

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Ana Paula Genesini

**A PSICANÁLISE E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL: FORMAS ATUAIS
DE SOFRIMENTO E CUIDADO**

Porto Alegre
2015

Ana Paula Genesini

**A PSICANÁLISE E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL: FORMAS ATUAIS
DE SOFRIMENTO E CUIDADO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Rose Gurski

Porto Alegre

2015

Ana Paula Genesini

**A PSICANÁLISE E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL: FORMAS ATUAIS
DE SOFRIMENTO E CUIDADO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Psicologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título
de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Debatedora - Sandra Djambolakdjian Torossian- UFRGS

Orientadora - Rose Gurski

AGRADECIMENTOS

Neste final de graduação, tenho tanto a agradecer, que uma sessão formal para isso é tão pouco, que cheguei a titubear frente à tarefa, considerando não fazê-la. Contudo, tendo aprendido ao longo do curso de Psicologia, dentre tantas coisas, sobre a singular importância da nomeação e dos efeitos que dela advém, coloquei-me a escrever.

Primeiramente, agradeço a minha mãe, Sônia Maria Genesini, que não mediu esforços, lágrimas e sorrisos para que eu encontrasse um lugar para mim, que me fizesse feliz e realizada, como ela sempre diz. Sem ti, mãe, nada disso seria possível. Hoje, vencemos juntas.

A minha orientadora, Rose Gurski, por apostar nesta construção que, inicialmente, era apenas um desabafo. Ao longo dos meses, a ideia difusa foi tomando forma e tornou-se uma escrita importante de elaboração e de posicionamento ético-político. Fostes muito importante nesse processo, Rose, e agradeço tua leitura atenta, teus apontamentos afetivos e tua abertura a compor comigo, esse e outros trabalhos.

À Magda Martins Costa, quem por horas e horas tem me escutado ao longo desses últimos anos, por perceber tantas coisas boas em mim, que eu nem conhecia, por dividir comigo momentos tão difíceis e por trazer leveza e fluidez as minhas inflexibilidades. Essa escrita também é fruto do nosso encontro.

À Ariane Severo, por ter transbordado o papel de supervisora e se tornado um referencial, profissional e pessoal, e uma preciosa amiga. A ti, devo o retorno às Letras e as incursões nos modos de escrita, além da confiança na possibilidade e na potência de um trabalho que carrega a minha marca singular.

Ao Ruben, por estar ao meu lado nas tempestades e calmarias, pelo apoio aos meus desejos e planos, mesmo que incalculados, por compartilhar comigo sentimentos, sorrisos e possibilidades de existência.

À Ellen, por me afetar com tanto carinho e doçura nas tantas vezes que deles precisei, por partilhar identificações e um caminho de libertadoras inquietações.

À Helena, por toda força, carisma e alegria, que por teres, mostrou-me tê-los também; pela segurança que me emprestas-te e por ouvir e compreender o que te era incompreensível.

À Ellen e à Helena, por uma amizade que segue se transformando ao sabor do tempo, em busca contínua por renovar significações coloridas de coragem, amor e cumplicidade.

Aos professores, supervisores e colegas com os quais tive o prazer de partilhar esse percurso inicial. Especialmente, à Joana Narvaez, à Sandra Djambolakdjian Torossian e à Gislei Domingas Lazzarotto, por incitarem a dúvida e o questionamento, mais do que as respostas, por estimularem o olhar atento e a confiança no que dele provinha e por possibilitarem que essa graduação tenha sido mais que meramente obtenção de conhecimento, mas um processo humano de cuidado e transformação.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	A PSICANÁLISE E O LAÇO SOCIAL: BREVES NOTAS.....	8
3	SOBRE PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ROTAS DE ENCONTRO	13
4	A SAÚDE MENTAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	17
5	UM LUGAR PARA O SUJEITO ENTRE A RACIONALIDADE CARTESIANA, OS DIREITOS DO CIDADÃO E A VERDADE DO INSCONSCIENTE.....	21
6	A FUNÇÃO DA ESCUTA NOS MODOS DE FAZER CLÍNICA	25
7	AS FACES DE UMA CLÍNICA: DO CORPO BIOLÓGICO AO POLÍTICO	29
8	TEMPO DE CONCLUIR (SEM FINALIZAR)	34
	REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

O elemento disparador desta escrita reside em uma reflexão que foi atravessando e integrando minha trajetória na graduação em Psicologia. Este trabalho de conclusão de curso propõe-se a uma tentativa de integrar perspectivas, que considero fundamentais para o que se denomina de saber/ fazer em psicologia, enquanto prática clínica marcada por um posicionamento ético-político essencial ao arranjo social contemporâneo.

A psicanálise e as políticas públicas pareceram-me apresentadas em espaços distintos ao longo da graduação. A minha vivência das disciplinas e das práticas de estágio contribuíram para uma percepção de um distanciamento entre as perspectivas, ou mesmo de uma sobreposição de uma em relação a outra, mesmo quando havia a proposta de articulá-las. Nesse sentido, meu trabalho constrói-se na tentativa de dar visibilidade a um encontro possível entre esses dois aparentes heterogêneos da graduação: a teoria psicanalítica e o campo das políticas públicas em Saúde Mental.

Acredito que a Psicanálise encontra um discurso crítico e político no contexto institucional, o qual contribui com sua atualização enquanto teoria e método clínico de acordo com a organização social vigente. Do mesmo modo, uma prática em Saúde Mental, pautada por políticas públicas, beneficia-se do saber psicanalítico, especialmente pelo acento da dimensão de singularidade na escuta da demanda.

A trajetória da Psicanálise, a partir de seu surgimento e posterior disseminação, tem sido marcada por críticas. Inicialmente, as proposições teóricas de Freud, em busca de uma nova leitura da histeria, foram desacreditadas pela comunidade científica. Parecia incabível pensar que houvesse um sentido, de ordem inconsciente, atrelado àquelas manifestações, produzidas pelo próprio paciente. Em seguida, conforme os estudos do psicanalista vienense se desenvolviam e davam mais corpo à teoria, conquistando simpatizantes e pacientes, uma proposta trouxe escândalo e dividiu opiniões: as então chamadas psicose neuroses teriam se desenvolvido a partir da vivência da sexualidade infantil, o que implicava na desconstrução da imagem da infância como um período de inocência.

Hoje, muitas das questões teóricas e metodológicas abordadas e desenvolvidas por Freud são amplamente discutidas e aceitas em diversos setores sociais. A existência do

inconsciente e de suas produções, inclusive habitam o senso comum, que absorveu muito bem a passagem pelo Complexo de Édipo. Contudo, o mal-estar em relação a Psicanálise não cessa e as críticas seguem sendo tecidas. Nesse sentido, parece de destaque, na contemporaneidade, as questões relacionadas a um dito *locus* privilegiado e a um posicionamento ético-político. Chamada de prática individualizante e privada, a Psicanálise é criticada, muitas vezes, por não compor uma discussão clínico-política, pautando-se em uma ética do indivíduo em detrimento do social.

Ainda que a época vivida por Freud tenha se distanciado da experiência da nossa atualidade, nos perguntamos se o social não teria sido, desde a origem da psicanálise, um elemento crucial para a proposição de refletir acerca das nuances do psiquismo? Parece-nos que o percurso da Psicanálise, enquanto saber e prática guiada, primordialmente, pela ética do bem dizer e pela verdade do sujeito, mostra-se capaz de habitar espaços múltiplos e de compor seus princípios e sua ética em diferentes contextos.

Já no que diz respeito às políticas públicas em saúde mental, essas foram sendo construídas ao longo de um extenso percurso relacionado aos modos de governo no Brasil. Um país que vivenciou duas ditaduras, pôde só, tardiamente, conquistar direitos que previam equidade, integralidade e universalidade de acesso à saúde dos cidadãos.

Hoje, vivemos um momento que marca os vinte e cinco anos da implementação do Sistema Único de Saúde e os catorze anos da promulgação da lei 10.216, fruto do movimento da Reforma Psiquiátrica, que regula a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Em uma lógica de serviços substitutivos ao modelo manicomial, estas reformas questionam os posicionamentos teórico-práticos que compõe um campo que objetiva a inclusão social, dos antes isolados no modelo asilar.

Contudo, o que vem sendo produzido pelos profissionais, nesse contexto? Ora, já tendo conquistado os direitos universais aos usuários, necessitamos agora garantir os meios para que tais direitos sejam afirmados! Nesse sentido, queremos refletir sobre as condições e possibilidades de um campo em Saúde Mental que possa operar para além do assistencialismo, visando, acima de tudo, um atendimento que contemple a singularidade da dimensão subjetiva dos usuários, cumprindo assim, sua função terapêutica.

