

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**AS IN(TER)VENÇÕES DO ANALISTA FRENTE
ÀS DEMANDAS INSTITUCIONAIS DOS CAPS.**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Volnei Antonio Dassoler

**Santa Maria, RS, Brasil
2010**

AS IN(TER)VENÇÕES DO ANALISTA FRENTE ÀS DEMANDAS INSTITUCIONAIS DOS CAPS.

por

Volnei Antonio Dassoler

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, linha de pesquisa: Intervenções em problemáticas de saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

Orientador: Prof^a Dr^a Claudia Maria de Sousa Palma

Santa Maria, RS, Brasil

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

A Comissão, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado

**AS IN (TER) VENÇÕES DO ANALISTA FRENTE ÀS DEMANDAS
INSTITUCIONAIS DOS CAPS.**

elaborada por

VOLNEI ANTONIO DASSOLER

como requisito parcial para a obtenção de

Mestre em Psicologia

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Claudia Maria de Sousa Palma



Prof. Dra. Ana Cristina Figueiredo



Prof. Dra. Marta Conte



Prof. Dra. Analice Palombini

Santa Maria, 13 de dezembro de 2010.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

AS IN(TER)VENÇÕES DO ANALISTA FRENTE ÀS DEMANDAS INSTITUCIONAIS DOS CAPS.

AUTOR: VOLNEI ANTONIO DASSOLER

ORIENTADOR: CLAUDIA MARIA DE SOUSA PALMA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 13 de dezembro de 2010.

A produção recente da literatura psicanalítica demarca os avanços e os impasses que cercam a expansão da clínica psicanalítica nos contextos públicos de saúde. Nessa perspectiva, o presente estudo tem por objetivo investigar a experiência clínica conduzida por analistas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), levando em consideração a diversidade de configurações que envolvem a situação analítica nesse espaço institucional. Para tanto, entrevistas semi-estruturadas foram conduzidas e posteriormente analisadas a partir do estabelecimento de alguns indicadores que distinguiram dois grupos que permitiram abordar a articulação teórica e clínica que fundamenta essa prática. Com a análise das narrativas surgiram dois indicadores- sintoma e ética- que se colocam como balizadores conceituais para respaldar o caráter de invenção, preconizado para a experiência analítica nesse contexto.

Palavras-chave: clínica psicanalítica, sintoma, ética, psicossocial.

ABSTRACT

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

AS IN(TER)VENÇÕES DO ANALISTA FRENTE ÀS DEMANDAS INSTITUCIONAIS DOS CAPS.

AUTOR: VOLNEI ANTONIO DASSOLER

ORIENTADOR: CLAUDIA MARIA DE SOUSA PALMA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 13 de dezembro de 2010.

The recent production regarding psychoanalytic literature points out advances and impasses about the expansion of the psychoanalytic clinic in public health care contexts. Thus, the following study has as its aim to investigate the clinical experience carried out by analysts in Psychosocial Health Care Centers (CAPS), taking into consideration the diversity of configurations involved on the analytic situation in such institution. Semi-structured interviews were carried out and analyzed considering the establishment of some markers, which distinguished two groups that allowed approaching the theoretical and clinical articulation that substantiates such practice. From the analysis of narratives two markers stood out – symptom and ethics – which are seen as conceptual frameworks to endorse the invention character, as recommended concerning the analytical experience in such context.

Keywords: psychoanalytic clinic, symptom, ethics and psychosocial.

SUMÁRIO

1.	ONDE (ME) SITUO (N)À PESQUISA	7
2.	INTRODUÇÃO	8
3.	OBJETIVO GERAL	13
3.1.	Objetivos específicos	13
4.	MÉTODO	14
4.1.	Fundamentos teóricos da proposta.....	14
4.2.	Participantes do estudo	18
4.3.	Critérios de Inclusão	19
4.4.	Procedimentos.....	19
4.5.	Instrumento	21
4.6.	Análise dos dados	21
4.7.	Cuidados éticos com a pesquisa.....	23
4.8.	Riscos e Benefícios da pesquisa	23
5.	REVISÃO DE LITERATURA.....	25
5.1.	A invenção do dispositivo freudiano no âmbito público	24
5.2.	Os preceitos da Reforma Psiquiátrica na formulação da clínica psicossocial	26
5.3.	O alcance da clínica psicanalítica nos dispositivos psicossociais.....	30
5.4.	O analista, as intervenções, as invenções e a ética da psicanálise.....	33
5.5.	Sintoma e ética: uma proposição teórica-clínica para o trabalho do analista nos CAPS.....	40
5.5.1.	Ética.....	42
5.5.1.1.	Em direção à ética freudiana: inconsciente e realidade psíquica	42
5.5.1.2.	Lacan e a ética discursiva.....	48
5.5.1.3.	A posição ética do analista frente às demandas institucionais dos CAPS	53
5.5.2.	Sintoma	58
5.5.2.1.	O estatuto do sintoma freudiano	58
5.5.2.2.	O sintoma em Lacan	66
5.5.2.3.	O sintoma como palavra dirigida ao Outro: do imaginário ao simbólico.....	67

