo, a partir da implicação e do enlaçamento das pessoas na equipe, ainda que não seja a equipe formal da instituição.

É possível pensar no trabalho em equipe e sobre a função que o Coletivo opera no acolhimento e na terapêutica das pessoas que acessam os serviços de saúde mental porque, com o surgimento do SUS e as Políticas Públicas, a partir dos anos 1980, foi possível o estabelecimento de práticas multi e interdisciplinares na oferta da atenção e do cuidado à saúde

mental. Constitui-se também um cenário possível para a entrada dos psicólogos nos serviços de saúde pública.

Com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, inspirada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica Italiana e instaurada a partir das diretrizes da Constituição de 1988 e do SUS, a psicanálise vê-se em território fértil para entrada de sua atuação junto a esse campo. Tal cenário foi possível uma vez que ambos os campos, tanto a psicanálise quanto a saúde mental pública, têm como norteadores o respeito à alteridade do outro e o seu não-aniquilamento, ainda que por vezes essa aproximação seja difícil de perceber no contexto institucional em meio a tantas burocracias.

A psicanálise, entretanto, sustenta possibilidades que propiciem a construção de outros modos de viver que não custem tanto ao sujeito, que podem até parecerem paradoxais em um primeiro momento. Como a psicanálise trabalha com sujeitos e não com ideais, seu objetivo está longe de padronizá-los e alçá-los a um ideal de saúde, o que é frequentemente almejado pelas generalizações realizadas no cotidiano dos serviços e até mesmo na construção e aplicação de algumas políticas públicas.

Exemplo de estratégia adotada por uma política pública que vai de encontro a uma padronização terapêutica é a política de redução de danos, um dos pontos atacados pela “nova política de saúde mental” do atual governo federal brasileiro. Com a lógica da redução de danos, existe a possibilidade de tolerar que as pessoas não estão em um ideal de saúde e que cada uma escreve de maneira singular a sua história. Assim, essa política considera o desejo do sujeito e atua em direção à instauração de práticas menos danosas à saúde das pessoas que fazem uso abusivo de substâncias químicas. As práticas de redução de danos não estabelecem a abstinência como uma meta a ser alcançada, entendendo que a imposição desta pode ir de encontro ao objetivo de manutenção daquela vida, mas também não proíbem que o sujeito escolha ser abstinente.

Ao longo desses anos, as modificações de cunho antimanicomial realizadas no campo da saúde mental pública estavam prosperando, ainda que tenham tido algumas dificuldades ao longo do caminho. Foram trinta anos de movimentos sociais, políticos e clínicos que resultaram na estruturação de uma rede de atenção que atende a população de modo descentralizado, visando não a internação e conseqüente isolamento, mas a manutenção das relações sociais dos sujeitos e a inclusão de outros saberes para além da medicina no cuidado às pessoas em sofrimento mental, como os profissionais ligados ao campo das artes, por exemplo.

Promover a atenção e o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, estimulando as relações sociais e incluindo a comunidade na rede, tem a potencialidade de desconstrução da

ignorância sobre aspectos relacionados ao campo da saúde mental. Ignorância essa que gera a estigmatização dos sujeitos que lançam mão da clínica psicológica, psicanalítica ou psiquiátrica, seja por meio dos serviços da RAPS, pelo hospital psiquiátrico ou até mesmo por consultórios e clínicas particulares de atendimento. A ignorância promove insegurança: é a falta de conhecimento sobre o campo da saúde mental e a perpetuação de uma ideia de “louco perigoso” que segrega e gera perseguição àqueles que escapam de uma padronização vigente.

A questão pública da saúde esteve preservada no Brasil durante os últimos trinta anos. Mas, desde 2016/2017, efetivamente, o país vive uma série de golpes nas políticas sociais desenvolvidas. Uma nova ideologia vem se desenhando em vários campos sociais; na área da saúde mental, esse novo viés ideológico toma formas outrora abandonadas: a saúde volta a ser investida como um mercado potencialmente lucrativo a partir de medidas que visam enclausurar e alienar sujeitos em sofrimento psíquico. Está sendo imposto um modo de lidar com a saúde mental a partir de uma vertente empresarial, em que a saúde pública passa a ser gerida por uma lógica neoliberal. A problemática decorrente dessa lógica do mercado é, principalmente, a questão do sujeito. Onde, então, resiste o sujeito?

Como ser resistência em meio a esse processo de desinvestimento do estado em sua responsabilidade junto à saúde da população? Pôr a circular as ideias aqui desenvolvidas sobre a clínica e a rede de saúde mental, a partir do atravessamento da psicanálise, tem o intuito não só de manter a articulação existente entre esses campos do conhecimento, mas de seguir pensando e elaborando estratégias de enfrentamento e dispositivos que privilegiem a escuta clínica em meio a tempos que parecem inférteis.