Essa breve apresentação tem por objetivo introduzir o questionamento que procuraremos explorar neste trabalho: é possível que a psicanálise e o campo das políticas

públicas em saúde mental afetem-se mutuamente? O que o encontro entre esses saberes é capaz de produzir para fazer avançar a atenção e o cuidado frente ao sofrimento psíquico dos sujeitos?

Penso que um caminho possível para estabelecer uma conversa entre as áreas seria através de alguns conceitos que tem se mostrado muito presentes em ambas as perspectivas. Dessa maneira, escolhi trabalhar as categorias de *sujeito*, *escuta* e *clínica* procurando pensá-las em relação com a psicanálise e as políticas públicas, apontando similaridades, divergências e, sobretudo, buscando construir pontes para a comunicação entre ambas. Para discutir tais questões, pareceu-me importante, situar previamente o leitor em um breve percurso histórico que compôs a trajetória da psicanálise e da saúde mental no Brasil.

2 A PSICANÁLISE E O LAÇO SOCIAL: BREVES NOTAS

A gênese e o desenvolvimento da Psicanálise, como teoria e método de escuta do inconsciente, deu-se intimamente associada ao laço social. Naquele momento sócio-histórico, os apelos de sofrimento psíquico eram, em maioria, compreendidos enquanto adoecimento físico, não recebendo, assim, tratamento adequado a seu alívio. Freud, em seus trabalhos, além de buscar construir conceitos articulados a sua vivência clínica que pudessem dar conta de um sofrimento associado a algo para além do biológico, recorreu sistematicamente aos fenômenos sociais e culturais para compreender os modos como os sujeitos se constituíam em, e a partir do laço social.

Em *Psicologia de Grupo e Análise do Eu* (1921), o psicanalista vienense aponta para a indissociabilidade do olhar da psicologia sobre o indivíduo e a cultura, afirmando que toda a psicologia individual é também social. Ainda que tomemos um único indivíduo em perspectiva, esse não se descola de seu contexto; pelo contrário, aparece invariavelmente associado a uma trama de relações com outros. Essas relações engendram modificações à vida mental do sujeito: suas pulsões libidinais e narcísicas encontram impedimentos, interditos e se fazem apenas parcialmente satisfeitas quando integradas à sociedade; além disso, mecanismos como a identificação possibilitam que o sujeito construa um lugar para si em meio às relações sociais e culturais.

Freud esteve sempre atento às condições de seu tempo, propondo que o método teórico-clínico por ele desenvolvido se mantivesse aberto à transformações, segundo às demandas sociais. Ele compreendia que aquele delineamento da técnica só fazia sentido dentro de um contexto social e cultural específico, que era o da sociedade ocidental burguesa do início do século XX. Assim, anunciava clara e abertamente em seus escritos que os psicanalistas teriam de lidar com novas condições, as quais implicariam na adaptação da técnica, aliada à manutenção da ética da psicanálise em seu preceito básico: de escuta das formações do inconsciente. Segundo ele:

é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose(...) Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições. (...) No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se

componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa. (Freud, 1919, p. 181).

Apesar de ter se envolvido consistentemente na formulação de uma teoria e método aplicado ao tratamento clínico, Freud também não restringiu a psicanálise a esse contexto. Textos como *Gradiva de Jensen* (1907), *Totem e Tabu* (1913), *O Futuro de uma Ilusão* (1927), *Moises e o Monoteísmo* (1939), entre outros, atestam o diálogo e a contribuição da psicanálise com outras áreas do saber.

Mais tarde, foi Lacan quem, em um retorno a Freud, contribuiu substancialmente para a ampliação do alcance do saber psicanalítico e de sua relação com outros campos. Com uma concepção de inconsciente como o efeito das relações de linguagem, ou seja, do que se dá entre os falantes, Lacan colocou a Psicanálise a dialogar, inclusive, com a matemática: linguagem científica por excelência, que através de símbolos universais, é capaz de servir a qualquer língua (NOGUEIRA, 2004). Através da proposição de formulas, denominadas matemas, Lacan possibilitou a exposição científica de conceitos psicanalíticos, permitindo sua transmissão de modo estrutural (ROUDINESCO & PLON, 1998).

O avanço do legado de Freud, realizado por Lacan, além de articular mais amplamente a Psicanálise a outros saberes, colocou-a em relação ainda mais estreita e evidente com a cultura. O aforisma lacaniano que propõe que o “inconsciente é o discurso do Outro” (1954-1955, p.118) demonstra a dimensão da participação do social, enquanto instancia antecedente e determinante, sobre a constituição do sujeito. São os significantes ofertados pelo Outro que fazem marca no corpo do *infans*, tornando possível sua humanização. A inserção na cultura, através da linguagem, sinaliza à criança que ela ocupa uma função e posição na relação com o Outro, para além do puramente biológico.

Em “Por que a Psicanálise?” (2000), Elisabeth Roudinesco defende e problematiza a escolha pela Psicanálise em uma organização social atravessada pela desilusão e desesperança. O cenário de crise das instituições, dos valores, da economia, não poderia deixar de atingir a comunidade psicanalítica, que, na época, enfrentou uma menor receptividade social e política a sua proposta clínica.

A ascensão do comportamentalismo e do uso de fármacos, com suas promessas de rapidez e eficácia para o apaziguamento dos sofrimentos, somado a uma mudança nas

subjetividades, produzem elementos que, cada vez mais, dificultam o tratamento psicanalítico clássico, a escuta em consultório e a frequência nas sessões. Além disso, as instituições de cuidado em saúde e saúde mental, por exemplo, “passaram a ficar submetidas a imperativos econômicos pouco compatíveis com a longa duração que caracteriza a análise freudiana, ao mesmo tempo que sua desintegração progressiva vai dando lugar a situações incontroláveis de violência e delinquência” (ROUDINESCO, 2000, p. 153)

Tal apontamento da autora parece denunciar que, apesar da atualidade da psicanálise, enquanto aposta na verdade e desejo singular do sujeito, sua aplicação, do ponto de vista técnico e formal, vem perdendo progressivamente espaço e sentido dentro da atual organização social. Dunker *et al* (2002) discorrem sobre o modelo de tratamento analítico “quebra-cabeça”, proposto por Freud em 1937, no qual se reúnem elementos que apontam para uma figura total com valor de verdade, como algo que “soa-nos anacrônico” (p. 115), desconexo às características hoje assumidas pelas subjetividades plásticas e transitórias que compõe nossa sociedade.

Roudinesco (2000) salienta que a própria forma como organizaram-se e cindiram-se, repetidas vezes, as instituições de formação psicanalítica, muitas delas burocratizando e padronizando analistas para “exportação”, cultivando “mais a norma do que a originalidade” produziu hermetismo e “desertou [o movimento] do terreno do debate político e intelectual” (p.151) e do interesse pela realidade social. Um saber psicanalítico instituído e cristalizado, produzido inclusive nos centros de formação em psicanálise, é para Luiz Claudio Figueiredo (2001) “quase que inevitavelmente como uma proteção contra o saber e a prática de transformação que a própria Psicanálise é capaz de promover”. Para o autor, ainda que as Sociedades e Instituições Psicanalíticas sejam importantes, elas não garantem a atualidade e sobrevivência da teoria, nem “de maneira nenhuma, dão a segurança indiscutível de que dentro delas a Psicanálise seja uma Psicanálise mais eficaz, mais verdadeira do que a que pode ser exercida em outros lugares e em outras condições.” (p.148).

Quinet (2005), ao discutir quais são as condições que fazem possível a análise, aponta que a psicanálise originou-se em um ato, inaugurado por Freud. Mais tarde, com o advento das sociedades de formação, a essência da análise, localizada no ato do analista, foi cedendo espaço ao dispositivo técnico, nomeado setting ou contrato. Para muitos este último é o que fundamentaria a experiência de análise, devendo, portanto, se atentar para sua manutenção

exata, com penas de que pequenas alterações nesse registro comprometam a experiência analítica.

Nesse sentido o autor irá apontar para sociedades de formação psicanalítica mais ortodoxas, enquanto a materialização de um Outro, que através de regras, asseguraria ao analista a validade de sua prática. A partir disso, questionará “como podemos propor ao analisante uma espécie de concretização do Outro, sabendo que numa análise conduzida a seu término, o sujeito é levado a se confrontar com a falta do Outro [S(A/)] justamente porque o Outro falta” (p.8). Essa rigidez em relação ao contrato, eximiria “o analista da responsabilidade de seu ato” (idem) produzindo um *contra-ato*. Considerando tais questões, é que Lacan introduziu, então, o conceito de ato psicanalítico, para reforçar que a questão central da psicanálise não são as regras, mas a sua ética.