5.5.2.4. O sintoma para além do sentido: a ausência do Outro	72
6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	75
6.1. Indicador 1: A Psicanálise no Campo Psicossocial: a construção e a conceitualização da clínica do sujeito na política do cuidado.....	78
6.2. Indicador 2 - Dispositivos Clínicos: atendimentos individuais, oficinas, grupos, espaço de convivência e reuniões de equipe	87
6.3. Indicador 3: Tratamento para o sintoma	95
6.4. Indicador 4: Psicanálise em Extensão: a aplicabilidade da psicanálise noutros campos do saber	100
7. CONCLUSÃO	102
REFERÊNCIAS.....	112
ANEXO.....	117

1. ONDE (ME) SITUO (N)À PESQUISA

Se o projeto para esta dissertação data de 2008, o meu interesse em discutir o tema existe há 9 anos, período que coincide com a minha escolha em aceitar a transferência de um ambulatório de saúde mental para um CAPS ad. Parecia que os impasses relativos à passagem do privado para o público já haviam sido equacionadas com o livro de Ana Cristina Figueiredo: *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos* (1997). Porém, o território psicossocial surge como mais um estrangeiro à psicanálise e demandou uma nova tradução. A complexidade da clínica no campo psicossocial apresenta-se pelas intervenções no espaço de convivência, nos dispositivos coletivos de trabalho, nos atendimentos individuais sem padrão de frequência e com a ausência do tradicional *setting*, no diálogo e na convivência com a equipe, na articulação com a legitimidade da garantia universal dos direitos dos sujeitos acolhidos para atendimento. Assim, foram essas circunstâncias que me fizeram entender a recomendação de Zenoni (2000), de sermos aprendizes da clínica. Portanto, é a partir desse lugar de aprendiz que propus a pesquisa sobre o fazer do analista nos CAPS e os impasses clínicos e teóricos às demandas institucionais. A investigação que tentei levar a cabo nesses dois anos testemunha o meu engajamento e o meu comprometimento tanto com a psicanálise, quanto com o projeto de reformulação da atenção em saúde mental. A escolha do método justifica-se porque, para mim, fazia mais sentido buscar saber o que meus colegas faziam e como faziam a sua prática, do que proceder uma investigação centrada, exclusivamente, no corpo conceitual da psicanálise. Nesse sentido, optei por não privilegiar uma direção de pesquisa que visasse o esgotamento dos conceitos ou a retomada histórica dos mesmos. Elegi apresentá-los a partir de recortes reconhecidos pelo campo psicanalítico e, desde esse ponto, fazê-los dialogar com a clínica. Espero que esse limite não comprometa o rigor que quis imprimir na pesquisa e que seus resultados possam colaborar no desenvolvimento e na qualificação da dimensão clínica nos CAPS, a partir da contribuição dos analistas.

2. INTRODUÇÃO

O presente estudo é fruto de uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM, cujo objetivo foi investigar a prática dos analistas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Para tanto, parte da presença de importantes especificidades ao exercício da clínica nesses contextos, devido à necessária passagem da experiência analítica do seu *setting* tradicional para os novos espaços de atendimentos institucionais oriundos da reforma psiquiátrica brasileira. Com isso, o trabalho tem propósito teórico clínico e vem posicionar-se como um esforço na direção do avanço das coordenadas que permitam qualificar a clínica realizada neste contexto, colaborando com outros processos de investigação já em andamento em diversas instituições psicanalíticas e acadêmicas.

No que diz respeito ao surgimento dos CAPS, o processo de reorganização dos serviços de saúde mental, iniciado na década de oitenta, adquire repercussão nacional e faz despontar iniciativas visando à construção de um novo formato clínico de atendimento. Em 1987, é criado o primeiro CAPS na capital paulista que, junto com os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) em Santos, serviram de inspiração para a proposição de um modelo institucional diferenciado do anterior e que vai se solidificando com a promulgação das portarias ministeriais, sendo formalmente instituídos pela Portaria/GM-336 em 2002.

Nessa perspectiva, a configuração da clínica psicossocial prevê atenção a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo cuidado diário através do atendimento de caráter multidisciplinar à população de uma determinada área de abrangência. O acompanhamento clínico está associado a projetos de reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e pelo fortalecimento dos laços familiares e comunitários, elementos essenciais ao exercício da cidadania.

