

SAÚDE MENTAL E PSICANÁLISE: BEM-ESTAR BIOPSISSOCIAL?

Milton Nuevo de Campos Neto

Psicanalista; mestre em Psicologia Social pelo Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Sociedade da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.
E-mail: miltonnuevo.psi@gmail.com

Resumo: Este estudo procura por operadores conceituais que contribuam com o direcionamento da atuação dos analistas no campo da saúde mental. Para tanto, realiza um percurso que procura pela subversão do conceito de saúde tal como proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), à medida que procura sustentar a ética e a política da psicanálise como pontos de tensão em relação ao que vem sendo operado no campo. No concernente à ética, procura estabelecer as particularidades da ética do desejo tal como pensada a partir de Lacan e suas incidências na prática clínica, de modo a sustentar o discurso inaugurado por Freud como uma via que pensa o tratamento por meio de uma valorização do desejo como categoria central. Em relação à política, procura retomar a direção do tratamento como aquilo que permite a um sujeito conhecer seu sintoma, ao invés de anulá-lo, e que aposta nessa via como aquela que permite a criação de um *saber fazer* com aquilo que se é. Assim, conclui-se que a psicanálise não deve figurar como uma via de oposição aos ideais libertários da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, mas como um saber que deve ser considerado na Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: saúde mental; reforma psiquiátrica; política do sintoma; ética do desejo.

Abstract: This study looks for conceptual operators that contribute to guide the analysts' work in the mental health field. To do this, it follows a path that seeks the subversion of the concept of health as proposed by the World Health Organization (WHO), just as it seeks to support the ethics and policy of psychoanalysis as points of tension in relation to what has been done in the field. Concerning ethics, it seeks to establish the special features of the ethics of desire as it is thought of according to Lacan and its implications to the clinical practice, in order to support the discourse inaugurated by Freud as a path that think about treatment by means of an appreciation of desire as a key category. Regarding policy, it seeks to resume treatment direction as something that allows a subject

to know his symptom, instead of annulling it, and this focuses on such a path as the one enabling the creation of a *know-how* according to what someone is. Thus, it is concluded that psychoanalysis should not emerge as an opposite path in relation to the libertarian ideals of the anti-asylum movement and the Psychiatric Reform in Brazil, but as some knowledge that must be taken into account in the Psychosocial Care Network.

Keywords: mental health; psychiatric reform; symptom policy; ethics of desire.

A intenção deste trabalho é procurar por diretrizes que permitam responder minimamente à seguinte questão: qual lugar para o psicanalista no campo da chamada saúde mental?

Tal pergunta se mostra relevante na medida em que, na atualidade, a Reforma Psiquiátrica brasileira vem enfrentando diversos problemas. Desde o retrocesso causado pela política de guerra às drogas que faz do problema causado pelo *crack* uma via para manobras de interesse político e financeiro, como nos mostra Alencar (2012), até o crescimento de prescrições de medicamentos psicotrópicos sem indicação efetiva, utilizados mais e mais como método disciplinar, tal como colocado por Kyrillos Neto (2001), é possível ver um empobrecimento das práticas que acontecem nos diferentes dispositivos da Rede Substitutiva ao Manicômio, empobrecimento este marcado, entre outras coisas, por uma recusa da prática clínica.

Cabe examinar, portanto, o que representaria tal recusa com relação à clínica e se a psicanálise poderia figurar aí de modo a auxiliar na recuperação de alguns pontos do ideário da Reforma Psiquiátrica, uma vez que teve influência sobre os movimentos que convergiram até as práticas promovidas nos Caps e Naps¹ desde seu início. Afinal, tanto a psicoterapia institucional – desde Tosquelles até a *Clinique de La Borde* (MOURA, 2003) – quanto os trabalhos que deram origem às comunidades terapêuticas, incluindo a experiência de *Gorizia* e à posterior experiência de na cidade de *Trieste* (BASAGLIA, 1994), tiveram parte de sua inspiração em conceitos psicanalíticos.

Seria o caso, então, de dar início propriamente ao exame proposto. E para isso é necessário começar deixando claro o que não se menciona costumeiramente, pois é daí que partiremos: os serviços que representam a Rede Substitutiva ao Manicômio – que

1 Siglas para Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e Núcleos de Apoio Psicossocial (Naps).

recentemente vem modificando sua designação para Rede de Atenção Psicossocial (Raps) – estão funcionando atualmente de maneira precária. E quando a precariedade não se encontra nos recursos materiais, ainda assim é possível verificá-la em “tratamentos” que poderiam ter esse nome questionado.

Cada vez mais se vê uma espécie de fragilidade nos argumentos que visam defender a Reforma e isso se dá, aparentemente, por uma recusa de reconhecimento dessa crise. Ou seja, parece que houve uma espécie de curto-circuito entre a militância política e as instituições de saúde, curto-circuito este que faz o militante e o trabalhador se confundirem, conseqüentemente fazendo com que um movimento social e uma articulação governamental se sobreponham. As conseqüências disso sobre as pessoas que atuam na Rede são as mais variadas: desde trabalhadores que aceitam as condições mais precárias – chegando ao cúmulo de trabalhar sem receber o salário, que atrasou – por entenderem seu trabalho como militância, até os militantes que passam a defender instituições problemáticas apenas porque trabalham ali e são militantes por uma causa alinhada à Reforma.

Nesse sentido parece ser de grande importância avaliar o que se compreende hoje por tratamento na Rede Substitutiva para que seja possível estabelecer por qual ética está se dirigindo a Reforma Psiquiátrica e qual seria sua direção política. Deixando claro que o objetivo aqui não é esgotar o tema, mas apenas oferecer alguns operadores que possam nortear a discussão e inserir nela a psicanálise.

Voltando, então, à pergunta proposta no início, para que seja possível responder que lugar pode ter o psicanalista no campo da Saúde Mental será preciso pensar sobre o que define Saúde Mental e como a psicanálise se relaciona com isso.