Em 1893, sob a perspectiva da teoria do trauma e lançando mão da hipnose como método, Freud escreve o *Caso Katharina*, relatando uma escalada aos Alpes que derivou em mais um encontro com as neuroses. Katharina, empregada do local onde Freud se hospedava, reconheceu-o como médico e interpelou-o com o desejo de falar sobre seus nervos. Embora as condições fossem muito diferentes das usuais, Freud não recusou a atender a demanda da menina, que mostrou-se pouco resistente a falar das cenas traumáticas que habitavam seu psiquismo. Estabeleceu-se entre eles, nas montanhas alpinas, em um espaço de tempo muito curto, uma transferência possível àquele peculiar encontro entre analista e paciente. A escuta atenta de Freud abriu-lhe a possibilidade, então, de flexibilizar o método e o *setting* a que ele se dedicava.

Hoje, enfrentamos impasses e questionamentos que tensionam a própria escuta individual e apontam a necessidade do saber psicanalítico colocar-se a partir de outras configurações, os denominados dispositivos clínicos ou institucionais. Broide (2014) recorre a autores como Agambem e Deleuze para pontuar que diferentes subjetividades são constituídas por distintos dispositivos, que as captam. As mudanças no social, como o advento tecnológico, por exemplo, produzem outras possibilidades subjetivas e outras relações entre os homens. Os dispositivos que se colocarão em diferentes espaços, para além dos consultórios privados, suscitarão a emergência de outros significantes e materiais inconscientes. Contudo o autor indica que o sujeito do desejo e a postura de escuta do psicanalista, mantém-se constantes, sendo esses os princípios que mais intrinsecamente

caracterizam a psicanálise. Frente a essas novas configurações, considerando que o mal-estar na cultura segue solicitando que a psicanálise se ocupe dele, como o psicanalista faz-se ouvir em outros contextos, que não o *setting* padrão? Qual sua contribuição com relação à escuta do sujeito no contexto institucional?

3 SOBRE PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ROTAS DE ENCONTRO

Ao centrar-se na escuta do inconsciente, como portador das insígnias de verdade do sujeito, Freud introduz um referencial capaz de ampliar o alcance do diagnóstico. Sua proposta excedeu a mera descrição de fenômenos, partindo destes em direção à compreensão de estrutura, o que acabou por legar-nos a psicopatologia Psicanalítica. Neste sentido, colocam-se novas possibilidades e demandas aos tratamentos em saúde mental pautadas pela Psicanálise (FIGUEIREDO, 2004), que apontam para um compromisso ético e político deste saber junto ao sofrimento e aos sintomas sociais. Frente à reorganização sociocultural que tem modificado significativamente valores, relações interpessoais e formas de atenção e cuidado, a psicanálise seria ainda viável e atual?

Nesse sentido, Rosa (2004) discute a necessidade de que a teoria se atualize em consideração às diferentes condições encontradas no desenvolvimento de uma prática em Psicanálise. Segundo a autora, “o enfrentamento de novos problemas necessita de uma certa afinação, refinação dos conceitos psicanalíticos, e de uma busca de dispositivos de análise de que seja possível lançar mão na articulação entre sujeito e sociedade” (p. 332).

Parece que um movimento em direção à integração do psicanalista junto às atuais instituições de cuidado em saúde se faz crucial para que a Psicanálise mantenha-se viva e atuante. Freud já apontava para um campo por ele nomeado Psicanálise Aplicada. Já Lacan, tomando para si a tarefa de disseminar e atualizar o saber psicanalítico, vai propor o termo Psicanálise em Extensão apontando para a necessidade de que a Psicanálise possa se reinventar a partir de seus pacientes. Através da criação de dispositivos outros, que levem a escuta analítica a espaços para além dos consultórios, Lacan aposta na possibilidade da experiência do sujeito simbolizar sua falta e apontar para o impossível, sustentado mais pela ética da psicanálise, do que por um setting padrão (GURSKI, 2015). Doris Rinaldi reforça que “a psicanálise em extensão depende fundamentalmente do que ocorre na psicanálise em intensão” (p. 5), indicando que a ética do bem-dizer poderá também consolidar-se no espaço

da instituição, contanto que o analista permaneça orientado pela ética psicanalítica, ultimamente, desde que opere a partir de seu desejo.

Em texto intitulado “Ética e Desejo: da psicanálise em intensão à psicanálise em extensão”, Rinaldi trabalha com conceitos que norteiam a experiência da Psicanálise em intensão, abordando o caráter triangular dessa, no qual estão envolvidos analista, analisante e o objeto a, causa do desejo. Nessa relação, aponta a importância de que o analista tenha por função colocar-se como suporte do objeto a e que isto somente é possível quando opera o desejo do analista. Tal desejo é o de que haja análise, ou seja, de que o desejo inconsciente possa ascender, produzindo a singularidade, a diferença. Ao articular esses conceitos à experiência das instituições de formação psicanalíticas, Doris ressalta um risco ao qual deve-se ficar atento: para que uma relação analítica se opere pela via do desejo e não pela via da identificação a um sujeito suposto saber - personificado em uma figura, um enunciado, ou mesmo uma causa. Nesse caso, a identificação viria a produzir uma figura de mestre, promovendo o recalçamento do objetivo último da experiência analítica, o desejo.

Em nossa contemporaneidade a psicanálise coloca-se enquanto um saber possível ao campo da saúde coletiva. Essa, apresenta-se de modo heterogêneo, composta por profissionais referenciados em diversos orientadores teóricos e formações específicas. Além disso, organiza-se a partir de políticas públicas que assinalam intervenções possíveis aos técnicos envolvidos. Ainda, a atuação do psicanalista pode ocorrer em estabelecimentos tão diversos quanto os atores que a integram: passando pela baixa, média e alta complexidade, desde a promoção e prevenção, nas Unidades Básicas de Saúde, por exemplo, ao tratamento em CAPs e acompanhamento intensivo, nos hospitais psiquiátricos.

Assim, no Brasil, o contexto institucional coloca mais um desafio ao fazer psicanalítico: o de lidar com o modelo substitutivo proposto pela reforma psiquiátrica e com as diretrizes do Sistema Único de Saúde que delimitam as práticas. Tal configuração leva-nos à reflexão acerca de como os psicanalistas, que compõe as equipes de trabalho nas instituições, possibilitam o diálogo entre os pressupostos da psicanálise e as novas propostas de atenção em saúde mental articuladas às políticas públicas.

Na via da atenção psicossocial e do trabalho em instituições públicas, Ana Cristina Figueiredo (2007) defende que o lugar do psicanalista não deve ser o do especialista que proporciona uma explicação a fim de convencer aos outros de sua verdade sobre o

inconsciente. A autora salienta que a função do psicanalista é de convivência, acima de tudo, em meio a profissionais que não tem uma transferência com a psicanálise, mas que podem criar na figura do psicanalista uma referência àquele saber.

Rosa (2004), também tensiona esse status de especialista: da interpretação ou da fantasia, lembrando-nos da amplitude das manifestações do inconsciente, não apenas no âmbito da psicopatologia, mas também das relações cotidianas, quando o sujeito do desejo advém através dos chistes e atos falhos, por exemplo. A autora retoma Freud, para pontuar como a metapsicologia foi sendo construída e modificada a partir dos impasses da escuta. Interpretar, teorizar, não é uma tarefa a priori, ou de maior importância ao psicanalista, essa deve sim vir sempre associada e integrada ao trabalho em prática e pesquisa. Assim, Rosa situa o psicanalista como aquele “que deve estar a serviço da questão que se apresenta” (p. 341) apontando para a possibilidade da construção de um objeto de pesquisa somente a partir da transferência.

Moretto e Priznulnik (2014) consideram que o primeiro passo do trabalho de um psicanalista é a descrição de sua experiência, para que desde a singularidade, possa ser construído um dispositivo de trabalho que se articule à teoria. Para as autoras, o psicanalista encontra certas condições relacionadas à possibilidade de sua inserção na instituição. Pense-se, nesse contexto, a inserção como um processo que vai além do ingresso do profissional, via contratação, ou mesmo de sua circulação física em um local; mais que isso, inserir-se em uma equipe, em uma instituição, requer a construção de uma localização subjetiva, de um lugar, que implica um ato do psicanalista.

Haveria dois aspectos relacionados às condições que indicam uma via de inserção na equipe e na instituição. O primeiro, diz respeito à demanda dirigida ao analista pela equipe, o que se conecta à relação que essa tem com a subjetividade e, conseqüentemente, à forma como lida com a subjetividade dos pacientes. Segundo, frente a essa demanda, há uma escuta e uma resposta do analista; a forma como isso se dá, aparece como elemento crucial, facilitador ou mesmo impeditivo da inserção na equipe.