Após esse período da consolidação, a proposta de mudança representada pelos CAPS já dispõe de elementos para desencadear procedimentos de pesquisas direcionados a estudar os impactos na dimensão clínica ofertada, a partir da recomposição do campo da saúde mental. De maneira geral, qualquer fórmula apresenta

uma formalização que, ao ser transposta para a sua versão prática, resulta na evidência de uma hiância entre o pensamento original e os atravessamentos na execução.

Comentando as peculiaridades dessa transição, Lerner (2006) não se abstém de reconhecer os méritos quanto aos avanços políticos no âmbito da saúde mental advindos com a reforma psiquiátrica, ressaltando, porém, a lentidão notória que essas transformações ocorrem no Brasil. O autor afirma ser possível localizar conquistas concretas nesse período como alteração, criação e execução de leis da esfera legislativa federal aos dispositivos regionais de atendimento; implementação de políticas públicas, aumento da dotação orçamentária, etc. Entretanto, segundo o autor, tais avanços não foram acompanhados pelo incremento do conhecimento técnico e científico clínicos objetivando uma maior eficácia terapêutica:

As evidências do apartamento do âmbito clínico na constituição das instituições deste campo podem ser notadas na caracterização regimental estritamente formal e descritiva da definição e funcionamento dos principais equipamentos de Saúde Mental. Ainda, é notória a falta de investimento em políticas de reciclagem e aperfeiçoamento dos profissionais engajados nos serviços de Saúde Mental, o que poderia aprimorar-lhes os instrumentos clínicos e aumentar sua eficácia terapêutica no restabelecimento dos pacientes, enfim mais bem atendidos que outrora. (Lerner, 2006, p.19).

O acima exposto torna compreensível o crescente interesse no desenvolvimento de ações investigativas que têm o propósito de identificar as nuances presentes nestes processos, de forma a elucidar os impasses e elaborar propostas de melhorias. Com a garantia do redirecionamento político e clínico, postulamos que a terapêutica formulada e executada nos serviços psicossociais deve sair do anonimato cotidiano, típico do fazer clínico no âmbito público e apresentar as particularidades inerentes a essas experiências aos diferentes segmentos envolvidos, servindo como subsídios para o aprimoramento da clínica desenvolvida no âmbito psicossocial.

Uma demonstração da existência deste movimento reflexivo e investigativo, no que diz respeito aos componentes da clínica, é identificada por Rinaldi e Alberti (2009) quando apontam que mais de 50% das dissertações do Programa de Pós Graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da UERJ resultaram em trabalhos de pesquisa sobre a clínica em diferentes espaços institucionais, inclusive naqueles concernentes ao campo específico dos serviços de atenção psicossocial, como os CAPS. As temáticas envolvidas interrogam os efeitos da psicanálise quando articulada com os aspectos da estrutura institucional, como os dispositivos diferenciados de atendimento, a particularidade das demandas, a relação com a gestão pública e o caráter político da

relação clínico institucional bem como as intervenções no modelo multidisciplinar proposto pela clínica psicossocial.

No que concerne a psicanálise, enfatizamos a possibilidade de um encontro fecundo entre seus postulados e aqueles relativos à Reforma Psiquiátrica, aproximação defendida por Ribeiro (2005), que salienta a presença de afinidades entre os dois discursos, na medida em que ambos “partem do pressuposto ético de que o louco é um indivíduo com voz, capaz de dizer sobre si mesmo”, evocando a concepção de que a loucura não é uma doença a ser curada, mas uma produção plena de sentidos que deve ganhar, no âmbito do sujeito, um lugar de existência subjetiva e territorial. Essa direção requer, segundo a autora, a criação de dispositivos clínicos que viabilizem a inscrição desse ser no mundo em que vive, tarefa que os analistas podem efetivamente contribuir.

Lembremos de que, por longo tempo, a presença de psicanalistas nas instituições foi vista com desconfiança e preconceito. Interrogava-se sobre a qualificação e pertinência do parâmetro clínico psicanalítico neste contexto, sugerindo sua incompatibilidade com aquilo que constituía as bases sociais e políticas do repertório reformista, ou seja, era vista como uma clínica que privilegiava a relação do indivíduo e sua intimidade, na qual o psicanalista intervinha passiva e discretamente. Por parte da comunidade analítica, a objeção à participação no cenário institucional esteve associada à dificuldade dos analistas em compartilhar com outros profissionais as discussões sobre a qualidade dos fenômenos psíquicos, interpretados e determinados, exclusivamente, pela ótica freudiana. Além disso, consagrava-se a crença de que somente o *setting* do espaço privado garantiria as condições para um tratamento analítico.

