

A ÉTICA DA CLÍNICA AMPLIADA: A PRIMAZIA DA PALAVRA DE LACAN A AGAMBEN

Paulo Alberto Teixeira Bueno

Mestrando no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) Espaço de Vida. Psicanalista em formação no Fórum do Campo Lacaniano (FCL) de São Paulo.
E-mail: paulotbueno@hotmail.com

Resumo: Este artigo nasceu da articulação entre as reflexões lacanianas acerca da ética e alguns operadores conceituais da filosofia de Giorgio Agamben, indicando caminhos que auxiliem a situar esse tema no âmbito da proposta de clínica ampliada da atenção psicossocial. No campo psicanalítico, foi problematizada a discussão da mútua irreducibilidade do sujeito do inconsciente ao cidadão de direitos, conceito implícito na noção de ampliação da clínica à cidade. Emergiu a questão sobre a demanda de manutenção da ordem pública, à qual é submetido o profissional da saúde mental, os textos de Agamben contribuíram para a reflexão de um posicionamento ético possível perante tal demanda.

Palavras-chave: ética; clínica ampliada; atenção psicossocial; psicanálise; Agamben.

Abstract: This article was born of the interconnection between Lacan's reflections on ethics and some conceptual operations of Giorgio Agamben's philosophy, indicating pathways that help to situate this theme in the domain of the proposal of expanded clinic in psychosocial care. In the psychoanalytic field, the discussion on the mutual irreducibility of the subject of the unconscious concerned the citizen with rights, a concept that is implicit in the notion of clinic expansion to the city. There emerged the issue of demand for maintaining public order, to which the mental health care professional is subject, Agamben's texts contributed to think through a feasible ethical positioning in face of such a demand.

Keywords: ethics; expanded clinic; psychosocial care; psychoanalysis; Agamben.

Lacan, logo na primeira aula do Seminário 7, aponta a insuficiência de uma ética que desconsidere os desejos sexuais e sua centralidade, tal qual a de Aristóteles (LACAN, 1959-1960/2008, p. 15). Ele inclui o desejo enquanto tal no campo ético e postula que sua entrada nesse campo não ocorre simplesmente para que seja barrado por uma série de imperativos morais: “a experiência moral não se limita ao aspecto de resignar-se a perder o que não tem jeito” (ibid., p. 17). Além disso:

É aí que reside a experiência da ação humana, e é por sabermos, melhor do que aqueles que nos precederam, reconhecer a natureza do desejo que está no âmago dessa experiência, que uma revisão ética é possível, que um juízo ético é possível, o qual representa essa questão com valor de Juízo final – Agiste conforme o desejo que te habita? (Ibid., p. 367)

A ética da psicanálise se guia pelo desejo, não para interdita-lo superegoicamente com imperativos de orientação de conduta. Não é uma ética de imperativos, mas de questionamento, este não se confunde com o questionário – bateria de perguntas a qual o usuário de equipamentos de saúde mental é submetido em anamneses e avaliações psi. O que é questionado é o sujeito em sua posição desejante. Mesmo o lugar da culpa no discurso analítico vincula-se ao campo do desejo: “proponho que a única coisa da qual se possa ser culpado, pelo menos na perspectiva analítica, é de ter cedido de seu desejo” (ibid., p. 375).

Lacan pensou a ética com base na experiência psicanalítica e extraiu suas conclusões a partir do âmbito que lhe concerne, que é o da clínica. Nas últimas décadas, com as reconfigurações institucionais, jurídicas e sociais, a clínica vem se reinventando por meio de práticas que extrapolam o espaço dos tradicionais consultórios. Novos equipamentos no campo da atenção psicossocial foram criados a partir das propostas da Reforma Psiquiátrica e do movimento de desinstitucionalização no país, nas décadas finais do século XX. Essas mudanças provocaram a descentralização do saber e da clínica psiquiátrica nas práticas de cuidado à saúde mental, abrindo espaço para a contribuição teórica e técnica de outras áreas por meio do lugar de protagonismo assumido pela equipe multidisciplinar. Observa-se, assim, um momento fértil para a entrada do aporte psicanalítico em tais espaços para também contribuir com a edificação de práticas que possam sustentar o sujeito em sofrimento no laço social. Como já apontou Rinaldi (2006, p. 141-142), “a presença crescente dos psicanalistas, principalmente de orientação lacaniana, no trabalho nas instituições públicas de assistência à saúde mental é hoje uma realidade”, e faz-se premente a promoção de pesquisas e