O psicanalista na instituição deve ser capaz de sustentar os pressupostos da psicanálise, trabalhando como, na prática, tais indicações podem se manter. É a partir de uma disseminação mais de ética, do que de técnica, que se torna possível o estabelecimento nas equipes de uma transferência com a psicanálise. Para Figueiredo (2007), “a função do psicanalista na instituição é tornar possível essa transferência a partir do manejo de situações

cotidianas na clínica e na convivência. Não se trata de ‘ensinar psicanálise’, bem ao contrário, deve-se sustentar o que a psicanálise nos ensina a partir de seus efeitos.” (p.3).

Tais situações cotidianas, em atenção psicossocial, aparecem enlaçadas intimamente às práticas em saúde pública que encontram hoje sustentação nas diretrizes propostas pelo SUS. Apesar dessas preconizarem, sobretudo, a escuta, o olhar singular sobre o sujeito que sofre e a formação de vínculos, Dunker e Neto (2015) apontam para um fazer em saúde mental que opera a partir dos princípios do capital e da produção de números. Em “Psicanálise e Saúde Mental” os autores problematizam os tratamentos como formas de ajustamento ao cotidiano, como se o objetivo fosse que se faça funcionar, que torne-se útil novamente o sujeito, à sociedade. Nesse sentido, discutem as práticas em saúde pública relacionadas à questões de gerenciamento, propondo pensarmos na efetividade dos tratamentos ou na mera gestão de sofrimentos. Para eles, a clínica carrega em si elementos de uma crítica e de um questionamento social, não podendo render-se à mera funcionalidade.

4 A SAÚDE MENTAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As atuais práticas em saúde mental se inscrevem na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS): modelo que organiza e orienta as ações e serviços em saúde no Brasil. Assim compreendemos a importância de situar, neste trabalho, o movimento e o contexto de construção e consolidação do SUS como política, abordando suas diretrizes e princípios, sob os quais colocam-se também os dispositivos que operam especificamente com Saúde Mental.

Historicamente, a assistência à saúde à população brasileira deu-se pela exclusão de segmentos sociais inteiros, pela má distribuição dos serviços, baixo investimento de recursos, além de conflitos entre o âmbito privado e público. Tais condições, compunham um quadro de baixa qualidade e abrangência de atendimentos, desresponsabilização do Estado frente a uma grande parcela da população e insatisfação, tanto dos profissionais, quanto dos usuários atendidos.

No contexto de redemocratização do país, logo após o fim do regime ditatorial, multiplicam-se e tomam corpo os movimentos sociais que lutam por uma transformação no âmbito da saúde. A Reforma Sanitária reúne o ideal de assegurar o direito de acesso à saúde, de forma integral e igualitária, através de uma reformulação das políticas nacionais.

É nesse cenário, que em 1986, realiza-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual são formuladas propostas para reestruturação do modelo de atenção e gestão em saúde, em defesa de práticas que promovam equidade, integralidade e universalidade no acesso aos serviços. Tais propostas são tidas como importantes referências na elaboração dos artigos 196 a 200, da Constituição que seria promulgada dois anos mais tarde, em 1988: a Constituição Cidadã.

Pela primeira vez na história do Brasil, fica previsto e assegurado, por lei, que a saúde é um direito de todos os cidadãos, indiscriminadamente, e que é dever do Estado proporcionar condições de acesso e gozo a esse direito, através de ações de promoção, proteção e recuperação. Além disso, associam-se as condições de saúde a um contexto muito mais abrangente do que os determinantes biológicos, integrando-se a esses, elementos do meio físico, socioeconômico e cultural.

Mais tarde, a Lei 8.080/1990 dispõe sobre a criação do Sistema Único de Saúde, organizando e regulamentando suas ações e serviços, a partir de princípios finalísticos e estratégicos. Por princípios finalísticos, compreendem-se aqueles que caracterizam a condição essencial do sistema enquanto tal, sendo estes a Universalidade, a Equidade e a Integralidade. Já os princípios estratégicos são aqueles que operam a organização do modelo, sendo estes a Regionalização, Hierarquização, Descentralização e Participação Social.

A luta pela superação do modelo hospitalocêntrico e da ênfase histórica ao atendimento médico individual, possibilitou o surgimento em favor de um novo paradigma assistencial: um modelo substitutivo em saúde, com a proposta de articulação de serviços em um sistema de referência e contra-referência. Tal sistema tem por base o serviço comunitário, a fim de viabilizar a formação de vínculos entre os serviços/profissionais e usuários, fortalecendo a rede de cuidado.

Nessa lógica de trabalho, ganham especial visibilidade e importância os conceitos de território, rede e autonomia. Por território, compreende-se não apenas o espaço físico e geográfico, mas todos os elementos que compõe uma determinada comunidade, “das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). A partir dos elementos do território, propõem-se a criação de uma rede, isto é a articulação das instituições e serviços de uma comunidade, a fim de que se possibilite um cuidado integral aos sujeitos, os quais devem ser estimulados a controlar e compor o funcionamento das políticas de saúde.

Apesar de inscrever-se como parte do SUS, a política pública constituída a partir dos movimentos sociais da Reforma Sanitária, organizada segundo seus princípios, os dispositivos em Saúde Mental, estruturaram-se em um tempo diferente dos demais. Do mesmo modo, ainda que concomitante ao movimento sanitário, a Reforma Psiquiátrica consolida-se enquanto política pública em um momento posterior: mais de uma década após as primeiras experiências com o modelo de atenção substitutivo aos manicômios e à criação do SUS.

Se as leis que regulamentam o SUS datam do início da década de 90, é só no ano de 2001 que o Projeto de Lei Paulo Delgado será sancionado, após nove anos de tramitação no congresso. Durante esse intervalo, os dispositivos de atenção em saúde mental – CAPS,

NAPS e Hospitais-Dia -, apesar de regulamentados, não contam com uma linha de financiamento específico, distribuindo-se de maneira irregular e descontínua pelo território nacional.

Além disso, a fiscalização das condições dos hospitais psiquiátricos, bem como o processo de diminuição da oferta de leitos, em benefício do modelo substitutivo, não dispõe de mecanismos claros e específicos que organizem sua ocorrência. Assim, a luta pela desinstitucionalização, característica essencial do movimento pela reforma psiquiátrica, vai operando muito pela militância.

Pensar as particularidades e divergências desses processos – da Reforma Sanitária e da Psiquiátrica - ambos inscritos em um mesmo campo, o da saúde, levam-nos a analisar as implicações que se estendem para muito da além da substituição de um modelo de gestão, por outro. No caso da saúde mental, mais do que mudar um modelo, é necessário que se transforme toda uma relação com o significante loucura, construindo-se uma lógica não mais pautada pela exclusão, mas pelo reconhecimento de que o louco é também um cidadão e, portanto, um sujeito de direitos.

Assim, compreende-se que o percurso iniciado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final da década de 70, evoluiu de reivindicações por melhorias e qualificação na atenção psiquiátrica, à demandas de cunho social, econômico e político, em busca de profundas transformações “das relações sociais e a revisão das formas de segregação presentes na sociedade” (FURTADO & CAMPOS, 2005). Além disso, a discussão da Saúde Mental extrapolou a categoria dos trabalhadores, vindo a compor sua luta com usuários, familiares e outros setores e segmentos sociais.

É nesse sentido que Furtado e Campos (2005) trabalham o caráter sempre instituinte da Reforma Psiquiátrica. Ao contrário do Sanitarismo, que se pauta na mudança a partir do estabelecimento de novas políticas nacionais, o histórico de luta no âmbito da saúde mental aposta na “desinstitucionalização/desconstrução do cotidiano das instituições e em novas formas de lidar com a loucura [como] a principal via de transformação de um *status quo* inaceitável” (Idem, 2005). Isto é, identifica que é através das ações micropolíticas que pode se alcançar movimento e mudança de paradigmas e práticas.

O horizonte da desinstitucionalização carrega em si um sentido amplo, que possibilitou pensar a superação do modelo de internação hospitalar – bandeira do movimento da reforma psiquiátrica até meados da década de 90 -, além da aposta na expansão da rede SUS como nova estratégia de acolhimento e acompanhamento dos sujeitos, agora inseridos na comunidade (FURTADO & CAMPOS, 2005).

Uma vez tendo apresentado brevemente o percurso histórico de criação e implementação do SUS e das políticas específicas em Saúde Mental, ligadas a Reforma Psiquiátrica no Brasil, além de ter também situado a Psicanálise, em sua relação ao laço social e inserção no espaço institucional, seguimos para a próxima etapa deste trabalho.

A partir de agora, serão apresentadas três categorias que se relacionam e são trabalhadas tanto pela Psicanálise quanto pelo campo da Saúde Mental. Nesse sentido, pretende-se explorar os conceitos de sujeito, escuta e clínica para referir significações que esses encontram dentro das perspectivas, apontando divergências, similaridades e apostando na possibilidade de uma ponte, que estabeleça uma comunicação entre as áreas abordadas.