Pois bem, que faz um psicanalista? Quem é esse? Para esboçar uma resposta, podemos retomar alguns apontamentos de Laurent (2007) quando propõe pensar “O analista cidadão”. Ele destaca alguns percursos interessantes da cultura no século XX e isso para se interrogar sobre o papel do analista na cultura contemporânea. Laurent destaca é que o papel do analista em uma cultura que viu a queda de alguns ideais está necessariamente sob questão, especialmente quando alguns desses ideais remetem ao que estava no cerne das formulações freudianas: estamos falando do pai.

Fala-se em obsolescência da função paterna e, mais precisamente, do Édipo numa leitura que procura explicar o que acontece desde as mudanças culturais pós-Segunda Guerra até essa confusão a qual vivemos hoje, tudo isso sob os auspícios

do que se chamou de pós-modernidade. Não há aqui nenhuma intenção de criticar ou defender a ideia de pós-modernidade, mas de chamar atenção para isso que ficou obsoleto, esse pai.

Aqui, Pacheco Filho (2009) traz uma contribuição importante sobre o assunto nos lembrando que há diferença entre *função paterna* e *imago paterna*. É preciso diferenciar isso, pois se houve uma mudança no que sustentava o pai, em sua vertente imaginária, como sustentáculo de certa ordem social balizada pelo *discurso do mestre* em sua forma convencional, isso não quer dizer que não o tenhamos mais como mediação simbólica da castração. Ou então, teríamos que admitir ao menos uma dentre essas possibilidades: ou os sujeitos haveriam desaparecido com a ascensão do capitalismo de consumo; ou haveria desaparecido a estrutura neurótica, restando apenas a possibilidade da perversão e, mais acentuadamente, da psicose; ou houve o surgimento de uma nova estrutura para os sujeitos; ou, finalmente, desapareceu a possibilidade de se pensar o sujeito em termos estruturais. Todas essas hipóteses não apenas podem ser desconstruídas por meio de argumentações rigorosas dentro da própria teoria, mas, principalmente, pela evidência clínica observada pelos psicanalistas atualmente, como bem diz Pacheco Filho (2009) em seu desenvolvimento.

Nossa cultura viu o empoderamento das mulheres, dos homossexuais, dos loucos, das minorias, enfim. Esses personagens sociais que agora podem falar por si próprios, esses que procuraram e conseguiram em certa medida derrubar de alguma forma a sustentação imaginária de um pai regulador – o que não significa, de maneira nenhuma, dizer que suas lutas já chegaram a um fim. No entanto, aqui poderíamos seguir por dois caminhos: por um lado poderíamos nos deter no “empoderamento” para procurar demonstrar, por uma acepção foucaultiana, como não foi possível superar o problema do poder. Por outro lado poderíamos retomar o próprio mito hobbesiano que Freud traz em “Totem e Tabu” (1913/2006) para lembrar que não se mata um pai sem inaugurar com isso um *supereu*.

É caro aos psicanalistas, portanto, sustentar a diferença entre o caráter contingente – tomado aqui, em termos lógicos, como *o que cessa de não se inscrever* – dessas mudanças históricas e o aspecto estrutural do sujeito como necessário – tomado como *o que não cessa de se inscrever*. Tal diferenciação é profundamente importante para o clínico, permitindo que não recaia em uma estrita e determinista “sociologização” da patologia.

O que as mudanças culturais do século XX fazem com a psicanálise e, mais ainda, com o psicanalista? Diante dessa nova cultura dada à (suposta) liberação dos desejos e dos prazeres, do exercício dos direitos e da cidadania, dessa insurgência contra o controle, devia o psicanalista fazer o papel do conservador que retoma a necessidade dos limites, da interdição, da castração em suma? Ou, por outro lado, devia ficar no papel do intelectual crítico que, para se manter em uma “esquerda” sai da cena e a observa e critica de uma distância segura como critica Laurent (2007)?

Se essas forem as únicas opções, é necessário dizer: para a primeira, o psicanalista é um veneno e, para a segunda, ele é inócuo. De um jeito ou de outro não há lugar desejável para o psicanalista. Mas ao invés de pensar a psicanálise como veneno ou como inócua, poderia ser o caso de retomar o que a ela tem de peste. E o sentido do termo “peste” aqui, deve ser entendido como aquilo que a psicanálise é capaz de transmitir no campo social.

A peste ética da psicanálise

Assim façamos, primeiro, da psicanálise uma *peste ética*. O analista pode ser, aqui, aquele que sustenta uma ética diferente, aquele que inaugura uma ética. Lacan é bastante provocador quando aponta, em seu seminário sobre a ética (1959-1960/2008), para certa imobilidade, uma aparente lacuna no campo da ética entre Aristóteles e Freud. O que Lacan está dizendo não é outra coisa senão a inauguração de uma ética psicanalítica e o que ela inaugura é uma *Ética do Desejo*. O que é isso, então?

Pois bem, o que é o desejo, ou mais especificamente o desejo humano? Ora, a psicanálise não inaugurou a ideia de desejo, mas ela recoloca o problema no plano do que é humano. E o que é humano senão aquilo que está para além do natural? Para que fique claro, quando falamos de desejo em psicanálise, falamos dele em um plano desnaturalizado. Enquanto analistas não tratamos do que é biológico, e isso para dar o primeiro passo sobre o conceito de saúde que quer a Organização Mundial da Saúde – OMS.