discussões acerca da “inserção do discurso do analista nesse campo e os desafios que enfrenta na sustentação de sua ética própria, através de uma clínica que visa o sujeito”. A inserção no campo da atenção psicossocial de uma ética e clínica do sujeito, porém, não se faz de modo harmônico, pois esse tipo de orientação “é por vezes avaliado negativamente por aqueles que consideram que a dimensão política foi deixada de lado em prol da clínica, em especial daquela que tem na psicanálise sua referência fundamental” (ibid., p. 143).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil se desenvolveu com uma dupla referência às dimensões política e clínica. Por um lado, o relevo na desinstitucionalização, abolição da lógica e práticas manicomiais e promoção da inserção social. Por outro lado, o esforço para encontrar a forma de um fazer clínico que entre em consonância com os ideais políticos da cidadania. Nesse cenário, forjou-se um importante conceito que hoje é prescrito para pautar as práticas dos profissionais na saúde pública, o de clínica ampliada. Esse conceito vem sendo constantemente trabalhado, elaborado e reinterpretado por profissionais orientados por diferentes áreas do saber. Detenhamo-nos em uma primeira definição que delinea uma clínica que: produz um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular; que conduz à assunção da responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; que pressupõe a busca de ajuda em outros setores; que reconhece os limites dos conhecimentos e tecnologias dos profissionais atuantes; e, por fim, que implica a assunção de um compromisso ético profundo (BRASIL, 2008, p. 12-13). Dessa definição, destaca-se o ponto em que se admite que o paciente é o sujeito, mas os profissionais são os responsáveis por ele – Amarante (2007, p. 82), respeitável figura na história do movimento antimanicomial, ratifica tal perspectiva ao afirmar que “em atenção psicossocial se usa a expressão ‘responsabilizar-se’ pelas pessoas que estão sendo cuidadas”. O sujeito em questão é o sujeito de direitos em busca da cidadania. A responsabilidade é a noção que vem dar conta do deslocamento da relação entre o profissional da saúde e o usuário, que antes era verticalizada e centrada na doença. Tal compreensão deve ser continuamente repensada, dado o fato de que é tênue o fio que separa essa responsabilização de uma prática de tutela; bem como o que separa a estranha noção de sujeito desresponsabilizado de uma sujeição ao semelhante.

Vale a citação de alguns trechos sobre o tema que nos compete disponíveis na cartilha. Ao tratar das “implicações éticas da clínica ampliada”, alerta-se para o fato de que “se o serviço de saúde tivesse reduzido os usuários à doença, ele poderia ser

considerado cúmplice da discriminação racial e da desigualdade social”, e também se afirma que “o compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, estas causalidades externas” (BRASIL, 2008, p. 13-14). Nota-se que há uma prescrição para que os profissionais da saúde contribuam com a conscientização das causalidades externas, ou seja, das determinações sociais dos processos de sofrimento. Trata-se, portanto, de uma clínica eminentemente política, uma clínica que conscientiza e se responsabiliza; que não reduz o usuário à sua doença ao situá-lo como sujeito de direitos, mas que – em contrapartida – não questiona os efeitos de uma ética que prioriza a busca pela cidadania em detrimento da escuta clínica de como o sujeito posiciona-se perante a discriminação, a exclusão e o sofrimento do qual padece.