Resistência aparece como a possibilidade de sustentar aquilo já foi conquistado, que surge de um discurso de crítica a um modelo de segregação e violência. É persistir nos discursos que propiciem lugares de reconhecimento do sujeito e estabelecimento de laços sociais, não apartando os sujeitos de suas redes e privando-os da sua livre circulação. Essa pesquisa surge como efeito disso: sustentar um trabalho possível orientado pela psicanálise em que a escuta ofertada não reifique uma ética tutelar a partir de estruturas hierarquizadas e verticalizadas que supervalorizem o discurso do especialista, mas que se dê a partir de relações horizontalizadas em que os sujeitos se inscrevam como protagonistas de suas próprias narrativas.

Referências bibliográficas<sup>26</sup>

- Alberti, S., & Figueiredo, A. C. (2006). Apresentação. In S. Alberti & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 7-15). Rio de Janeiro, RJ: Cia de Freud.
- Badiou, A. (1995). A ética das verdades. In A. Badiou, *Ética: um ensaio sobre a consciência do mal* (pp. 53-67). Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará.
- Bastos, G. N. (2014). *SUS: dos aspectos históricos a atualidade*. Recuperado de <https://pt.slideshare.net/EduardoHonorato2/slides-sus>
- Barthes, R. (1986). El acto de escuchar. In R. Barthes, *Lo obvio y lo obtuso – imágenes, gestos, voces* (pp.243-256). Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Binkowski G. I & Berriel, N. J. (2018). Enredando-se pelas teias do outro: um caso na clínica transcultural psicanalítica. *Acta Psicossomática*, 1(1), 90-100. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/329814755\\_enredando-se\\_pelas\\_teias\\_do\\_outro\\_um\\_caso\\_na\\_clinica\\_transcultural\\_psic\\_analitica](https://www.researchgate.net/publication/329814755_enredando-se_pelas_teias_do_outro_um_caso_na_clinica_transcultural_psic_analitica)
- Bittencourt, J. (201, 14 de dezembro). Governo Temer desmonta, com uma canetada, programa de saúde mental modelo para o mundo. *Revista Fórum*. Recuperado de <https://www.revistaforum.com.br/governo-temer-desmonta-com-uma-canetada-programa-de-saude-mental-modelo-para-o-mundo/>
- Broide, J. (2014). As construções de dispositivos clínicos. *Correio da APPOA*, 240. Recuperado de [http://www.apoa.com.br/correio/edicao/240/a\\_construcao\\_de\\_dispositivos\\_clinicos/156](http://www.apoa.com.br/correio/edicao/240/a_construcao_de_dispositivos_clinicos/156).
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico* (1943, 4a. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs.), *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde* (pp. 165-184). Rio de Janeiro, RJ: CEPESC.
- Ceccim, R. B. (2005). Onde se lê “Recursos Humanos na Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”: Desafios para a Educação. In R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs.), *Construção da demanda social: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (pp.161-179). Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2017a, dezembro). Carta de Bauru. Recuperado de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>

---

<sup>26</sup> De acordo com o estilo APA (American Psychological Association).

- Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2017b, 14 de dezembro). CFP repudia aprovação de mudanças na política de saúde mental. Recuperado de <http://site.cfp.org.br/cfp-repudia-mudancas-saude-mental/>
- Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2017c, dezembro). Posicionamento do Sistema Conselhos contrário ao Plano Nacional de Saúde Mental. Recuperado de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-contr%C3%A1rio-ao-Plano-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>
- Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988, 05 de outubro). Recuperado de <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>.
- Derrida, J. (s.n.). *Tarjeta postal: de Sócrates a Freud y más allá*. Recuperado em [www.philosophia.cl](http://www.philosophia.cl)
- Dunker, C. I. L. (2015). Mal-estar, sofrimento e sintoma. In C. I. L. Dunker, *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros* (pp.185-272). São Paulo, SP: Boitempo.
- Dunker, C. I. L. (2017). O que significa método em psicanálise? In C. E. Lang, J. de S. Bernardes, M. A. T. Ribeiro & S. V. Zanotti (Orgs.), *Clínicas: pesquisas em saúde, psicanálise e práticas psicológicas* (pp.13-31). Maceió, AL: Edufal.
- Dunker, C. I. L., Voltolini, R., & Jerusalinsky, A. N. (2008). Metodologia da Pesquisa e Psicanálise. In R. Lerner & M. C. Kupfer (Orgs.), *Psicanálise com Crianças: clínica e pesquisa* (pp. 63-91). São Paulo, SP: Escuta.
- Eidelsztein, A. (2011). Una polémica vigente. In A. Eidelsztein, *Las estructuras clinicas a partir de Lacan. [Volumen II]* (pp. 15-42). Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará.
- Figueiredo, A. C. (2015). Psicanálise e práticas institucionais na saúde mental: o estado da arte. In M. R. M. de Barros & V. A. Darriba (Orgs.), *Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito* (pp. 125-134). Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.
- Figueiredo, A. C. (2017). A clínica ampliada. In C. E. Lang, J. de S. Bernardes, M. A. T. Ribeiro & S. V. Zanotti (Orgs.), *Clínicas: pesquisas em saúde, psicanálise e práticas psicológicas* (pp. 13-31). Maceió, AL: Edufal.
- Figueiredo, A. C. (2019). *Conde entrevista a psicanalista Ana Cristina Figueiredo* [Vídeo Online]. 77min.
- Figueiredo, A. C., Nobre, L., & Vieira, M. A. (2001). Pesquisa clínica em psicanálise: a elaboração de um método. In A. C. Figueiredo (Org.), *Psicanálise – pesquisa e clínica* – (pp. 11-23). Rio de Janeiro, RJ: IPUB/CUCA.
- Figueiredo, A. C.; Machado, O. M. R. (2000). O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora*, 3(2), 65-86.