5 UM LUGAR PARA O SUJEITO ENTRE A RACIONALIDADE CARTESIANA, OS DIREITOS DO CIDADÃO E A VERDADE DO INCONSCIENTE

A discussão em torno da noção de sujeito, tal como a conhecemos hoje, não data de uma formulação filosófica antiga, nem movimentava as produções de uma sociedade pautada pelas relações com o divino. De fato, podemos situar a categoria de sujeito como uma construção da modernidade, a qual encontra especial referência na obra de Descartes.

Em “Discurso sobre o Método”, o filósofo vai propor uma nova epistemologia, fundamentando o pensamento cartesiano, como uma resposta a um momento sócio histórico, em que a centralidade dos dogmas religiosos na organização social, se encontrava em crise. Liberando a epistemologia de sua fundamentação teológica, Descartes vai explorar a capacidade humana de obter conhecimento através de sua racionalidade.

Elevando o homem à categoria de elemento central da modernidade, Descartes produz, a partir de uma argumentação cética, o *cogito* como a certeza derradeira da existência: “Penso, logo existo”. O sujeito então, para ele, seria aquele que conhece e que é capaz de utilizar-se de sua racionalidade para produzir um saber indubitável e irrefutável, o qual conhecemos hoje pelo discurso da ciência, do qual fica excluído o que mais se relaciona com a singularidade do sujeito.

Elias (2004) situa a produção de Descartes acerca do sujeito em um período de angústia, frente ao despontar de uma mudança de paradigmas, que trazia consigo a incerteza sobre o futuro. Pela primeira vez, foi possível à filosofia elevar o humano a outra posição, em relação ao saber: “o discurso do saber se volta para o agente do saber, permitindo tomá-lo, ele próprio, como questão de saber (...) O sujeito se desdobra, movimento pelo qual se coloca no ato de conhecer, é suposto a este ato, mas não mais como mero correlato do objeto conhecido.” (p. 10). Contudo, Elias (2004) nos lembra que, se foi a angústia que possibilitou o nascimento da ciência moderna, foi a Psicanálise, mais de três séculos depois, que tratou da relação entre angústia e sujeito, pontuando que a “a emergência da angústia é a emergência do sujeito.” (p.11).

Do ponto de vista da Psicanálise, o sujeito que pensa, capaz de atingir certezas, não coincide com o sujeito da verdade. Lacan (1964) formula o conhecido aforisma "penso, logo existo" para "penso onde não sou, logo sou onde não penso", em contraponto às propostas de Descartes, para propor uma verdade própria e particular de cada sujeito. Essa, não seria dotada de significação, ou articulada pelo raciocínio, mas "efêmera, não institucionalizada e não reprodutível", motivo pelo qual seria excluída do discurso da ciência, que se propõe a uma verdade duradoura: "a verdade do Outro" (NASCIMENTO, 2008, p.7). Se o sujeito cartesiano se determina no ser, é na falta que se constitui o sujeito da Psicanálise: um não todo, dividido pela linguagem e barrado ao gozo pleno.

Em *O Inconsciente em Lacan*, Calligaris (1991) aborda a concepção lacaniana do inconsciente estruturado como linguagem, para situá-lo não como pedaço de um código da língua, mas como instância de onde emana uma fala. Segundo o autor, "o inconsciente é o lugar de uma enunciação" (p.5) de um sujeito divergente ao sujeito gramatical, ou ao linguístico. O sujeito do inconsciente é aquele que fala a partir de um lugar e que dá suporte a possibilidade de toda e qualquer fala. Segundo Calligaris (1991, p.8) "é à medida na qual eu falo, que esse sujeito está falando em mim, está mesmo, diria, sustentando a minha fala, e na minha fala a significação que eu estou produzindo é justamente o que oculta o lugar do qual eu falo, de onde estou falando".

Quando Lacan afirma que "um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante" (LACAN, 1998, p.833) ele está propondo que não existe uma categoria sujeito, que seja, a priori, dotada de significação. O sujeito existe apenas na medida em que é reconhecido como tal, a partir de uma cadeia de significantes que o determina. Para Calligaris (1991, p.10), "esse sujeito é algo que só existe à medida em que o significante o representa, à medida na qual fala, e é justamente à medida na qual fala que ele já desapareceu. Porque de repente não é mais ele, é o significante que o representa, então este sujeito é uma pulsação."

É a partir do Outro, instância que contém as referências culturais, convenções, leis e costumes que organizam o social, que se pode encontrar significação para si. Por isso, Lacan definia ao Outro como *tesouro dos significantes*, capaz de marcar-nos e produzir-nos pela diferença. Isto quer dizer que encontramos-nos na dependência do discurso do Outro; ou seja, que enquanto sujeitos, somos efeito, pois é no Outro que se encontram os significantes que nos representam para outros significantes.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, enquanto movimento de luta por mudanças na relação social com a loucura, propôs não apenas a substituição dos antigos equipamentos, por novos serviços, mas uma virada conceitual, através de profissionais orientados por referenciais opostos à lógica manicomial. Nesse sentido, embasado pela Reforma Italiana, o movimento no Brasil localizou na condição de exclusão do sujeito com transtornos mentais, o elemento central a ser combatido, via inclusão.

O objetivo de cura do modelo manicomial, passa a ser substituído por uma demanda de inclusão. A patologia do sujeito é, então, “definida pela exclusão social concreta. A localização de sua demanda não emerge do sofrimento psíquico individualizado, mas do sofrimento atinente à posição de classe” (DUNKER & KYRILLOS, 2015). Nesse sentido, os autores apontam para um grande risco no contexto da Reforma: de que a primazia da inclusão, se pague com o custo do apagamento do sujeito.

Através da valorização da atenção psicossocial aos ditos usuários do serviço, buscou-se resgatar a autonomia do louco. Nesse sentido, a concepção de sujeito que habita os serviços substitutivos, acaba menos reconhecida pela via da singularidade da demanda, e mais pelo sua articulação à noção de cidadania. Tomar o portador de sofrimento psíquico enquanto cidadão, seria uma via para obtenção de um reconhecimento social e da garantia de direitos. Assim, o sujeito fica mais atrelado a possibilidade de produzir-se enquanto autônomo, pensando-se por aí uma via para inseri-lo na sociedade, do que por seu sofrimento singular.

Doris Rinaldi (2005), em pesquisa que analisa falas de profissionais da rede CAPS, no Rio de Janeiro, encontra a noção de sujeito articulada à cidadania de maneiras heterogêneas: pouco delineadas, sobrepostas e em diálogo; o que pode revelar a diversidade de posicionamentos teóricos, segundo a formação dos trabalhadores envolvidos, mas também a falta de clareza sobre como a garantia da cidadania, autonomia e protagonismo dos usuários se dá no cotidiano das relações na instituição. Mais importante que isso, como é possível atender aos direitos e necessidades, sem restringir a prática dos serviços em Saúde Mental ao assistencialismo?

Nesse sentido, a concepção de sujeito, segundo a Psicanálise, parece introduzir um caminho de reconhecimento da singularidade da fala e do desejo de cada um, para que esses possam ser pensados na construção de um tratamento que contemple sua função social e também terapêutica. Ainda, cabe-nos reforçar que a dimensão do sujeito do inconsciente não

exclui a noção de cidadão, enquanto portador de direitos e responsabilidades, já que “a psicanálise pensa o sujeito radicalmente responsável pela sua condição” (RINALDI, 2005, p.91) e, portanto, desenvolve seu trabalho no sentido de implicá-lo em seu sofrimento, para que, a partir disso, possa produzir outros sentidos e movimentar seu desejo.

É somente a partir da valorização do sujeito na produção de uma demanda singular que podemos permanecer atentos ao risco de configurarmos outro tratamento tutelar, ainda que em um modelo não asilar (RINALDI, 2005). Ao considerarem-se as possibilidades de cada sujeito em responder aos objetivos dos serviços, em termos de produção de cidadania e autonomia, estamos viabilizando um plano social e terapêutico construído através da composição – e não pela imposição – atento, verdadeiramente, aos direitos e à complexidade do sujeito, que antes de tudo, enuncia-se em sua angústia e sofrimento.

6 A FUNÇÃO DA ESCUTA NOS MODOS DE FAZER CLÍNICA

Ao propor uma mudança paradigmática radical na relação com a loucura, o movimento da Reforma Psiquiátrica preconiza não apenas um modelo substitutivo de serviços em Saúde Mental, mas também um novo olhar e concepção dos profissionais e comunidade acerca do louco. Até então, esse havia sido isolado em instituições totais e excluído do convívio social, pois seu discurso e posicionamento não dizia de uma normalidade. Distribuído em categorias diagnósticas, sua fala tornou-se muda à escuta dos profissionais de saúde.