É importante apontar que há divergências no que tange à entrada da clínica e ética psicanalítica no âmbito da clínica ampliada. Há uma vertente que considera que o conceito carrega em si uma inespecificidade que acarreta problemas práticos, pois, ao tornar todo procedimento com fins terapêuticos um procedimento clínico, faz com que a própria clínica se perca. Em outras palavras, advoga-se que ainda que haja uma multiplicação de procedimentos e objetivos diluídos em uma equipe multidisciplinar, os profissionais psi consigam manter sua especificidade e sustentar uma prática clínica (GRECO, 2006). Há, ainda, quem aponte a incompatibilidade entre a “ética da psicanálise, externa aos mandatos sociais e à lógica administrativa da assistência em saúde mental”, e a prática estabelecida atualmente na atenção psicossocial (LIMA, 2011, p. 107). Por outro lado, há a vertente que sustenta a importância da entrada do discurso psicanalítico nos dispositivos da clínica ampliada, pelo fato de considerar que a luta pela cidadania, bem como os procedimentos terapêuticos, são insuficientes para dar conta da verdade subjetiva:

Ao partir do referencial da teoria psicanalítica consideramos que não se trata somente de dar voz ao paciente para que ele possa fazer suas demandas e escolhas e exercer seus direitos de cidadão, mas de levar em conta o que falar quer dizer, pois é por meio da fala, nos seus intervalos e tropeços, que podemos ver surgir efeitos de sujeito como resultado do trabalho clínico. (RINALDI e LIMA, 2006, p. 57)

Esses pontos, o dos direitos e o da cidadania, estão entre os mais espinhosos exatamente porque tocam na questão da concepção de sujeito. Há uma via conciliadora que, embora considere que o sujeito surge como excesso quando a equipe “trabalha

focalizando exclusivamente os seus direitos de cidadão”, nega que haja oposição entre os conceitos sujeito do inconsciente e cidadania, pois, “para pensar a questão dos direitos deve-se levar em conta, em primeiro lugar, a implicação do sujeito nesta questão” (BEZERRA e RINALDI, 2009, p. 344).

Essa breve explanação aponta a complexidade da inserção da psicanálise, com seu discurso e sua ética, nos espaços públicos de saúde mental e também mostra como tal inserção não constitui ponto pacífico nem mesmo entre os psicanalistas. Se há alguma concordância é a de que a clínica psicanalítica não é a mesma que a clínica ampliada, o que nos conduz a questionar se é possível sustentar a ética da psicanálise nos diferentes equipamentos da atenção psicossocial, considerando a variedade dos dispositivos, tais como as reuniões em equipe multidisciplinar, reuniões de rede, discussão de caso, atendimentos familiares, atendimentos individuais, atendimentos em grupo, clínica psiquiátrica, acompanhamento terapêutico, oficinas, práticas esportivas coletivas, etc.

Para pensar a ética no campo da atenção psicossocial, retomamos alguns termos que emergiram da discussão sobre a clínica ampliada – e que, a princípio, estão fora do escopo conceitual psicanalítico – tais como *cidadania*, *cidadão*, *sujeito de direitos*, *responsabilidade e direitos do homem*.

Começemos pela cidade: ela está implícita e atravessa muitos dos conceitos discutidos. Tanto *cidadania* como *cidadão* são derivações da *cidade* e nela se realizam, não faz sentido falar em cidadania fora dessa delimitação jurídica e geográfica. Mesmo a ampliação da clínica tem como fundamento estendê-la à cidade; desenvolver ações e estratégias de trabalho intersetorial, auxiliar na construção de laços no território e contribuir com a circulação do sujeito no espaço público são alguns dos objetivos dessa clínica. Como, então, pensar no complexo conceitual da clínica da atenção psicossocial excluindo a ideia central de cidade? Esse é o grande desafio, pois, para Agamben, esse termo é insuficiente como ponto de partida de estudos e reflexões que busquem soluções para os problemas sociais que surgem na contemporaneidade. A proposição do filósofo é cirúrgica nesse ponto, em que convoca os profissionais das ciências humanas a abandonar a noção de cidade, substituindo-a pelo conceito de *campo*, apoiando-se em sua tese de que este constitui o paradigma biopolítico atual e não mais a cidade (AGAMBEN, 1995/2010, p. 176).