- Freud, S. (1990). Projeto para uma psicologia científica (1950[1895]). In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (pp. 385-529). (vol. 1). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2010). História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”) (1918[1914]). In S. Freud, *História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”), além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920), Obras Completas de Sigmund Freud*. (vol.14). São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2012). *A Interpretação dos sonhos (1899, vol. 2)*. São Paulo, SP: L&PM.
- Freud, S. (2016). *Estudos sobre a histeria (1893-1895), Obras Completas de Sigmund Freud*. (vol.2). São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2017). Caminhos da terapia psicanalítica (1919[1918]). In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica, Obras Incompletas de Sigmund Freud* (pp. 191-204). Belo Horizonte, MG: Editora Autêntica.
- Froemming, L. S., & Ribeiro, M. R. (2007). Melancolia como herança no filme Cidadão Kane. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 7(2), 385-404.
- Lacan, J. (1969-1970). *Séminaire 17: L'Envers de la psychanalyse*. Recuperado de <http://staferla.free.fr/S17/S17.htm>
- Lacan, J. (1972). *Do discurso psicanalítico* (Conferência de Lacan em Milão em 12 de maio de 1972). Recuperado de <http://lacanempdf.blogspot.com.br/search?q=do+discurso+psicanal%C3%ADtico>
- Lacan, J. (1988). *O seminário. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1992). *O Seminário. Livro 17: o avesso da psicanálise (1969-1970)*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998). A instância da letra no inconsciente (1957). In J. Lacan, *Escritos* (p.496-533). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2007). *O Seminário. Livro 10: a angústia (1962-1963)*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2008). *O seminário. Livro 7. A ética da psicanálise (1959-1960)*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Lang, C. E. (2017). Clínica, neoliberalismo e transhumanismo. In C. E. Lang, J. de S. Bernardes, M. A. T. Ribeiro & S. V. Zanotti (Orgs.), *Clínicas: pesquisas em saúde, psicanálise e práticas psicológicas* (pp. 13-31). Maceió, AL: Edufal.
- Lei nº10.216. (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF:

- Presidência da República. *Diário Oficial da União* de 09 de abril de 2001. Recuperada de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)
- Levitsky S. & Zibblatt, D. (2018). *Como as democracias morrem*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar
- Madarasz, N. (2011). A subjetividade posterior ao acontecimento. In N. Madarasz, *O múltiplo sem um* (pp. 53-75). São Paulo, SP: Ideia e Letras.
- Medeiros, R. H. A. de. (2015). *Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS*. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 (4). pp. 1165-1184.
- Milagres, R. (2016). *A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde*. Recuperado em [https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-A-mudanca-dos-sistemas-piramidais-e-hierarquicos-para-as-Redes-de-Atencao-a\\_fig1\\_316974617](https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-A-mudanca-dos-sistemas-piramidais-e-hierarquicos-para-as-Redes-de-Atencao-a_fig1_316974617)
- Moreira, J. de O., Neto, F. K. & Rosário, Â. B. do. (2015). Saúde mental e psicanálise: recortes epistemológicos. In L. C. Texeira & S. W. D. M. Rodrigues (Orgs.), *Psicanálise, Saberes e Práticas em Saúde* (pp. 23-38). Curitiba, PR: CRV.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Nicolau, R. (2015). Laços possíveis para o psicanalista na instituição de saúde. In L. C. Texeira & S. W. D. M. Rodrigues (Orgs.), *Psicanálise, Saberes e Práticas em Saúde* (pp. 75-90). Curitiba, PR: CRV.
- Nota Técnica nº11. (2019, 04 de fevereiro). Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Coordenadoria-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Recuperado de <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Oury, J. (1996). Psicanálise e psiquiatria e psicoterapia institucionais. In P. Kaufmann (Org), *Dicionário enciclopédico de psicanálise. O legado de Freud e Lacan* (pp. 709-720). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Oury, J. (2009). *O coletivo*. São Paulo, SP: Aderaldo & Rothschild.
- Palombini, A. (2010). Por uma ética da clínica, aposta nos que resistem. In A. M. C. Guerra & Moreira J. de O. (Orgs.), *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e brasedefesa social* (pp. 119 – 128). Curitiba, PR: CRV.
- Porge, E. (2009). *Transmitir a clínica psicanalítica: Freud, Lacan, Hoje*. Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- Portaria SNAS Nº189. (1991, 19 de novembro). Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperada de <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>