A fim de preservar a abertura do campo psicanalítico para outros contextos e para outras formas de atendimento, destacamos que as formulações da experiência psicanalítica propostas por Freud, destinavam-se a pacientes neuróticos e requeriam condições que não são encontradas no ambiente institucional. A passagem do privado ao público, a inclusão da instituição e de novas estruturas psíquicas no campo de ação do analista, distanciam-se do enquadre privado e individual que o caracterizava, constatação que demanda uma apropriação dos dispositivos de tratamento, tanto no nível clínico, quanto no viés conceitual.

Diante disso, consideramos que a entrada da psicanálise no contexto das instituições de saúde mental incorpora às políticas públicas uma modalidade clínica que tem o sujeito, concebido como um ser de fala, a partir da qual sua singularidade se

manifesta. A preservação ou priorização do viés subjetivo se materializa em diferentes mecanismos de trabalho clínico, não se colocando em oposição ao viés institucional ou nas formas de intervenção que têm no coletivo sua proposta de intervenção. Por conseguinte, consideramos que a inclusão da instituição apresenta-se como um importante fator diferencial na produção e ordenação dessa inserção clínica.

Assim, considerando o cenário institucional, os analistas não devem incorrer no erro de negligenciar a relevância que as particularidades da prática adquirem neste contexto. Se Freud (1912), ao falar sobre sua clínica, nomeia de “recomendações” os procedimentos que faz na condução de um tratamento, não o faz para liberar o analista do trabalho de estabelecer o rigor e a pertinência das mesmas ao campo analítico. Pelo contrário, a posição de Freud é de ratificar que esta é uma exigência endereçada a cada analista ao se propor ao exercício da psicanálise no espaço privado e nas diferentes configurações que poderia incluir a proposta analítica.

Ressaltamos que não se trata de criar novos conceitos para garantir o selo analítico, mas de um apelo ao esforço de situar a especificidade do fazer analítico, posição compartilhada por Quinet (2009) quando lembra de que o particular da psicanálise não está no formalismo prático, mas sim no rigor de uma ética que é particular ao ofício do analista. Neste sentido, o analista compromete-se com o balizamento do seu trabalho a partir de determinadas categorias conceituais, sem confundir-se com a submissão a procedimentos protocolares distantes da clínica psicanalítica.

Dessa forma, propomos uma pesquisa que visa os dispositivos clínicos propostos nos CAPS, a partir da inserção institucional de um analista, sabedor da necessidade de escapar da reprodução da prática privada e do cuidado de evitar a diluição de sua práxis nos meandros assistenciais e políticos. A consolidação dessa clínica tem muito a ganhar com a disponibilidade de se colocar como objeto de pesquisa, cujos resultados permitirão a formalização das dificuldades, dos impasses e dos avanços, servindo de subsídios para os segmentos envolvidos direta ou indiretamente na sua implantação. Com isso, inseridos e partícipes da dinâmica institucional, os analistas vêm-se impelidos a colocar em prova a expansão da técnica psicanalítica, entendendo que sustentar o desejo do analista, não exige o apagamento das diretrizes de assistência oriundas da reforma psiquiátrica e orientadoras da clínica na saúde mental.

Visando o cumprimento desta finalidade iremos recorrer aos conceitos psicanalíticos de sintoma e ética para fundamentar as elaborações clínicas que os

analistas propõem como viáveis nos CAPS, considerando o lugar que ambas assumem na direção de um tratamento psicanalítico. Essas categorias conservam especificidades quando manejadas a partir da perspectiva da psicanálise e permitem, no nosso entendimento, uma elaboração clínica rigorosa para o fazer do analista nos CAPS.

3. OBJETIVO GERAL

Investigar as atividades realizadas por psicanalistas, atuando nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), interrogando-os sobre o modo como articulam os princípios da psicanálise criada por Freud e estendida por seus contemporâneos, com os diferentes protagonistas e as variadas demandas institucionais, a partir de novas propostas de intervenção: grupos, oficinas, atendimentos individuais, de urgência, espaços de convivência, reuniões de equipe.

3.1. Objetivos específicos

- Conhecer e problematizar as diferentes modalidades de intervenção clínica conduzidas por analistas em CAPS.
- Destacar, nas diferentes propostas clínicas, a presença de elementos mínimos para a configuração de práticas clínicas que se designem analíticas;
- Refletir sobre as conseqüências clínicas e teóricas da aproximação da psicanálise com o campo psicossocial a partir do modelo CAPS, destacando limites e possibilidades;
- Estimular o debate a respeito do exercício da psicanálise no âmbito institucional.