Quando Lacan propõe que o *desejo* está no centro de toda a prática psicanalítica, ele não pretende realizar uma alteração substancial da obra freudiana, nenhuma tentativa de desvelamento de alguma suposta verdade oculta na psicanálise. Pelo contrário, Lacan entende essa afirmação como uma simples retomada do ensinamento de Freud e crê fazer isso com algum rigor. A tentativa é de estruturar, a partir de Freud e de seus escritos, um discurso psicanalítico, mais especificamente um discurso freudiano:

No centro desse discurso, diz-nos Lacan, está o *desejo*. Não o desejo tal como é entendido pela biologia e como é proposto pela filosofia natural; não o desejo como satisfação de uma necessidade, mas um desejo desnaturalizado e lançado na ordem simbólica. Esse desejo só pode ser pensado na sua relação com o desejo do outro e aquilo para o qual ele aponta não é o objeto empiricamente considerado, mas uma falta. De objeto em objeto, o desejo desliza como que numa série interminável, numa satisfação sempre adiada e nunca atingida. (GARCIA-ROZA, 2007, p. 139)

Quando Lacan busca entender a questão do desejo em Freud, o faz recorrendo à filosofia e é em Hegel que encontra sua resposta. Lacan entende que o desejo de que Freud fala segue um modelo negativo em relação ao desejo hegeliano, mesmo que a lógica (dialética) utilizada por ambos (Hegel e Freud) seja a mesma – com diferença apenas no sentido, portanto. Na *Traumdeutung* é modelado um *desejo inconsciente* enquanto Hegel trata a questão do desejar a partir da *consciência*.

Para se compreender esse movimento conceitual de Hegel à Freud, deve-se entender que o homem a que Hegel se refere é, em conformidade com sua proposta fenomenológica, o homem como aparece para si, em sua historicidade – que deve ser entendida a partir da consciência, sendo esta última, para o filósofo, a única instância capaz de levar à razão, sentido último do espírito. Desse modo é preciso ter em mente o movimento da consciência em três registros:

1. No primeiro, o homem é *em-si: Consciência (Bewusstsein)*. “Consciência” é entendido aqui no sentido estrito de “consciência do mundo exterior”. É o homem enquanto passivo e esgotando-se na percepção do mundo; homem ingênuo, sensualista, cuja certeza não ultrapassa o nível da certeza sensível.
2. O segundo é o do homem como *para-si: Autoconsciência (Selbstbewusstsein)*. O homem não é apenas aquilo que se opõe ao mundo, mas é consciente dessa oposição e portanto consciente de si mesmo. Ao ser consciente de si mesmo, ele é também consciente do outro como um para-si. É na relação entre dois “para-si” que se vai constituir o desejo como desejo humano (não-natural).
3. Finalmente, temos o homem como *em-si e para-si: Razão (Vernunft)*. Essa Razão se faz inicialmente razão observadora para em seguida constituir-se como Arte, Religião, Estado. (Ibid., p. 140-141)

Desse ponto, segundo a leitura que Kojève (1947) faz do desejo em Hegel, é preciso entender o movimento de passagem da consciência para a autoconsciência – e, em última instância à razão –, realizada pelo desejo. De acordo com os três movimentos

descritos acima, a consciência, primeira do homem, é apenas contemplativa, opondo-se apenas a um objeto exterior e não podendo constituir, assim, um sujeito. A contemplação não revela o sujeito, apenas o objeto.

Doravante, é o desejo que pode fazer emergir um sujeito a partir do ponto em que faz com que o eu deseje assimilar o objeto. Quando, por exemplo, o homem intenta comer, esse desejo implica na assimilação de um objeto (de desejo): o alimento. Nesse sentido o desejo nega o objeto (enquanto não-eu a ser assimilado), é uma ação “negatriz” que tem por função transformar ou destruir o objeto visando à satisfação do próprio desejo. Cria-se então uma realidade subjetiva derivada da assimilação do objeto. O eu, até esse ponto, não se afirma além do eu do desejo. Isso implica dizer que a natureza desse eu é apenas uma função do objeto desejado, que é natural e, portanto, coloca-o na condição de natural (animal).

O movimento que possibilita a emergência de um eu humano é a direção do desejo para um objeto não natural. Só há, nessa leitura, uma possibilidade de objeto não natural: o próprio desejo.

Assim sendo, para que o desejo se torne humano e para que constitua um Eu humano, ele só pode ter por objetivo um outro Desejo. Dois desejos animais tornam-se desejos humanos para os quais estejam voltados e se dirigem um para o outro. Desejar o Desejo do outro, eis o que caracteriza o Eu como Eu humano. (GARCIA-ROZA, 2007, p. 143)

O homem se constitui como tal, em Hegel, a partir do *reconhecimento* do outro. São nítidas até esse momento as influências que Freud buscou em Hegel e que Lacan foi buscar na leitura de Kojève para ressaltar em sua formulação do discurso freudiano. Para o leitor, pode até mesmo parecer, em alguns pontos, que essa lógica do desejo é exatamente a mesma da psicanálise. Porém é preciso que se atente para os seguintes pontos: 1) o desejo em Hegel é passível de satisfação; 2) o sujeito entendido nessa leitura é um sujeito da consciência racional, um sujeito da razão; 3) Essa lógica concebida por Hegel prevê um movimento do desejo ligado à consciência. Na leitura proposta por Lacan, a *Traumdeutung* inaugura uma leitura do desejo negativa em relação a essa hegeliana. Em resposta aos mesmos três pontos: 1) o desejo em psicanálise, como foi dito anteriormente retomando a ideia lacaniana, não é passível de satisfação; 2) o sujeito da psicanálise é o sujeito do inconsciente; 3) o movimento do desejo é ligado ao inconsciente. Essas concepções norteiam o pensamento lacaniano para que formule a *ética da psicanálise*.