A hegemonia do saber psiquiátrico reduziu as particularidades do sujeito e de seu saber, a um sintoma descritivo e medicável. Dentro de uma perspectiva que coloca um saber pleno ao lado do médico e deixa ao doente uma posição de objeto de intervenção, Rinaldi nos relembra que:

“ao enquadrar o ‘doente’ numa classificação nosográfica quedeterminará o valor de sua palavra, isto é, a desconfiança em relação a sua palavra, não é apenas este que é calado, mas também o próprio médico, ao se proteger das perturbações que a loucura traz, ao invocar esse outro em nós mesmos do qual não queremos tomar conhecimento.” (p.1)

Esse passagem denuncia o mal-estar que a escuta da loucura nos desperta, já que nos confronta com a angústia do não sabido sobre nós mesmos, da possibilidade da perda de um controle que acreditamos ter. Freud (1911/1996) já apontava, em seu famoso *Caso Schreber*, que “a investigação psicanalítica da paranóia seria completamente impossível se os próprios pacientes não possuíssem a peculiaridade de revelar (...) exatamente aquelas coisas que outros neuróticos mantêm escondidas como um segredo” (p.21). Frente a isso, uma via defensiva se coloca no sentido de desqualificar a fala do psicótico enquanto portadora de uma verdade. Ao delirar, o sujeito não produziria uma fala dotada de significação, portanto, não caberia escutá-la, mas intervir para que, através da medicação, tal estado fosse suprimido.

Ao considerar a complexidade do sujeito, em sua existência, o movimento da Reforma Psiquiátrica denuncia o reducionismo da concepção biologicista sobre a experiência da loucura, expandindo as possibilidades de composição de uma proposta terapêutica a outras

áreas e saberes. A Política Nacional de Humanização do SUS, instituída como política transversal do SUS, em 2004, denuncia a urgência de uma mudança de paradigmas na atenção e gestão em saúde, em favor de um compromisso com os sujeitos e não com a doença, além da necessidade da produção de um vínculo, entre usuários e técnicos, capaz de operar processos de cogestão e corresponsabilidade.

Tal documento, confere grande relevância ao acolhimento enquanto dispositivo de acompanhamento do usuário, da entrada à saída do serviço e de sua circulação pela rede. Acolher seria considerar e valorizar a integralidade do sujeito e seu saber, pensando-o enquanto autônomo e protagonista na produção de sua saúde. Assim, o acolhimento implicaria necessariamente uma aproximação entre profissional e usuário, com o estabelecimento de uma relação de articulação e uma atitude de escuta que reconheça o outro em sua alteridade (BRASIL, 2010).

A escuta constitui-se como elemento fundamental e norteador à construção e desenvolvimento da teoria e da prática psicanalítica. Foi através desse dispositivo, que Freud pôde apreender da fala de seus pacientes questões da constituição psíquica, movimentada pelo inconsciente. As formações sintomáticas de que esses se queixavam, puderam ser compreendidas em sua relação a um conflito psíquico, que encontrava no sintoma uma satisfação parcial e uma tentativa de elaboração da conflitiva mal resolvida. Ainda que Freud tenha limitado a aplicação do método psicanalítico, naquele momento, aos neuróticos, ele também tratou das produções psicóticas, dando outro lugar ao delírio, enquanto tentativa de cura, ao afirmar que “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (1911/1996, p. 78).

Posteriormente, a clínica das psicoses foi encontrando espaço e possibilidades, nas formulações de outros autores. A partir do ensinamento de Lacan, foram sendo pensadas adaptações ao método que viabilizassem o estabelecimento de um vínculo transferencial e de um efeito terapêutico a esses sujeitos. Nesse percurso, a escuta continuou ocupando posição de centralidade e privilégio no tratamento. Ao indicar que a função do analista, nesses casos, é a de secretariar o alienado, Lacan propõe que a escuta se coloque na função de acompanhar o psicótico na construção de maneiras de barrar a invasão do Outro, direcionando-se a “acolher ou até produzir um possível endereçamento, criando condições para que o sujeito, que muitas vezes parece não estar lá, possa encontrar um espaço de existência” (MEYER, 2008, p. 309).

Logo, a Psicanálise preconiza a valorização do discurso do psicótico, através da dimensão clínica, compreendendo que ali existe um sujeito de desejo, que poderá ser identificado através da escuta. Nesse sentido, Rinaldi (2000) nos relembra que a escuta é o “instrumento fundamental para a realização de um trabalho terapêutico” (p.2). Se a regra fundamental para um paciente em análise é a associação livre, seu correspondente, do lado do analista, seria a escuta, sustentada pela atenção flutuante. Através desse dispositivo descrito por Freud, o qual permite que questões, saberes e valores morais ao nível do ego, se suspendam, em benefício de uma comunicação inconsciente, seria possível ao analista uma escuta da verdadeira singularidade do desejo de seu paciente.

É preciso, acima de tudo, que se escute “a particularidade do discurso de cada sujeito que lhe traz uma queixa, as diferenças que o constituem enquanto tal. Naquilo que o psicótico fala, ele se dá a conhecer, mesmo que não possa reconhecer-se no que diz” (RINALDI, 2000, p.3). Daí a importância de uma escuta que conceda crédito a fala do sujeito e que se mostre capaz de suportar o excesso da impossibilidade e da urgência colocada pelo delírio.

A partir dessa escuta, abre-se um caminho para a construção de uma relação terapêutica, pautada pelo respeito à alteridade. Tal relação, pode fornecer alguns contornos à demandas possíveis, que não necessariamente respondem a um pedido inicial, mas que permitam “uma escansão, por meio da qual possa ser escutado o que está sendo dito através da queixa que se apresenta” (GUERRA, 2005a, p.147). Ou seja, a escuta deve se fazer atenta aos elementos que indicam um para além de uma queixa, a fim de transformar essa na implicação do sujeito sobre seu sofrimento e sua vida.

Nesse sentido, problematiza-se a apropriação do dispositivo da escuta pela equipe interdisciplinar dos serviços de Saúde Mental, que pautados pela Política de Humanização do SUS, dispõem-se a uma *escuta qualificada*. Tal escuta passa a ser realizada pelos diversos profissionais da rede, orientados, muitas vezes, por diferentes concepções e referenciais.

A partir disso, consideramos fundamental a atenção ao desafio lançado pela Reforma Psiquiátrica, na manutenção de uma prática guiada pelo reconhecimento de um sujeito, mais do que de uma doença e de um acolhimento que respeite a diferença e escute sua expressão. Ainda que se tenha avançado muito na mudança de paradigmas em relação à saúde e à loucura, velhas formas de cuidado, pautadas pela via tutelar e vertical, além da hegemonia do saber psiquiátrico e da opção pela medicação seguem reproduzidas no cotidiano dos serviços.

As noções psicanalíticas do delírio enquanto tentativa de cura e da apreensão da verdade e singularidade do sujeito através de sua fala, vem a contribuir para que seja possível uma escuta, de fato, qualificada. Essa, não se coloca a serviço de um objetivo de readaptação a um padrão de normalidade, nem toma a fala do sujeito a partir de preceitos morais ou afim de tutelá-la. Pelo contrário, uma escuta verdadeiramente qualificada deve estar orientada pela crucial importância da fala do sujeito, compreendendo que é somente a partir dessa fala, que podem ser construídos planos de atendimento, ou pensadas intervenções para o seu sofrimento. Entende-se, portanto, que é unicamente a partir de uma escuta atenta às questões do sujeito, contidas em seu discurso, que se pode produzir um dispositivo de cuidado que permita a existência desse sujeito em sua singularidade.

7 AS FACES DE UMA CLÍNICA: DO CORPO BIOLÓGICO AO POLÍTICO

Historicamente a noção de intervenção clínica encontra suas origens no fazer médico. Orientados pela concepção biológica do adoecer, esses profissionais buscariam identificar através de exames e anamnese, como os sinais e sintomas do paciente se relacionariam a categorias nosológicas descritivas das doenças. Tal descrição, feita de forma minuciosa, serve-se ao alcance de um diagnóstico, a partir do qual, se poderia estabelecer um prognóstico e um tratamento, com o objetivo última da cura.

O encontro clínico entre médico-paciente se faz atravessado por um saber científico, o qual socialmente reconhecido como valor de verdade, produz um discurso sobre o doente, de caráter universal. Segundo Foucault (2008, p.2), “a regra classificatória domina a teoria médica e mesmo sua prática; aparece como a lógica imanente das formas mórbidas, o princípio de sua decifração e a regra semântica de sua definição”; assim a medicina moderna encontra na doença seu objeto de investigação, sobre a qual se debruça a partir de um paradigma racional, embasado na anatomia.