O autor baseia essa passagem de cidade para campo ao aferir que toda vez que se cria uma estrutura na qual, em determinado espaço, vida nua e anomia entram em um estado de indistinção, independentemente da natureza dos crimes que se cometam,

tem-se um campo. Prossegue em sua definição afirmando que o campo é “um pedaço de território que é colocado fora do ordenamento jurídico normal” (ibid., p. 165), em outros termos, é algo que, pertencendo ao território nacional, é foracluído da norma e da proteção legal, um espaço de exceção “capturado fora, incluído através de sua própria exclusão” (ibid., p. 166). O campo é o lugar em que “seus habitantes foram despojados de todo estatuto político e reduzidos integralmente a vida nua, o campo é também o mais absoluto espaço biopolítico” (ibid., p. 166-167). Assim, o campo torna-se o “paradigma do espaço político no ponto em que a política torna-se biopolítica e o *homo sacer* se confunde virtualmente com o cidadão” (ibid., p. 167). O campo se divide entre *homo sacer* e aqueles a quem é dado o poder soberano, que tudo podem sobre o corpo e a vida daqueles que perderam seus direitos.

Nessa transformação de cidades em campos, a centralidade da noção de cidadão no Estado moderno é relevante, pois faz emergir uma questão política essencial sobre quem é ou não cidadão. O autor aponta o fato de que os limites que estabelecem a cidadania não são puramente territoriais, não basta que se nasça em certo lugar para ser um cidadão de direitos, e focaliza os resíduos dessa operação da transformação do nascente em cidadão. O grande drama é a inversão desse processo, que começa com a perda da cidadania e culmina na vida nua, tal como ocorreu no Terceiro Reich, onde primeiro se perdeu a cidadania alemã, depois se passou do estatuto de não ariano para judeu, de judeu para deportado e de judeu deportado para *Muselmann*, termo utilizado nos campos de concentração para se referir àqueles cuja vida foi transformada em vida nua não testemunhável (AGAMBEN, 1998/2008, p. 156).

Agamben enfoca o estatuto do cidadão para demonstrar seu esvaziamento na atualidade. A ética moderna erigiu-se baseada na noção de cidadão, porém, a perda da cidadania é uma ameaça constante ao homem contemporâneo, como no caso dos expatriados, imigrantes ilegais, moradores de rua, psicóticos, dependentes químicos e jovens pobres moradores de favelas e bairros periféricos. Como correlato do *homo sacer* há o poder soberano e os atores sociais que ocupam esse lugar, como os funcionários da imigração, juízes, médicos e assistentes sociais. Entretanto, nos *campos* atuais a polícia é que majoritariamente assume esse posto, visto que se o soberano é aquele que suspende a validade da lei e assinala o ponto de indistinção entre a norma e a anomia, a polícia sempre está situada em um lugar de potencial soberania.

As razões de “ordem pública” e de “segurança”, sobre as quais ela deve decidir em cada caso singular, configuram uma zona de indistinção entre violência e direito, exatamente simétrica àquela da soberania. AGAMBEN, 1996/2015, p. 98)

Para tanto, faz-se necessária a criminalização do adversário e é essa possibilidade de criminalização que concede à polícia o poder de suspensão da lei; até o início do século XX, o inimigo era “excluído da sociedade civil e carimbado como um criminoso; apenas posteriormente torna-se lícito aniquilá-lo com uma ‘operação policial’ que não é obrigada a respeitar nenhuma regra jurídica” (ibid., p. 100), a suspensão da ordem jurídica dá vazão para que qualquer um seja carimbado como criminoso.