É preciso que se entenda a que essa proposta ética se contrapõe: ela o faz em relação à *Ética do Bem*, essa que se constitui partindo da filosofia grega e que é herdada por Hegel (e, de maneira geral, pela filosofia ocidental até a contemporaneidade):

Aristóteles – em sua *Ética a Nicômaco*, distingue que toda a ação tende para um bem último que constitui seu objetivo: o Bem Supremo, o que é compreendido como aquilo do alcance da felicidade. Ele pensava esse bem a partir da contemplação – o que chamou de teórica, que ao se bastar a si mesma, possuía plena suficiência. Esse bem supremo relacionava-se ao ofício do sábio, que ao ser um homem feliz, segundo propunha Aristóteles, não necessitava mais do que o mínimo de tudo que era material – pois a atividade do trabalho, considerada indigna para o senhor, ficava restrita ao escravo. São Tomás de Aquino retoma de certa forma essa ética, elaborando a noção de beatitude – que é a contemplação, vista de outra maneira. Então no lugar do Bem Supremo de Aristóteles ele coloca Deus e propõe a beatitude como nada menos que a abolição do desejo. Então temos aqui éticas da completude voltadas para o alcance de um bem supremo que prometem o máximo de prazer onde nada mais há que desejar. O que as religiões, por exemplo, distinguem como o objetivo último: a verdade inteiramente revelada. (PIMENTA FILHO, 2007)

Portanto, a ética do bem se pauta em dois pontos muito importantes em relação aos quais a psicanálise se colocará na contramão: abolição do desejo e conhecimento da verdade por meio da razão. A ética que Lacan propõe como em vigor na práxis psicanalítica é uma ética que justamente visa dar conta de trazer à tona o desejo e esse possibilita o encontro de uma verdade singular (não universal, ou universalizável) que deve ser buscada no cerne do funcionamento inconsciente.

Vale lembrar que isso não significa primar por uma vivência plena do desejo – já que não é possível que este seja satisfeito –, ou seja, não se trata de fornecer ao sujeito uma possibilidade de gozar plenamente daquilo que deseja, uma aceitação dos imperativos de seu inconsciente, ou, em outras palavras, uma des-responsabilização do sujeito com relação ao desejo. Ao contrário, a ética que propõe Lacan tem como ideia central promover uma sustentação por parte do sujeito desse mal-estar que o constitui. Tornar-se responsável pelo que deseja, esse é o mote da ética que deve nortear a psicanálise.

O desejo tal como é pensado na biologia, a partir da filosofia, pode ser tomado tão somente como aquilo que dirige o sujeito para o objeto, ou seja, o desejo que a razão formula gera um sujeito da natureza.

É pela via da linguagem que o humano produz seu desejo e se produz enquanto sujeito. É a linguagem a responsável por nos lançar em outro nível da experiência e

aqui caberia dizer que se o homem é um animal, uma particularidade desse animal poderia estar no seu *habitat*, afinal, o homem habita muito mais a linguagem do que o mundo. Aliás, para sermos rigorosos, seria preciso dizer que não somos nós que habitamos a linguagem, mas que somos o seu *habitat*. É a linguagem que nos habita, que nos parasita e isso tem consequências no nosso corpo, essa é a hipótese de Lacan, conforme nos mostra Gerbase (2009).

A partir do momento em que a linguagem permite que nos representemos, nós representamo-nos para e a partir do outro. A linguagem permite que nos afastemos do natural na medida em que permite que criemos objetos para nosso desejo – não entrarei, aqui, na discussão do *objeto causa de desejo*, diferentemente de e responsável pelos objetos de desejo.

Importa-nos aqui é que o biológico já não dita o que nós somos. Mas isso não habilita um analista a sustentar uma posição que negue o adoecimento do corpo. Não se trata de dizer, para utilizar um exemplo pueril, que alguém não contraia gripe, ou pior, que quando fica gripado isso é da ordem do psíquico. O corpo é consistente. E ele está, ainda que não-todo, inscrito na natureza.

Mas há outras formas de adoecer, formas para além do natural. Por isso, o analista pode trabalhar aí. E não partilha da psicologia nesse sentido, menos ainda da psiquiatria – em especial essa atual que insiste em fazer do homem um complexo químico. E o que os analistas têm a dizer? Sejamos diretos: a psicanálise relança o sofrimento humano no campo da ética. O sofrimento humano é um sofrimento ético e, assim, está para muito além de uma simples reação à interação objetiva com o ambiente. Isso é o que faz a psicanálise romper, inclusive, com as psicologias que insistem em colocar o sofrimento no campo disso que chamam de psíquico. Essa perspectiva que isola o psíquico e o transforma, sem se dar conta, em um novo órgão que adocece. Um equívoco embaraçoso da psicologia – como já apontaram Canguilhem (1958/1972) e Foucault (1954/1975) – que pensa estar fazendo ciência quando na verdade sequer percebe que o que faz é imitar a anatomia e a fisiologia, caindo em descrédito na atualidade porque, quando pretende fazer clínica, a faz, muitas vezes, sem rigor e, quando procura se afastar desses perigos, se reduz, sem se dar conta, a uma sociologia.

O que se mostra relevante aqui é o fato de que o psíquico, que vem em seguida ao biológico nesse homem recortado – biopsico... –, já não bastasse sua inconsistência, sequer existe quando é recortado. Não é sequer possível recortar essa parte do trinômio da saúde perfeita. Se pudermos pensar no biológico, por um lado, ou no social,

por outro, separando-os ainda que erroneamente, é preciso deixar claro que o que está aí no meio não é mais do que um truque de espelhos que não se poderá nunca tomar nas mãos. O psíquico não é consistente. Não existe tal coisa como a mente a não ser como um mito formulado pela psicologia. E, nesse ponto, Politzer (1928/2004, p. 45) bem afirma que tal mito, ao qual podemos nomear de mito da vida interior, é justamente o sustentáculo da *mística* necessária à ideologia burguesa.

Voltemos então ao sofrimento no campo da ética. Que é, afinal, isso que chamamos de saúde mental, já que não podemos falar em mente sem nos confundirmos razoavelmente? Miller (1999) traz uma perspectiva interessante para pensar a saúde mental: ele a coloca como uma subcategoria da ordem pública. Do que se trata na Rede se não de preservar a ordem pública? Isso exige algum cuidado, pois, se na Rede Substitutiva se faz manutenção da ordem pública, não estaria ela apenas fazendo de outro modo o que fazem os manicômios?