Da mesma forma, a teoria e prática no campo da psiquiatria aparecem filiadas à racionalidade científica e à primazia da lógica. No século XVIII, foi essa área que operou a construção de um saber acerca da experiência da loucura, que mudaria a relação social para com essa. Ainda que a sociedade não necessariamente operasse uma relação de cuidado e acolhimento para com o louco, esse era, de alguma forma, reconhecido e considerado em seu discurso. Anteriormente, a loucura era associada à razão, vista mesmo como sabedoria, por alguns povos, contudo, com advento da medicina, tal experiência será transportada ao espaço da desrazão (FOUCAULT, 1978).

Pinel, considerado o pai da psiquiatria, irá propor uma nova forma de tratamento dos alienados, com a intenção de reeducá-los ao convívio social. Nos manicômios, a medicina moral de Pinel integra práticas disciplinadoras e firmes, a uma abordagem gentil e humana, afim de que se restaure um estado de normalidade, anterior à doença mental. (PEREIRA, 2004). Com o passar do tempo, contudo, a intenção de uma prática humanitária no cuidado ao

louco, cede espaço à reprodução de técnicas disciplinantes e corretivas, ainda no contexto manicomial, que desconsideram o discurso do sujeito da loucura.

No final do século XVIII, foi a partir da insuficiência da clínica médica, em contemplar a multifatorialidade e complexidade do processo de adoecimento, que Freud inaugura a clínica psicanalítica. Essa, opera uma mudança nos discursos e um deslocamento em relação ao saber, que passa da posição do médico, para a do paciente. É a partir do discurso do analisando sobre si, que se pode apreender a verdade de seu inconsciente, sendo o papel do médico ouvir e conduzir o tratamento como um agente facilitador da construção e elaboração de uma verdade que é singular ao paciente. Se na clínica médica o diagnóstico se coloca no sentido de direcionar a intervenção para cura, na análise, ainda que o diagnóstico seja também considerado, toma-se em primazia a escuta do sujeito e de seu sofrimento (MOREIRA *et al*, 2007).

A partir dos movimentos de problematização e crítica ao modelo de enfoque biologicista, a concepção de clínica foi sofrendo transformações e tornando-se mais abrangente. No contexto das políticas públicas de Saúde e de Saúde Mental, pensando-se as questões de integralidade do sujeito em atendimento, foi proposto um novo modelo que considerasse, ainda, a diversidade de orientadores dos profissionais atuantes na área. Nesse sentido, a visão do humano enquanto ser biopsicossocial motiva a Clínica Ampliada como diretriz do Humaniza Sus (BRASIL, 2004). Essa coloca-se no intuito de, através da escuta, compreender o usuário em sua singularidade, produzindo autonomia tanto a ele, quanto a família, comunidade e serviço de saúde. Ainda, pretende a integração das equipes de saúde, em suas diferentes áreas de conhecimento, afim de possibilitar uma vinculação e um cuidado singular ao usuário (BVS, 2010). Em cartilha do Ministério da Saúde (2010), define-se que:

A proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (p.12)

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, embasada pelo movimento italiano, reconheceu como cerne fundamental da loucura, a exclusão social. Nesse sentido, militou para que a terapia fosse substituída pela integração e vinculação social e comunitária. No processo de negação da lógica manicomial, em benefício de uma perspectiva de inclusão social, apesar das

diretrizes políticas, a clínica também perde espaço e potência enquanto dispositivo terapêutico. Identificando-se que a demanda daquela população era a de inclusão, incorreu-se a uma dicotomia, que colocou clínica e política em polos opostos (DUNKER & KYRILLOS, 2015).

Quanto a isso, atenta-se para uma mudança de paradigmas, capaz de reproduzir antigas formas, sob novas nomeações. O imperativo do discurso da inclusão social, se não estiver atento à singularidade do tempo e do desejo dos sujeitos, pode também tornar-se disciplinar e produzir assujeitamento em suas práticas. Afinal, a dimensão da cidadania e dos direitos também é fruto de uma construção, enquanto possibilidade no horizonte de escolhas do sujeito.

Pande e Amarante (2011) abordam uma discussão que tem sido realizada por diversos autores, acerca da produção de uma *nova cronicidade* nos serviços da rede substitutiva. Os achados apontam para um questionamento sobre novas formas de institucionalização e cronificação que seguem sendo produzidas pelo novo modelo, apesar de sua luta antimanicomial. As observações dizem da dificuldade de vinculação e adaptação dos usuários, de uma seleção de perfis, ao modo empresarial, pelos serviços e da reprodução de uma tutela, por um assistencialismo que coloca os sujeitos em dependência “eterna” dos serviços.

Frente a isso, aponta-se para a redução da dimensão clínica à práticas assistenciais, orientadas por um caráter pedagógico e normatizador, que pressupõe um saber, acerca do que se mostra melhor ao sujeito, que o precede. Nesse sentido, pensa-se as limitações da perspectiva de reabilitação e reinserção social e a necessidade de que as práticas se mantenham atentas às dimensões orientadoras da Reforma Psiquiátrica, da escuta, produção de autonomia e de protagonismo do sujeitos.

Quanto a isso, consideramos que a psicanálise vem a compor positivamente a prática clínica nas instituições, já que se orienta fundamentalmente pela ética do bem dizer e pela verdade do sujeito, a qual advém essencialmente a partir da escuta. Sem desconsiderar a importância da dimensão da reinserção e reabilitação psicossocial, parece fundamental que um salto seja dado para além dessa. Defende-se que “uma política de inclusão e reinserção social de uma população tradicionalmente excluída do laço social só terá sucesso se tomar como ponto de partida o trabalho singular com cada sujeito, levando em consideração a sua forma particular de se endereçar a Outro” (RINALDI, 2015, p.317).

Guerra & Milagres (2005) ressaltam que ao romper com a lógica da psiquiatria clássica, orientada por binômios como saúde-doença, mente-corpo, coletivo-particular, o campo da Saúde Mental permitiu a troca e articulação entre diversos saberes em sua composição e consolidação. Assim, a Psicanálise não se coloca nesse contexto como detentora de uma verdade, já que sabemos “dos estragos históricos, assistenciais e subjetivos acarretados pela hegemonia do saber *psi* no aprisionamento moral e material que circundou os manicômios. Mas, antes, como uma interlocução interessada nas questões sociais, políticas e clínicas de sua época.” (p.66).

Nesse sentido, as autoras vão fazer uma analogia da aproximação entre Saúde Mental e Psicanálise, com a Banda de Moebius lacaniana, para defender uma relação entre ambos de extimidade: íntima e distante, sem intersecção, em que os conceitos e princípios clínicos da psicanálise podem colocar-se enquanto operadores da saúde mental em sua prática, quando úteis. Segundo as autoras, ainda que exista divergências entre as áreas, no que diz respeito a orientadores de ideias de inclusão, por um lado, e composição de um trabalho a partir da escuta do sujeito, por outro, “num movimento de torção, (...) ambas colocam em xeque, cada qual a sua maneira, qualquer instrumento clínico, saber ou prática, que opere como agenciador de controle e normatização social, ou que traga como consequência a dessubjetivação e a alienação.” (p. 66, 2005).

Segundo Dunker e Kyrillos (2015) a Reforma Psiquiátrica suscita uma troca de discurso, cuja necessária torção poderá ser sustentada pelo psicanalista. Tal operação viabiliza o discurso do analista, o qual se fundamenta no reconhecimento do outro enquanto sujeito. Ou seja, o analista no contexto da saúde mental considera o indivíduo para além de sua posição de usuário dos serviços, o tomando enquanto sujeito que experiência a loucura, não pautado pelo objetivo manicomial da cura, mas na aposta de um inconsciente, portador de uma verdade capaz de traçar um percurso ao tratamento, a partir do desejo.

Nessa perspectiva, os autores defendem que o desafio ao campo da Saúde Mental é o de considerar tanto o sujeito de direitos quanto o sujeito do inconsciente. Para isso, é necessário a indissociabilidade entre clínica e saúde mental na prática dos trabalhadores. Ou seja, é preciso que se rompa com um modelo que dicotomiza clínica e saúde mental, muitas vezes excluindo a primeira da prática neste campo, para produzir uma forma outra que considere a multiplicidade da demanda do sujeito em termos de desejo e de direitos. A atenção à implicação política de nossas práticas e ao valor da inclusão social deve vir aliada a

um olhar clínico capaz de escutar para além das queixas ou pedidos concretos, valorizando o saber e o discurso do sujeito que sofre como portador de uma verdade sobre si, única constituinte de uma demanda de tratamento.