Acrescentaríamos que nem todos podem ser criminalizados, com destaque para os portadores de determinados transtornos mentais e as crianças, inimputáveis perante a lei. A ação policial virulenta é reprovada pela opinião pública quando se dirige a essas populações. Nesse ponto, emergem questões acerca dos fundamentos implícitos na demanda social dirigida aos equipamentos da atenção psicossocial. Não seriam os profissionais da saúde mental convocados a assumir o poder soberano para dar conta daqueles que perturbam a ordem? Como podem atuar para além dessa demanda, fugindo à lógica do biopoder?

Miller (2011) é categórico ao afirmar que a saúde mental faz parte da ordem pública e que uma pessoa com boa saúde mental é aquela que pode ser punida pelos seus atos. A partir dessas premissas, “são os trabalhadores da saúde mental que decidem se alguém pode circular entre os demais nas ruas, em seu país, entre os países, ou se, pelo contrário, não pode sair de casa” (MILLER, 2011, p. 54). São também eles quem decidem se a “criança-problema” pode frequentar a escola, se o paciente deve permanecer no hospital psiquiátrico ou no hospital-dia e se precisa ser contido e amarrado. “Assim, os trabalhadores da saúde mental se reconhecem próximos aos trabalhadores da polícia e da justiça” (ibid.). Detenhamo-nos aqui e deixemos em suspenso as questões levantadas.

Agamben (1998/2008) expõe minuciosa descrição de uma emblemática figura dos campos de concentração: o *Muselmann*, aquele que, ao perder todos os direitos políticos, transformou-se em vida puramente matável – morte sem homicídio, posto que o homicídio é conceito jurídico que implica abertura de um processo. O *Muselmann* foi um experimento da biopolítica nazista em que a moral e a humanidade foram postas em questão; é uma figura limite “em que perdem sentido não só as categorias como

dignidade e respeito, mas até mesmo a própria ideia de um limite ético” (AGAMBEN, 1998/2008, p. 70). Conclui-se que se não há respeito de si e dignidade na experiência do muçulmano, ou seja, se há

(...) uma região do humano em que tais conceitos não têm sentido, não se trata de conceitos éticos genuínos, porque nenhuma ética pode ter a pretensão de excluir do seu âmbito uma parte do humano, por mais desagradável, por mais difícil que seja de ser contemplada. (Ibid., p. 71)

Agamben (ibid., p. 75) diz ainda, acerca do conceito de dignidade, um dos pilares de sustentação das teorias éticas tradicionais, que “é, a rigor, algo autônomo em relação à existência de seu portador, um modelo interior ou uma imagem externa a que ele se deve adequar”. Essa definição já nos permite arriscar uma aproximação com as reflexões de Lacan sobre o tema; ao retomar as correntes tradicionais, ele observou que “a ética em Aristóteles é uma ética do caráter (...) ação em vista dos hábitos, do adestramento, da educação” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 22) e assumiu uma postura crítica a tal perspectiva ética, em que o homem deve habituar-se à norma, em que o sujeito deve conformar-se a determinado *éthos* (ibid., p. 33). E completa afirmando ser espantoso que:

(...) a ética da análise – pois existe uma – comporte o apagamento, o obscurecimento, o recuo, até mesmo a ausência de uma dimensão, cujo termo basta ser dito para se perceber o que nos separa de toda dimensão ética anterior a nós – é o hábito, o bom e o mau hábito. (Ibid., p. 21)

É importante observar que essa ausência da dimensão do hábito e do habituar-se encontrada na experiência analítica não é uma postura de um ideal ético-político, mas trata-se da própria estrutura do desejo, que no discurso ético não é articulável à demanda imaginária. Como pontua Lacan (1966/1995, p. 819):

Pois longe de ceder a uma redução logicizante, ali onde se trata do desejo, encontramos em sua irreducibilidade à demanda a própria mola do que também o impede de ser reduzido à necessidade. Para dizê-lo elipticamente: que o desejo seja articulado é exatamente por isso que ele não seja articulável. Entenda-se no discurso que lhe convém, ético, e não psicológico.