Mas como colocar a saúde mental nos termos da ordem pública? Ora, é simples: se a Reforma é tão avessa aos diagnósticos clínicos porque “etiquetam” e criam estereotípias – o que não impede aos profissionais de recorrerem ao CID e ao DSM como ferramentas amplamente utilizadas –, se ela decide recolocar o problema em termos de direito à cidadania, qual é o critério que sobra para dizer se alguém é ou não louco? Ou a simples substituição de terminologias como “louco” ou “doente mental” por “usuário” resolve esse problema?

Enfim, o critério parece ser, como aponta Miller (*ibid.*), a perturbação da ordem. Alguém precisa frequentar o Caps quando não é capaz de viver sua vida sem perturbar a ordem pública. Quem é atendido na Rede? Listemos rapidamente: quem não vem sendo capaz de trabalhar, quem não consegue sair de casa, ou quem faz bastante barulho e confusão quando sai. Também, claro, aqueles que não têm casa e, portanto, não podem fazer outra coisa que não seja perturbar a ilusão de ordem por sua simples presença.

Mas aqui se coloca outro problema: quem perturba a ordem pública não seria um caso de polícia? Se for capaz de responder por si mesmo, sim. Caso seja considerado irresponsável por seus atos – uma forma de qualificar alguém como louco – não será responsabilidade da polícia. Então a Rede de Atenção Psicossocial responde por qual ética? Que ética é essa que pretende manter a ordem, permitir que as pessoas possam ir e vir, sair e voltar? Essa ética não é outra senão a *ética do bem*.

Nessa ética não há espaço para o singular, o bem é o mesmo para todos. Acrescentando a isso as formulações de Canguilhem (1943/2009), só se pode pensar em saúde se nos referirmos a uma norma. E se saudável é normal e normal é quem não perturba a ordem, devemos dizer que o analista, que já não trabalhava com o *mental*, também não trabalha com a *saúde*. Penso que o analista somente poderia se autorizar a trabalhar com a ideia de saúde se a referir a uma *normatividade* e não a uma *norma*. Que fique claro, uma das muitas contribuições de Canguilhem em sua tese é justamente a constatação de que, rigorosamente falando, o estado patológico é que possui uma norma estreita e delimitada. A saúde poderia ser mais bem pensada como aquilo que estaria na possibilidade de criar novas normas conforme a contingência que se apresente, sendo isso o que podemos chamar de normatividade (ibid.).

Ora, não é isso que encontra o analista (não somente ele) na experiência clínica? Os usuários dos serviços de saúde mental não procuram ou são encaminhados para o atendimento quando não são capazes de produzir algo para além de uma repetição com suas regras estreitas, com sua norma?

Mas voltemos por um momento à questão do direito. Seria o caso de retomar o binômio direitos/deveres? Antes vejamos o que ainda podemos falar sobre responsabilidade, afinal, é essa a palavra que conjuga, aparentemente, os direitos e os deveres. É responsável quem tem a habilidade de responder. Alguém responsável é aquele que, se não cumpre com seus deveres, pode ser culpabilizado por isso e terá condição de responder a uma acusação. E quando alguém é irresponsável? Quando o direito ou a condição de responder pelos atos desse sujeito é tomado pelas mãos de outro – uma instituição pode ser esse outro.

O que faz, então, o analista? Procurei sustentar, até o momento, que ele coloca o tratamento no panorama da ética. E o que quer dizer isso? Quer dizer que o sujeito da psicanálise pode ser compreendido como um sujeito de direito. É ele, portanto, quem deve responder por si. Sustentar o *discurso do analista*, especialmente no campo da saúde mental, passa pela sustentação de um lugar que permita ao sujeito responder por seu próprio desejo, correspondendo isso ao oferecimento de condições para tanto, ou seja, à sustentação de um lugar na transferência que permita ao sujeito responder pelo que é dele por direito desde sua constituição: um desejo imbricado em um sintoma. E se seu desejo gera culpa é tão somente porque, como disse Miller, “O sentimento de culpa é, propriamente, o *pathos* da responsabilidade, a patologia essencial do sujeito.” (1999, p. 23).

O que deve estar claro para o analista é que o tratamento deve incidir sobre o sofrimento do sujeito e não sobre o sintoma. Se o sintoma faz sofrer, é preciso estar atento ao fato de que esse sofrimento é proveniente da culpa gerada pelo desejo desse sujeito em sua dissonância com o que toma pela demanda do outro. Uma análise é capaz de promover condições para que um sujeito passe a gozar de seu sintoma e não a partir da anulação deste (o que seria inconcebível).

O analista, portanto, com sua ética, é aquele que se colocará diante do outro no tratamento para procurar sustentar o direito que esse outro tem de responder singularmente por seu desejo. E que, quando tomar contato com a culpa, será a culpa de ter cedido de seu desejo. Eis a peste que nós analistas procuramos levar ao campo da ética.

A peste política da psicanálise

Mas seria então o caso de, finalmente, chegarmos ao terceiro termo. Se já passamos pela biologia e pelo psíquico, é preciso dizer que se sustenta uma ética em um campo social. Aqui é que se faz necessário pensar sobre o que é a psicanálise no campo da política. Procurarei trazer, então, a *peste política* da psicanálise. E, se procurei sustentar a ética pela categoria de desejo, não penso que poderia ir por outro caminho a não ser colocar a política no sintoma.