*Portaria SNAS N°224.* (1992, 29 de janeiro). Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperada de <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria224.pdf>

*Portaria n°336/GM.* (2002, 19 de fevereiro). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperada de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

*Portaria n°1.028.* (2005, 01 de julho). Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperada de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html)

*Portaria n°3.088.* (2011, 23 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperada de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

Prado, M. (Diretor). (2005). *Estamira* [Cinema]. Rio de Janeiro. 121min.

Prefeitura de Viamão. (2018). O cuidado que queremos [Doc. *Online*]. Viamão. 24min. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=O33z5YdZVpo>

Ribeiro, M. S. M. (2007). A prática psicanalítica em instituições de saúde pública: a questão da interdisciplinaridade. In: Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Org.). *Psicose: aberturas da clínica* (pp. 136 – 146). Porto Alegre, RS: APPOA, Libretos.

Rinaldi, D. (2015). Clínica, Ética e Política: a prática do psicanalista na instituição de saúde mental. In M. R. M. de Barros & V. A. Darriba (Orgs.), *Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito* (pp. 115-124). Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.

Rivera, T. (2017). Prefácio. O trabalho do cinema. In: Weinmann, A. de O.; Sousa, E. L. A. de; Froemming, L. S. (Orgs.) *Imagens-textos: ensaios sobre cinema e psicanálise* (pp. 7-8). Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS.

Saretta, M. E. (Diretor/Produtor/Roteirista). (2016). *Epidemia de Cores* [Cinema]. Porto Alegre. 71 min.

Silva, C. T. da, Terra, M. G., Kruse, M. H. L., Camponogara, S., & Xavier, M. da S. (2016). Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(1), 3-9. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2760014.pdf>

Sousa, E. (2007). Função: Estamira. *Estudos de psicanálise*, (30), 51-56. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n30/n30a07.pdf>



- Sudré, L. (2019, 20 de fevereiro). “Manicômio dá muito lucro”, denuncia presidente do Conselho Federal de Psicologia. *Brasil de fato*. Recuperado de [https://www.brasildefato.com.br/2019/02/20/manicomio-da-muito-lucro-denuncia-presidente-do-conselho-de-psicologia/index.html?fbclid=IwAR1niPnoVd1DlC-NgojtKo5TUIWzTmWrtBqtORE\\_qrsEkuhMC7GbKYIvPCE](https://www.brasildefato.com.br/2019/02/20/manicomio-da-muito-lucro-denuncia-presidente-do-conselho-de-psicologia/index.html?fbclid=IwAR1niPnoVd1DlC-NgojtKo5TUIWzTmWrtBqtORE_qrsEkuhMC7GbKYIvPCE)
- Velasque, A. I. (2017). *O poeta na tempestade*. Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS.
- Veronese, L. G. (2015). *Barreiras, fronteiras e passagens: a burocracia e o laço social na saúde mental pública brasileira - travessia de uma experiência*. Tese de doutoramento em Psicologia Social e Institucional na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 168p.
- Vilhena, J., & Rosa, C. M. (2012). Na trama da cultura. A psicanálise para além das quatro paredes. In A. M. Rudge, & V. Besset (Orgs.), *Psicanálise e outros saberes*, (pp. 109-132). Rio de Janeiro, RJ: Cia de Freud/FAPERJ.
- Xavier, H. V. da S., & Lang, C. E. (2016). Desconstrução e pesquisa psicanalítica. In *VII Congresso Internacional De Psicopatologia Fundamental e XIII Congresso Brasileiro De Psicopatologia Fundamental* (9 p.) João Pessoa, PB: Laboratório de Psicopatologia Fundamental/Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (São Paulo, SP).