Assim como Lacan, Agamben adota um posicionamento crítico perante a ética dos hábitos e aponta sua impossibilidade, porém, não o faz pela via estrutural, mas sim genealógica.

Auschwitz marca o fim de qualquer ética da dignidade e da adequação a uma norma. A vida nua, a que o homem foi reduzido, não exige nem se adapta a nada (AGAMBEN, 1998/2008, p. 76)

Para o filósofo, no campo de concentração chegou-se a um ponto em que a ética baseada em um Bem Supremo, tal qual a aristotélica, mostrou-se insuficiente para dar conta da experiência do sujeito contemporâneo, esse é o ponto de fusão entre o bem e o mal, assim como entre todos os elementos da ética tradicional, como dignidade, responsabilidade, culpa, etc. A essa fusão deu-se o nome de zona cinzenta, que convoca para a elaboração de novos elementos que deem conta de substituir aqueles que compunham a ética clássica e foram anulados na indiscernibilidade (ibid., p. 30).

A noção de uma zona de indistinção é central no projeto de Agamben, pois a maioria de sua criação conceitual se estabelece a partir dela. O *campo*, por exemplo, configura uma zona em que se torna impossível distinguir entre a exclusão e a inclusão; norma e anomia; estar fora e pertencer (AGAMBEN, 2003/2004, p. 57 e 107). Nessa zona cinzenta, também se confundem o muçulmano – aquele a quem se tornou impossível dizer de sua experiência – e o testemunha – aquele que fundou sua fala na impossibilidade de dizer do muçulmano.

O testemunho do sobrevivente é verdadeiro e tem razão de ser unicamente se vier a integrar o de quem não pode dar testemunho (...) o sobrevivente e o muçulmano são inseparáveis. AGAMBEN, 1998/2008, p. 151)

O testemunho expressa a integração entre a possibilidade e a impossibilidade de falar, entre o ser que fala e o ser que sobrevive.

O sujeito do testemunho é constitutivamente cindido (...) por isso o testemunha, o sujeito ético, é o sujeito que dá testemunho de uma dessubjetivação. (Ibid.)

O testemunho é o resto da operação que ocorre nos campos: de transformação de cidadãos em testemunhas, esse resto, não visa a restituir a dignidade ou o respeito àqueles que não puderam falar, mas busca marcar com a palavra uma experiência absolutamente real dos campos. Trata-se da tentativa de uma construção no campo

da ética a partir da palavra, mas não a palavra de ordem – palavra normativa que se baseia em uma ideia caduca de dignidade – mas, sim, a palavra restante, aquela que possa barrar o projeto biopolítico moderno.

A ambição suprema do biopoder consiste em produzir em um corpo humano a separação absoluta entre o ser vivo e o ser que fala. (Ibid., p. 156)

O autor alerta aos que reivindicam a indizibilidade de Auschwitz:

Fizeram de Auschwitz uma realidade absolutamente separada da linguagem, se cancelarem no muçulmano, a relação entre a impossibilidade e possibilidade de dizer que constitui o testemunho, então eles estarão repetindo inconscientemente o gesto dos nazistas. (Ibid., p. 157)

O que resta de Auschwitz são os testemunhos e o que resta aos campos modernos, substitutos da cidade, é a possibilidade de testemunhar. O testemunha é, por definição, o sujeito ético que restitui a palavra àquele a quem foi vedado dizer, substrato biopolítico, vida nua. Essa vida nua – que é a vida excluída e silenciada de usuários de *crack*, álcool e outras drogas, mulheres e crianças vítimas de violência doméstica e adolescentes operários do tráfico – é, também, aquela que se faz presente nos serviços de saúde da rede pública. A vida nua que é testemunhada por familiares, cônjuges, agentes comunitários de saúde, profissionais de Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Unidades Básicas de Saúde (UBS), escolas e outros serviços nas reuniões de rede. Há que se pôr em relevo o valor da palavra dessa estratégia prevista na noção de clínica ampliada que é a das reuniões intersetoriais. O sujeito ético do testemunho implica uma palavra ética e, como já antecipou Agamben (2008/2011, p. 81):