4. MÉTODO

Este capítulo objetiva apresentar, fundamentar e descrever o método que orienta a execução deste trabalho de pesquisa, ou seja, pretende apresentar quais os procedimentos tomados pelo pesquisador visando à realização da pesquisa.

4.1. Fundamentos teóricos da proposta

A entrada do discurso freudiano no contexto universitário revela-se um importante avanço do campo psicanalítico. Desde Freud, a relação entre ambos manifestou-se pela tensão recíproca e pela ausência de uma disponibilidade efetiva e aberta para o debate acerca das diferentes nuances que caracterizam a psicanálise, enquanto método clínico e teoria.

Diante desse contexto, os analistas, especialmente aqueles participantes do universo acadêmico, buscam intervir na tensão existente entre o método de pesquisa específico da psicanálise e as possibilidades de sua representação e inscrição no universo formalizado da ciência. Essa influência começa a ser notada com a presença da teoria psicanalítica nos conteúdos formativos de cursos de graduação e, mais, recentemente, avançando para os programas de pós-graduação em mestrado e doutorado, conforme observado por Mezan (2002). Para o autor, apesar das exigências formais observadas no cenário acadêmico, este apresenta um ambiente arejado e menos opressor que aqueles encontrados nas instituições psicanalíticas, pautando nos psicanalistas o desejo de interrogar a competência dos mesmos sobre os métodos de pesquisas que propõe.

Com isso, um novo desafio apresenta-se aos analistas: a necessidade de produzir pesquisas que coadunem os procedimentos investigativos, tanto com a demanda acadêmica dos cursos, quanto com a particularidade do *corpus* psicanalítico. Esse processo impõe ao pesquisador-analista o trabalho inicial de compreender e identificar o conjunto de enunciados que estabelecem as condições de materialidade de sua pesquisa de forma a ser apresentada dentro da formalização científica, mas mantendo o cunho psicanalítico.

Esta posição defende a legitimidade das pesquisas conduzidas para além da clínica psicanalítica individual, que toma como objeto de estudo as situações ocorridas

na relação transferencial que envolve analista e analisante no *setting* convencional. Na especificidade da pesquisa desenvolvida e descrita na dissertação, pretende-se contemplar essa dupla vertente: a de sustentar a especificidade dos dados obtidos pelos analistas entrevistados individualmente e, ao mesmo tempo, propor as conclusões para a comunidade psicanalítica como fonte de debate. A proposta de ampliação do procedimento ratifica pesquisas que, como esta que propomos, visa à investigação de uma realidade distinta daquela considerada padrão, mas que, pleiteia demonstrar que o alicerce de sua prática ancora-se no corpus psicanalítico. Novamente, citamos Mezan (2002):

Em resumo: na categoria extramuros cabem diversos tipos de trabalho, todos eles tendo em comum a característica que aponte atrás: a elucidação do problema escolhido não visa diretamente uma intervenção terapêutica. Variam os métodos de colher os dados - entrevistas, pesquisa em textos, descrição de um fato social ou cultural - mas a partir de um certo ponto a tarefa do autor é idêntica em todos os casos: construir, a partir de uma análise do material que ainda não é psicanalítica, mas formal e de conteúdo, uma questão psicanalítica. Deste ponto em diante, trata-se (como nas teses voltadas para questões mais clínicas) de buscar os conceitos para definir esta questão, de explorá-la em várias direções, de montar uma hipótese e sustentá-la, de a ilustrar com exemplos apropriados - em suma, de redigir uma tese como qualquer outra (p. 428)

Mesmo prevendo algumas dificuldades neste empreendimento, Mezan (2002), reafirma estes parâmetros, indicando que pesquisar significa identificar um problema, armá-lo com os dispositivos conceituais apropriados, acessar a literatura relativa e fazer o tema avançar. De acordo com o autor, a investigação psicanalítica é relativa ao modelo qualitativo por trabalhar de maneira aprofundada os casos em questão, na medida em que o mergulho à singularidade permite extrair do caso, tanto aquilo que lhe é exclusivo, quanto àquilo que é compartilhável com os outros, adquirindo o status de um caso exemplar. De acordo com o autor citado, uma boa pesquisa em psicanálise evidencia sempre o plano da especificidade e o da generalidade, independentemente do material que serve para a investigação.