Antes de falar sobre o que seria uma política do sintoma, é necessário deixar claro o que é um sintoma para a psicanálise. Podemos, então, retomar rapidamente os desenvolvimentos sobre esse termo que Lacan realiza ao longo de sua obra. E é necessário deixar claro que, se priorizo a concepção de Lacan com relação ao sintoma, isso se dá por procurar uma articulação do sintoma à política, portanto, uma articulação do sintoma particular do sujeito ao social. Ressalto a leitura de Askofaré (1997, p. 194):

Para dizer a verdade, a expressão *sintoma social* parece desconcertante e mesmo atípica se nos atermos às coordenadas freudianas (recalque, contrainvestimento, substituição e compromisso entre desejo e defesa) para apreciar a dimensão do sintoma, cuja determinação em Freud é quase exclusivamente subjetiva. Se acrescentarmos a isso a constatação de que no interesse de Freud pela *Kultur* – e notadamente a interrogação sobre a origem e o sentido da Civilização assim como seus efeitos sobre a pulsão e sua satisfação – prevalece o exame da “realidade social”, dos “fatos sociais”, estamos no direito de presumir que apenas o encontro da obra de Marx por Lacan, tornou possível a emergência da noção de *sintoma social* e permitiu lhe dar estatuto no campo freudiano.

Temos, então, algumas vias para pensar o sintoma: a primeira, anterior à década de 1960, é realizada por Lacan ainda dando primazia ao registro simbólico. É tomado como metáfora da verdade que o sujeito faz para expressar seu sofrimento para além do saber, ou seja, o sintoma tomado como metáfora da *verdade* de um *desejo* do sujeito. Em leitura posterior ao encontro da obra de Marx por Lacan, o sintoma passará a figurar como a produção de uma barreira à bela ordem do mestre, ou seja, tal concepção do sintoma visa pensa-lo como *verdade* que faz barreira ao *saber*.

Mas, mesmo nessa leitura, ainda é necessário sustentar o sintoma a partir de uma perspectiva que dá primazia ao simbólico. É, então, apenas nos anos 1970 que Lacan, com o seminário “o avesso da psicanálise” (1969/1970/2007), passará a referir o sintoma ao discurso e, por essa via, oferecerá condições de pensar propriamente um sintoma social (ASKOFARÉ, 1997). Lacan formaliza as estruturas discursivas de modo que o *discurso do mestre* opera colocando o outro no lugar de um *saber* (S^2) e o *discurso da histórica* seria precisamente aquele que se contrapõe a isso na medida em que coloca no lugar de agente o *sintoma* (\$) o qual, no *discurso do mestre*, fica recalcado no lugar da *verdade*.

É de suma importância ressaltar o que há de novo nas formalizações de Lacan em seu seminário 17, ou seja, não seria possível sair de uma concepção do sintoma como metáfora se não fosse pela formalização do lugar de um *resto* sempre inextinguível que o sujeito produz em todo laço social. Ou seja, com a noção de *discurso* é que Lacan introduz a dimensão do real no laço social e, com isso, torna possível pensar o sintoma não mais como metáfora, mas como letra que escreve a série do gozo e que jamais poderá ser extinta, curada. Isso permite que Askofaré traga sua proposta de escrita do sintoma social: $\forall x . \Sigma(x)$, uma forma afirmativa de escrever o impossível do sintoma, ou seja, que, inserido no discurso, *não há sujeito que não faça sintoma* e este seria o único sintoma social universalizável (ASKOFARÉ, 1997). Façamos um retorno ao campo da saúde mental para procurar pelas incidências disso além de tentar tornar mais claras as noções expostas.

Kyrillos Neto e Dunker (2004) procuram identificar uma retórica da exclusão no cerne da Reforma Psiquiátrica brasileira, não no sentido de reduzir sua importância política no contexto da reflexão sobre as práticas voltadas ao atendimento em saúde pública, mas sim no de apontar o que tem ficado de fora da agenda de reflexão desse

movimento. Para isso, investigam a noção de *inclusão social* – tida como objetivo do movimento da luta antimanicomial – pela perspectiva foucaultiana, entendendo que *inclusão social* tem efeito de enunciado.

Desse ponto de vista, a noção de inclusão social pode ser entendida como uma formação discursiva inserida em certa:

(...) estratégia retórica e política, de forma a se colocar em relação de antagonismo com o projeto de uma clínica da escuta dos transtornos mentais, ou seja, trata-se de analisar uma série de deslocamentos discursivos que constituem, localizam e individualizam a loucura no espaço da exclusão social e, a partir disso, sustentam um conjunto de práticas que visam à sua reinserção, inclusão ou reentrada no campo social. Trata-se de um conjunto de práticas que discursivamente se recusam a inscrever-se na noção de clínica e muitas vezes colocam-se em oposição a esta. (Ibid., p. 117)

No processo de constituição discursiva em questão, é possível primeiramente localizar os transtornos mentais em relação a um antagonismo entre inclusão e exclusão social. Nesse arranjo, no entanto, fica aparentemente circunscrita a noção de exclusão a partir de um processo histórico definido, enquanto a inclusão estaria num panorama ideal e indefinido.

Durante o processo ocorrido especialmente no período entre a década de 1990 e o início da década de 2000, diversas mudanças importantes e promissoras aconteceram em nível institucional na saúde pública brasileira. Os grandes hospitais psiquiátricos que desrespeitam os direitos humanos vêm sendo desativados pelo poder público e gradativamente são substituídos pelos serviços de aporte comunitário constituintes da Raps, consequência das mudanças na legislação acarretadas pela opinião pública que foi alertada pelos movimentos sociais.

Assim, vemos a constituição dos ideais da Reforma Psiquiátrica na perspectiva de um *antimodelo* em relação às práticas de cerceamento da loucura como movimento de exclusão social, denunciadas pela luta antimanicomial (ibid., 2004).

Tal estratégia, no campo discursivo, compreende que tem seus limites no cuidado oferecido às pessoas portadoras de transtornos mentais. E, paradoxalmente, pode produzir formas novas do que visa eliminar – o controle e a opressão –, ao objetificar o sujeito e impedir-lhe qualquer processo de subjetivação de sua experiência. “Deduz-se, daí, que a transformação desejável no estatuto da doença mental é de natureza política, antes que clínica. Está formada uma cena enunciativa onde clínica e política tornam-se significantes em oposição” (ibid., p. 118).