(...) quando um nexa ético – e não simplesmente cognitivo – que une as palavras, as coisas e as ações humanas [e quando ele] se rompe, assiste-se a uma proliferação espetacular, sem precedentes, de palavras vãs de um lado, e, de outro, de dispositivos legislativos que procuram obstinadamente legiferar sobre todos os aspectos daquela vida sobre a qual já não parecem ter nenhuma possibilidade de conquista.

A noção de testemunho revela um ponto de intersecção relevante entre o campo psicanalítico e o agambeniano: a primazia dada à palavra no campo da ética. De um lado, a palavra que deve ser dada ao sujeito no atendimento clínico de acordo com a

ética do desejo, sujeito dividido que emerge e escapa entre um significante e outro. Do outro lado, a palavra acerca do sujeito intersetorial, que é imaginariamente representado por outros nas reuniões que o excluem; a palavra dos testemunhas. O testemunho pode restituir – não a dignidade perdida – mas, sim, a possibilidade de fala aos dependentes químicos que são compulsoriamente internados por meio de programas de combate ao *crack*; às crianças abrigadas nos serviços de acolhimento e que, muitas vezes, têm de esperar meses para ser ouvidas nas audiências concentradas; ao louco e a seus delírios; aos psicóticos infantis que são afastados do espaço escolar; e aos pequenos “deficitários” da atenção e da hiperatividade precocemente medicados. O testemunho é aquilo que, quando inviabilizado o dizer do sujeito, transmite essa impossibilidade e sustenta a suspensão da decisão soberana. Está em jogo um posicionamento ético em que se restitua a palavra antes das internações, intervenções medicamentosas precoces e abertura de boletins de ocorrência. O testemunho aparece como importante articulador conceitual para fundamentar uma posição ética por parte dos profissionais da atenção psicossocial que evite que decisões exteriores precedam e tamponem a palavra e o desejo do sujeito no âmbito intersetorial; uma posição ética que possibilite aos profissionais da atenção psicossocial escapar à lógica soberana e às demandas por ordem pública.

Referências

- AGAMBEN, Giorgio (1995). *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.
- _____(1996). *Meios sem fim: notas sobre política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.
- _____(1998). *O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha (homo sacer III)*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- _____(2003). *Estado de exceção (homo sacer II, 1)*. São Paulo: Boitempo, 2004.
- _____(2008). *O sacramento da linguagem: arqueologia do juramento (homo sacer II, 3)*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2011.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- BEZERRA, D. S.; RINALDI, D. L. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 342-355, 2009.
- BRASIL. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

- GRECO, Musso. Psicanálise e saúde mental: o “e” da questão. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina (Org.). *Corpo, sintoma e psicoses: leituras do contemporâneo*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006.
- LACAN, Jacques (1959-1960). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- _____(1966). A subversão do sujeito e a dialética do desejo. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- LIMA, Christiano. M. Psicanálise e saúde mental: questões cruciais. In: KYRILLOS NETO, Fuad (Org.). *Saúde mental e psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas*. Barbacena, MG: Ed. UEMG, 2011.
- MILLER, Jacques-Alain. Saúde mental e ordem pública. In: GLAZE, A.; BRISSET F. O. B.; MONTEIRO, M. E. D. (Org.). *A saúde para todos não sem a loucura de cada um: perspectivas da psicanálise*. Rio de Janeiro: Wak, 2011.
- RINALDI, Doris L. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da Saúde Mental? In: ALBERTI, Sônia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Org.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.
- RINALDI, Doris L.; LIMA, M. C. N. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. *Mental*, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 53-68, 2006.

Recebido em 3/9/2015; Aprovado em 10/12/2015.