8 TEMPO DE CONCLUIR (SEM FINALIZAR)

Este trabalho propôs-se a aproximação de referenciais teórico-práticos e políticos que compuseram o percurso da graduação em psicologia. Compreendendo que a articulação entre diferentes perspectivas possíveis à área tem um caráter acrescido e tensionador dos saberes, aposta-se nesses diálogos como forma fundamental à atualização de conceitos e operadores que orientam a prática do psicólogo. Desta maneira, torna-se possível a produção de uma reflexão continuada e atenta às demandas do cotidiano de trabalho, necessária ao exercício ético constante na profissão.

Atualmente, a Saúde Mental no Brasil constitui-se em campo que já conta com a garantia de uma série de direitos e que se orienta por uma prática em saúde de caráter integral, universal e igualitário. As conquistas já alcançadas nesse contexto são frutos de mais de três décadas de militância, contra um modelo conceitual e estrutural que pautava uma relação de exclusão para com a experiência da loucura. A criação de um modelo substitutivo à organização hospitalocêntrica atesta a possibilidade de um cuidado humanitário, que não prive os sujeitos de sua liberdade de convívio e circulação social.

Contudo, a conquista de equipamentos e promulgação de leis não garantem que o objetivo da reabilitação psicossocial seja alcançado no cotidiano dos serviços. Para a manutenção das práticas pensadas ao contexto, é necessário, de um lado, que o movimento e posicionamento político não cesse, para que não se recue no que já foi conquistado e para que melhorias possam ser sempre almejadas; e de outro, que os profissionais envolvidos na atenção e gestão mantenham-se atentos a suas práticas para que não caiam no risco da reprodução da exclusão que pretendem combater.

A psicanálise, enquanto ato inaugurado por Freud, em defesa de um inconsciente portador de verdade sobre o sujeito, percorreu um longo caminho desde sua gênese. Se inicialmente, sua proposta metodológica abarcava o atendimento individual, orientado por regras mais rígidas no delineamento de um setting característico, hoje seu alcance e inserção em contextos e formatos diversos, nos diz do potencial transformador que opera sobre e a partir de sua prática.

A inserção da psicanálise no contexto institucional produz questionamentos associados a uma visão de que sua prática se dá de forma individualizante e desconectada da dimensão político-social. Nesse sentido, recorremos a Alberti (2008) para problematizar a dicotomia estabelecida, no campo da Saúde Mental, entre clínica e política, para sustentar o posicionamento de que não existe psicanálise, sem política. A autora situará na concepção lacaniana do sintoma, enquanto aquele que denuncia uma verdade de falha do saber, para argumentar que é o sintoma que opera a ordem da política, pois situa a posição subjetiva de cada um em sua relação com outros – relações sempre de poder.

Em psicanálise, o objeto ocupa um lugar de negativo, fazendo-se presente pela ausência. Segundo Quinet (2009) “a política da falta é o que corresponde a ética do desejo” (p.46), ou seja a existência de uma falta estruturante é o que possibilita que um desejo, para sempre incompleto, exista e movimente o sujeito. Assim, o psicanalista é aquele capaz de sustentar as falhas e impossibilidades em relação ao saber e ao fazer. Enquanto sustentador do impossível, o psicanalista contribui em especificidade ao debate político, de um lado suportando a verdade não toda e as falhas no saber, libertando os sujeitos de uma exigência repressora no alcance de ideais, e de outro podendo discutir e apontar para a possibilidade de mudança sobre o que não vai bem (Alberti, 2008).

Enquanto saber possível de articular-se ao campo da saúde mental, a psicanálise orienta-se, sobretudo pela aposta na dimensão do sujeito, opondo-se a qualquer perspectiva teórico-prática que suprima essa função (Dunker & Kyrillos, 2015). Assim, coloca-se capaz de questionar e problematizar as categorias diagnósticas e as propostas e planos terapêuticos que não se constroem aliados aos sujeitos, mas de forma impositiva. Nesse sentido, a psicanálise opera um giro discursivo no contexto, que toma pelo avesso o discurso do mestre – o qual opera um saber em posição de verdade -, para, pelo menos, possibilitar o discurso da histórica, que funciona apontando a inconsistência do Outro, e faz o mestre revelar sua castração, sua não totalidade (Rosa, 2004).

Pensamos que a Psicanálise e o campo da Saúde Mental afetam e são afetados mutuamente. Parece-nos que o posicionamento ético da psicanálise, não apenas contempla as diretrizes em saúde mental, como as faz avançar, no sentido de conceitualização de orientadores, como sujeito, escuta e clínica, por exemplo. Já o campo da Saúde Mental, marcado pela heterogeneidade de profissionais e pela diversidade de atendimentos, convoca a psicanálise a um constante questionamento sobre a abrangência de sua prática e a atualização

de seus operadores teóricos, em um engajamento político crucial à atenção em saúde. Enfim, apontamos que a articulação entre os campos incita o debate, produz diferença e, fundamentalmente, tensiona a acomodação de saberes, capaz de incorrer na cristalização de práticas e apagamento de um cuidado real, pautado pelo respeito à dimensão singular da vida de cada sujeito e a capacidade desse de assenhorar-se dela.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Sonia. A política da psicanálise e a da saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 8, n. 1, p. 7-11, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.* – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Discas em Saúde. *Clínica Ampliada*. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html) Acesso em: 10/07/2015

BROIDE, Jorge. A construção de dispositivos clínicos. *Correio APPOA*. 2014. Disponível em: http://www.appoa.com.br/correio/edicao/240/a_construcao_de_dispositivos_clinicos/156 Visualizado em: 26/11/2015

CALLIGARIS, Contardo. O inconsciente em Lacan. Aufranc, ALB e col. *O Inconsciente: Várias Leituras*. São Paulo: Escuta, 1991.

DESCARTES, René. *Discurso sobre o método, para bem dirigir a própria razão e procurar a verdade nas ciências*. Tradução M. Pugliesi e NP Lima. São Paulo: Edusp, 1998.

DUNKER, Christian I.L.; NETO, Fuad K. *Psicanálise e Saúde Mental*. Porto Alegre: Criação Humana, 2015

DUNKER, Christian. I. L. Romance policial e a pesquisa em psicanálise. *Interações*, vol. VII, nº 13, Jan-Jun., 2002.

FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria [1893-1895]. *Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard brasileira*, Rio de Janeiro: Imago, v. 2, p. 271-316, 1996.

_____. Linhas de progresso na terapia psicanalítica [1918]. *Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard brasileira*, Rio de Janeiro: Imago, v. 17, p. 199-211, 1996.

_____. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides) relatado em autobiografia (“O caso Schreber”) (1911). *Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard brasileira*, Rio de Janeiro: Imago, v. 10, p. 1911-1913, 1996.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 1, p. 75-86, 2004.

_____. A função da psicanálise (e do psicanalista) na Clínica de Atenção Psicossocial. *Psicanálise e os desafios da clínica na contemporaneidade*, p. 81-87, 2007.

FIGUEIREDO, Luís Claudio. Psicanálise e Universidade: Perspectivas. *Psicologia USP*, v. 12, n. 2, p. 147-159, 2001.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GUERRA, Andréa Máris Campos. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psychê*, v. 9, n. 15, p. 139-154, 2005.

GUERRA, Andréa Máris Campos; MILAGRES, Andréa Franco. quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico?: contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. *Estilos da Clínica*, v. 10, n. 19, p. 60-83, 2005.

GURSKI, Rose. *Os jovens infratores e a vida nua*. 2015. No prelo.

LACAN, Jacques. *O seminário - livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise [1954-1955]*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. *O Seminário - livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise [1964]* Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

_____. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano [1960]. *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

MEYER, Gabriela Rinaldi. Algumas considerações sobre o sujeito na psicose. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 11, n. 2, p. 299-312, 2008.

DE OLIVEIRA, Jacqueline; CARVALHO, Roberta; DE OLIVEIRA, Edwiges. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 27, n. 4, p. 608-621, 2007.

MORETTO, Maria Livia Tourinho; PRISZKULNIK, Léia. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, dez. 2014

NOGUEIRA, L. C. A pesquisa em psicanálise. *Revista Psicologia USP*, vol.15, nº.1-2, São Paulo, Jan./June, 2004.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel; AMARANTE, PD de C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. Pinel-a mania, o tratamento moral e os incios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 3, p. 113-116, 2004.

RINALDI, Doris. O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. *Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, p. 7-18, 2000.

_____. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. *Psicanálise, clínica e instituição*, p. 87-106, 2005.

_____. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, 2015.

ROSA, Miriam Debieux. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, v. 4, n. 2, p. 329-348, 2004.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. *Dicionário de psicanálise*. Zahar, 1998.

ROUDINESCO, Elisabeth. *Por que a Psicanálise?* Tradução, Vera Ribeiro – Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

QUINET, Antonio. *A estranheza da psicanálise: A Escola de Lacan e seus analistas*. Zahar, 2009.