Nessa direção, percebe-se um estímulo para a produção de pesquisas qualitativas nos programas acadêmicos, acarretando um aumento das mesmas, a partir dos projetos de estudo inseridos nos diferentes níveis de formação, especialmente, aqueles vinculados às disciplinas que compõem as ciências humanas, segundo Turato (2005). O autor descreve o contexto para o qual se voltam os pesquisadores qualitivistas, indicando ser o mesmo em que o próprio fenômeno se desenvolve. O desenvolvimento

de metodologias para a área da saúde, como as de cunho antropológico e psicanalítico caracterizam-se por se interessarem por aquilo que está para além do fenômeno, indo ao encontro das significações individuais ou coletivas atribuídas ao mesmo, justamente por tomar como premissa que o significado atribuído e construído pelos sujeitos da pesquisa revela sua função estruturante no humano.

O autor apresenta o método clínico-qualitativo, justificando ser um refinamento dos métodos qualitativos genéricos, porém voltados para o *setting* da saúde, que é caracterizado por ser:

Aquele que busca interpretar os significados- de natureza psicológica e complementarmente sociocultural-trazidos por indivíduos (pacientes ou outras pessoas preocupadas ou que se ocupam com problemas de saúde e sujeitos da comunidade) acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo das problemáticas da saúde-doença (p.510).

Na apresentação que faz entre as diferenças e similaridades entre os dois métodos de pesquisa, Turato (2005) inclui as ocorrências do campo psicanalítico dentro do universo qualitativo, citando Freud como um de seus representantes. Por fim, define algumas particularidades desta concepção:

- o projeto de investigação encontra-se aberto no decorrer da própria experiência;
- os procedimentos são ajustáveis e não totalmente definidos *a priori*;
- o pesquisador é o instrumento que desencadeia o estudo;
- a amostra é intencionada e busca sujeitos escolhidos que representam uma determinada característica;
- a apresentação dos resultados é feita com uso de observações de campo e com citações literais dos entrevistados;
- a construção teórica inicial é, no mínimo, ampliada, reformulada, buscando a construção de conceitos;
- a validação é feita pelo leitor/pesquisador.

Portanto, a pesquisa acadêmica, operacionalizada a partir do método psicanalítico, visa alcançar, por meio de entrevistas e vinhetas clínicas, elementos que não se circunscrevem apenas na qualidade da resposta ou na obtenção de um padrão mensurável, mas considera que, a partir das evidências presentes na fala do entrevistado, é possível aproximar-se das construções por ele realizadas e dos obstáculos à resposta. Essa concepção, consonante com a ótica psicanalítica, ressalta a

impossibilidade da circunscrição total do objeto investigado e reconhece a linguagem como acesso mediador de aproximação.

Guerra (2001) argumenta que a produção de saber é uma tentativa de dar conta do real, fazendo-o deslocar-se a cada novo postulado ao deparar-se com os pontos limites e inapreensíveis. De acordo com a autora, esse esforço operacionalizado no campo da ciência, também move a pesquisa psicanalítica e seu resultado é a promoção e a construção de idéias que tendem a fixar sentidos e verdades, permitindo, assim, a leitura provisória do real a partir do campo simbólico agenciado pela linguagem. No campo psicanalítico, a especificidade desse movimento é introduzida nas operações metodológicas que não visam à apreensão do objeto investido como objeto a. Neste sentido, a proposta metodológica da pesquisa é coerente com a estrutura da clínica psicanalítica ativada pela lógica da rede discursiva determinada pela flutuação do sujeito na cadeia discursiva.

Birman (1994) e Elia (2000) ratificam o entendimento de que o processo da pesquisa em psicanálise envolve o pesquisador e a cena investigada como parte do próprio estudo, considerando que a fala que surge entre ambos não se dá na exterioridade da transferência, mas junto à mesma. Essa leitura, rigorosamente freudiana, postula que este mecanismo se demonstra no próprio campo da pesquisa devendo ser levado em conta no levantamento que se faz dos elementos para a análise das entrevistas e direção da pesquisa. Com isso na perspectiva proposta por Elia (2000), toda pesquisa em psicanálise seria clínica, independente de ocorrer na privacidade do consultório ou na diversidade dos locais institucionais. O caráter clínico destes ensaios seria outorgado, de acordo com o autor, por obedecer à lógica inconsciente, implicar à transferência e não partir de um saber prévio a ser verificado (p. 24). Nesse caso, nossa pesquisa fez uso desses elementos como indicadores a serem acompanhados no transcorrer da fala dos entrevistados, reconhecendo suas presenças como marcas orientadoras na condução das entrevistas.

Assim, a pesquisa em psicanálise compõe o universo dos estudos que fazem uso do método qualitativo, quando decide avançar no esclarecimento, elucidação e ampliação dos seus objetos de interesse amparados na lógica descrita acima. Dessa forma, consegue superar importantes obstáculos que deixavam a forma de pesquisa conduzida pelos psicanalistas à margem do mundo acadêmico, outorgando aos analistas o espaço público necessário para o compartilhamento de seus achados e postulados, mecanismo inerente a toda e qualquer pesquisa responsável.