Na Psiquiatria Democrática italiana, que é paradigma da Reforma Psiquiátrica brasileira, as denúncias acerca das condições de tratamento dos portadores de transtorno mental giram em torno do desrespeito aos direitos humanos e à cidadania. Assim, apoiada na Declaração de Caracas (ICOM, 2009), o movimento da Reforma Psiquiátrica irá determinar que o principal fator causador dos transtornos mentais é a exclusão social, o que desloca completamente a discussão acerca do sofrimento psíquico de uma questão clínica para um problema político relativo a uma classe social.

Por esse caminho tanto os usuários quanto a população como um todo serão convocados à participação na luta política que tem como objetivo a produção comunitária de um saber sobre a loucura. Apesar da importância de se incluir a dimensão política nessa produção de saber, tem-se observado concretamente, muitas vezes, ações submetidas a uma pedagogia política com a qual alguém que assuma o papel de militante nesse embate deverá se familiarizar.

Dessa forma, o sujeito da experiência da loucura, ao ser deslocado para a posição de usuário dos serviços de saúde mental, tem sua demanda revertida de demanda de cura para demanda de inclusão. Sua patologia é definida pela exclusão social concreta e não por uma nosologia neutra e transcendente. A localização de sua demanda não emerge do sofrimento psíquico individualizado, mas do sofrimento atinente à sua posição de classe. (KYRILLOS NETO e DUNKER, 2004, p. 119)

Por essa via qualquer projeto que venha a ser reconhecido como clínico será homogeneizado e interpretado como parte do antimodelo manicomial contra o qual se coloca a Reforma Psiquiátrica. Assim, psiquiatria, psicologia clínica e psicanálise serão colocadas em paridade e indistintamente renegadas nesse contexto, sob o argumento de que articulariam a demanda do usuário por uma perspectiva individualizada, subjetiva e idiossincrática – posição oposta à noção de articulação política da demanda presente no sofrimento mental e que ainda será considerada como uma estratégia de alienação e controle do usuário.

Recorrendo a Parker (1999 apud KYRILLOS NETO e DUNKER, 2004), os autores apontam para a tendência de manter as práticas clínicas mais conservadoras nos movimentos que renunciam à discussão do campo de categorias clínicas observáveis. Não deixando de reconhecer que, por outro lado, alcançam resultados importantes os movimentos que procuram desconstruir a ideia essencialista da loucura por meio da demonstração da inconsistência de certos modelos nosológicos.

Ainda na tentativa de mostrar a dissonância política entre os diferentes modelos clínicos e a possível contribuição da psicanálise ao contexto da Reforma Psiquiátrica, podemos trazer para a discussão Gerbase (2009), que traz uma contribuição importante com relação ao tema:

No campo que nos concerne, o do sintoma dito mental, há pelo menos três orientações bem definidas: a da psicologia, que supõe que a condição de formação do sintoma seja o ambiente (a família, a sociedade, o capitalismo); a da biologia, que supõe que a condição da formação do sintoma seja a genética (a hereditariedade, a neurotransmissão); e a da psicanálise, que supõe que a condição de formação do sintoma seja o real. (Ibid., p. 102)

Real aposto à realidade. O conceito de real aparece aqui como algo da ordem do indizível pelo sujeito, algo que é de representação impossível e que exigirá um extenso trabalho produtivo do sujeito para que possa ser integrado à sua vida psíquica. Torna-se importante deixar claro que a hipótese de Lacan, sustentada pelo autor, é a de que “o corpo afetado pelo inconsciente é o próprio sujeito de um significante, se sustenta na ideia que o inconsciente seja o real” (ibid.).

Trata-se de uma hipótese clínica sobre a etiologia do sintoma mental que é radicalmente subversiva com relação às demais abordagens. Hipótese que trará consequências em todos os níveis da clínica. Por essa via, o sujeito se torna ativo com relação à formação do sintoma e isso acontecerá de maneira singular na experiência do sujeito com a linguagem. Com essa compreensão, o tratamento do sintoma só pode ser empreendido por meio de uma operação discursiva que possibilite, a quem sofre, que toque o real e assim estabeleça outra forma de relação com o que experimenta. O que, por sua vez, coloca as outras vertentes clínicas como sustentáculos de uma terapêutica que realiza manutenção do ideal por meio de possibilidades de identificação, colocando a orientação política no patamar da manutenção da ordem social e não tratamento de um sofrimento singular. Orientada por uma ética do bem, essa política ainda sustenta um ideal de felicidade e, nesse sentido, sustentar uma posição política cunhada por uma ética do desejo é romper com o ideal e passar ao possível:

Parece impossível pensar em felicidade sem ser imediatamente remetido a algum paraíso. Ele sempre dependerá de um além, que virá a nós caso se faça como se deve, mesmo se terrestre (uma casinha branca com varandas ou simplesmente sair do cheque especial). É o que chamamos de ideal. Para nós, porém, falar de felicidade em ruptura com o ideal é obrigação, caso contrário seremos apenas partidários de mais um discurso sobre o Bem e de mais uma normatização terapêutica. Abordar o tema a partir de nossas ferramentas clínicas

evita este perigo. Ao mesmo tempo estaremos testando-as, afinal, o que pode orientar o tratamento e descortinar seu horizonte de conclusão realmente desvinculado do ideal? (VIEIRA, 2008, p. 39)

É importante pensar, ainda, sobre o que operam os manuais diagnósticos da psiquiatria contemporânea, pois o que o DSM promove é cada vez mais uma pulverização diagnóstica que oferece um vasto cardápio de traços genéricos de personalidade e conduta aos quais os sujeitos podem se identificar. Tal identificação, porém, é profundamente nociva na medida em que promove uma desresponsabilização com relação ao sofrimento. Há, com as novas – e cada vez mais vastas – categorias diagnósticas, possibilidades infinitas para que o sujeito se identifique a uma categoria que o permita pertencer a determinado grupo. Tal forma de incluir é capaz apenas de reinserir o sujeito em um circuito ordenado onde permanecerá conformado com sua condição e essa política lhe oferecerá como propósito o tratamento – muitas vezes para o resto de sua vida – e o permitirá gozar de seu direito enquanto cidadão e usuário do sistema de saúde, parte disso, implicando poder tomar seus medicamentos que lhe serão garantidos pelo Estado.