Por fim, sabemos que uma pesquisa qualitativa qualquer, inclusive a de natureza psicanalítica, parte da formulação de um problema visando à sua elucidação com a conseqüente produção ou complexificação de um conhecimento quando investigado a partir de novos elementos. Ora, é justamente esse o movimento que encontramos na obra de Freud o qual serve de inspiração para seguirmos adiante nesta investigação clínica e teórica da clínica psicanalítica desenvolvida nos CAPS.

4.2. Participantes do estudo

O estudo foi composto por nove psicanalistas integrantes de equipes de CAPS, cinco deles em CAPS situados no Rio Grande do Sul e quatro no Rio de Janeiro, que responderam aos critérios de inclusão, sendo que a entrevista com um destes foi utilizada como piloto, não sendo incluída na análise dos dados.

P0- (entrevista piloto). Psicanalista, graduação em Psicologia. Trabalha 8 anos no CAPS II. Membro de instituição psicanalítica.

P1-Psicanalista, com curso de graduação em Psicologia. Trabalha a seis anos no CAPS ad. Membro de instituição psicanalítica.

P2-Psicanalista, com curso de graduação em Psicologia. Trabalha no CAPSi a 3 anos, Mestrado em Psicanálise. Membro de instituição psicanalítica.

P3-Psicanalista com curso de graduação em Psicologia, mestrado em Psicanálise. Trabalha no CAPS ad a 3 anos. Sem vinculação institucional no momento da pesquisa.

P4-Psicanalista com curso de graduação em Psicologia, mestrado em Psicanálise, especialização em Saúde Mental. Trabalha no CAPS II a 11 anos. Membro de instituição psicanalítica.

P5-Psicanalista com curso de graduação em Psicologia. Trabalha no CAPS II a 10 anos, mestrado em Letras. Membro de instituição psicanalítica.

P6-Psicanalista, com graduação em Psicologia. Trabalha a 8 anos no CAPSi. Membro de instituição psicanalítica.

P7-Psicanalista com curso de graduação em enfermagem, Mestrado em Psicopatologia e Psicanálise. Trabalha em CAPS II a 10 anos. Membro de instituição psicanalítica.

P8-Psicanalista com curso de graduação em Medicina, residência em Saúde Comunitária e Psiquiatria. Trabalha no CAPS II a 10 anos. Membro de instituição psicanalítica.

4.3. Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo são os seguintes: (a) contar com uma prática clínica em CAPS II, ad, i ou CAPS III no Rio Grande do Sul ou Rio de Janeiro, (b) ter prática de no mínimo dois anos de trabalho e (c) ao menos uma apresentação pública (livro, artigo, palestra, pôster ou intervenção oral em jornadas e congressos), com tema que contemple psicanálise e CAPS.

4.4. Procedimentos

Após a definição do projeto de pesquisa, o mesmo foi encaminhado para o comitê de ética da Universidade Federal de Santa Maria para sua inscrição no Sisnep e os demais registros necessários para o desenvolvimento da pesquisa. A escolha geográfica dos entrevistados foi determinada pelo interesse em retratar e estudar a situação da clínica psicanalítica nos CAPS no Estado de onde esta pesquisa se originou (RS). Para alcançar esse fim, elegemos como referência o Guia de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, ano 2008. No caso do Rio Grande do Sul, a opção pelo anuário considerou que a utilização de uma publicação oficial configura um importante critério de demarcação da amostra.

Nesse anuário, estão registrados 112 CAPS, sendo 52 CAPS I, 34 CAPS II, 16 CAPS ad (álcool e drogas), 9 CAPS i (infância) e 1 CAPS III em diferentes municípios gaúchos. Descartando os 52 CAPS I, restaram 58. Para chegar ao número final de participantes, ocorreu uma primeira delimitação a partir da segmentação dos CAPS. Optou-se por direcionar a escolha dos participantes apenas para aqueles que trabalham em CAPS II e III. Esta decisão baseou-se na previsão de que tais unidades de saúde são instaladas com equipes mínimas de atendimentos maiores que a dos CAPS I, indicando uma possibilidade maior de encontrar psicanalistas em seu quadro funcional.

Com essa primeira demarcação iniciamos contato telefônico com os serviços buscando saber da presença de analistas na composição das equipes. Quando encontrados, fez-se uma breve apresentação da proposta e, em seguida, um convite para participação como entrevistado. Esta conduta foi seguida até esgotarmos a amostra dos CAPS que havia sido definida e da qual resultaram cinco analistas que contemplavam todos os critérios de participação, sendo um deles indicado para a entrevista piloto.