Onde a política do sintoma pode incidir nesse contexto? Sustentar, por meio da práxis psicanalítica, o sintoma como saída possível para um sujeito implica a necessidade de escutar o sofrimento do outro e, a partir dos significantes deste, procurar pela maneira singular de estar no mundo. Não oferecer sintomas provindos de algum manual “É o que pode nos autorizar a decliná-lo no singular e a buscar, em meio à galáxia de sintomas em que vivemos, aquele que poderá tornar-se nosso aliado por constituir para alguém, a possibilidade de uma entrada em análise” (ibid., p. 40).

Concluindo, a intenção deste breve trabalho é reafirmar algumas posições da psicanálise com relação à ética e à política que permitam orientar a atuação dos analistas nos diversos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Orientar, no entanto, retomando um campo vasto de produções que permitem a quem se aventure pela Rede se dar conta de que a psicanálise e, fundamentalmente, a sua veia clínica não só deve continuar sendo sustentada como também possui uma direção sólida e rigorosa.

Tal direção não deve ser tomada como oposição à Reforma Psiquiátrica, mas como via para uma crítica incisiva e cada vez mais importante. Não se trata de colocar a psicanálise e sua clínica em oposição aos ideais libertários que deram origem à luta antimanicomial e à Reforma Psiquiátrica, mas justamente de colocar a questão: a luta

antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica continuam libertárias enquanto prescindem da clínica e se omitem com relação ao que os psicanalistas operam no campo, sob os argumentos de que a psicanálise é elitista e difícil de entender?

É preciso, ainda, tomar um cuidado para que não façamos da psicanálise uma vertente “anti” alguma coisa nesse campo. A intenção foi apontar justamente para a possibilidade de uma inserção da psicanálise na saúde pública, em especial ao campo da Reforma Psiquiátrica e isso não deve ser confundido com um clamor pelo seu reconhecimento como uma espécie de paradigma. Se nos colocamos em um ponto de tensão é apenas por entender que, ao invés de colocar a psicanálise como uma espécie de “antirreforma”, estamos assumindo o lugar diante daquilo que constituímos o avesso e que se mostra nas mais diferentes (e sedutoras) formas.

Referências

- ALENCAR, R. *Por que a guerra às drogas? Do crack na política ao crack do sujeito*. 2012. 103 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP, São Paulo, 2012.
- ASKOFARÉ, S. O sintoma social. In: GOLDENBERG, R. (org.). *Goza!: Capitalismo, globalização, psicanálise*. Salvador: Ágalma, 1997, p. 164-189.
- BASAGLIA, F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 11- 40.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- _____. (1943). *O Normal e o Patológico*. 6a. ed. rev. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta; tradução do posfácio de Piare Macherey e da apresentação de Louis Althusser. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- _____. (1958). O que é psicologia? *Revista Tempo Brasileiro*, (30/31), p. 104-123, 1972.
- FOUCAULT, M. (1954). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- FREUD, S. (1913). Totem e Tabu. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 13-163, vol. XIII.
- GARCIA-ROZA, L. A. *Freud e o Inconsciente*. 22a. ed. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2007.
- GERBASE, J. A hipótese de Lacan. In: *A Peste*, São Paulo, v. 1 n. 1, p. 101-110, 2009.
- ICOM. Declaração de Caracas – ICOM, 1992. *Cadernos de Sociomuseologia Centro de Estudos de Sociomuseologia*, América do Norte, 15, jun. 2009. Disponível em: <<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/cadernosociomuseologia/article/view/345>>. Acesso em: 26 dez. 2013.

- KYRILLOS NETO, F. *Clínica ampliada e reforma psiquiátrica: um estudo crítico sobre o uso da medicação S/N (se necessário) no NAPS da Zona Noroeste de Santos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade São Marcos, São Paulo, 2001.
- KYRILLOS NETO, F e DUNKER, C. I. L. Sobre a Retórica da Exclusão: a Incidência do Discurso Ideológico em Serviços Substitutivos de Cuidado a Psicóticos. *Psicologia Ciência e Profissão*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 116-125, 2004.
- KOJÈVE, A. *Introduction à la lecture de Hegel*. 6a. ed. Paris: Gallimard, 1947.
- LACAN, J. (1959-1960). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.
- _____. (1969-1970). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. 1a. ed. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar Editor, 2007.
- LAURENT, E. O analista cidadão. In: LAURENT, E. *A Sociedade do Sintoma: a psicanálise, hoje*. 1a. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007, p. 141-150.
- MILLER, J-A. Saúde Mental e ordem pública. *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais*, Belo Horizonte, n. 13, p. 20-31, 1999.
- MOURA, A. H. *A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- PACHECO FILHO, R. A. A praga do capitalismo e a peste da psicanálise. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade*, v. 1, n. 1, p. 143-163, jan./jun., 2009.
- PIMENTA FILHO, J. A. *Ética e Terapêutica*. 2007. Disponível em: <<http://usuarios.lycos.es/acfportugal/cartaacf/etica.htm>>. Acesso em: 23 abr 2009.
- POLITZER, G. (1928) *Crítica dos fundamentos da psicologia*. Tradução de Marcos Marciolino e Yvone Maria de Campos Teixeira da Silva. 2a. ed. Piracicaba: Unimep, 2004.
- VIEIRA, M. A. A psicanálise e a felicidade do sintoma. *Arteira: Revista de Psicanálise*, Santa Catarina, n. 1, p. 39-48, 2008.

Recebido em 5/2/2014; Aprovado em 13/5/2014.