Ao final deste primeiro levantamento, concluímos que o total de analistas encontrados (cinco) representava um número limitado para nosso propósito. Com isso, optamos por incluir um novo grupo com a intenção de enriquecer os dados a serem analisados. A escolha recaiu para os CAPS situados no Rio de Janeiro, opção que levou em consideração a produção teórica mais expressiva e qualitativamente diferenciada sobre o tema, a qual envolvia analistas pesquisadores desse estado. Assim, para os CAPS situados na cidade do Rio de Janeiro, a escolha dos participantes ocorreu através de contato telefônico aos serviços e por indicação dos mesmos, mantendo os critérios estabelecidos, até alcançar quatro participantes, atingindo, assim, um número total de nove analistas. Esse conjunto pareceu suficiente para atingir o objetivo de identificar a variabilidade clínica na prática analítica nos CAPS.

Os participantes da pesquisa foram contatados pelo pesquisador por e-mail ou telefone e com a concordância dos mesmos e autorização dos Serviços foram agendados dia e horário para a realização da entrevista, de acordo com a disponibilidade do participante, considerando um tempo em torno de 60 minutos.

A primeira entrevista realizada com analista do Rio Grande do Sul serviu como piloto, procedimento cuja intenção foi promover o contato do pesquisador com a experiência da entrevista a fim de se analisar a viabilidade do instrumento para os nossos fins.

Foi solicitada aos participantes uma autorização para gravação da entrevista, procedimento que favoreceu a transcrição posterior e ampliou as condições de escuta, interpretação e análise das falas. No decorrer do processo de análise dos dados, os nomes dos participantes da pesquisa foram modificados, utilizando-se somente a letra P para denominar participante e um número arábico que representará a ordem da realização das entrevistas (exemplo P1- Participante 1). Tal escolha objetivou garantir o anonimato das pessoas, conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme resolução 196/96.

A entrevista foi composta de duas partes: a primeira teve a função de registrar dados sócio-demográficos importantes para a análise dos resultados; a segunda parte foi conduzida a partir de eixos norteadores (anexo A) com questões específicas relacionadas ao tema, tendo o cuidado de se garantir, no decorrer da entrevista, a incorporação de conteúdos não previstos, trazidos pelo interlocutor quando apresentava relevância para o estudo.

É importante destacar, quanto às questões éticas, que as gravações das entrevistas e as transcrições dos depoimentos ficarão de posse do pesquisador por um período de cinco anos, em arquivo, sob a responsabilidade da Prof^a Dr^a Claudia Maria de Sousa Palma junto ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade de Santa Maria, situado na Rua Floriano Peixoto, 1750, sala 321, sendo, após este período, incinerados.

4.5. Instrumento

O estudo tem abordagem qualitativa e é composto de entrevistas semidirigidas, a partir das quais o pesquisador buscou conhecer, junto aos participantes, a maneira como trabalham, como pensam a clínica no cenário institucional, como articulam os fundamentos psicanalíticos com as demandas institucionais, fazendo-os apresentar suas idéias, sua apropriação conceitual, seus questionamentos, suas certezas e seus limites, a fim de subsidiar, posteriormente, a interpretação e análise do material obtido. O roteiro encontra-se em anexo.

4.6. Análise dos dados

A análise dos dados contemplou a produção singular, visando um modo de apresentação dos dados que permitisse a interlocução com elementos estruturais da teoria que permeia as práticas dos analistas. Segundo Sampaio (2006) a pesquisa psicanalítica pode ser considerada qualitativa porque se produz a partir do encontro das singularidades entre o pesquisador e o pesquisado, cujos resultados podem avançar em direção do debate com o caráter universal presente em seus achados. Nesse caso, a recontextualização que a pesquisa sofre, de passar do âmbito singular para o contexto mais amplo, se faz pela extensão dos resultados à teoria. Neste caso, o universal em questão responde pela teoria psicanalítica, em especial pelas contribuições de Freud,

Lacan e pelos analistas contemporâneos envolvidos com o aprofundamento das questões que envolvem o fazer clínico nos CAPS.

Inicialmente, a formalização da produção singular apoiou-se na transcrição das entrevistas. A etapa posterior de exploração do “texto” das entrevistas consistiu em elencar e agrupar os elementos discursivos que indicavam a articulação feita pelo participante entre a psicanálise e sua incidência nos dispositivos que realizava no CAPS. Essa etapa foi guiada por operações de destaque dos elementos e seu agrupamento em dois grupos, levando em consideração se o conteúdo evocava a presença ou a ausência de elaboração teórica do mesmo.

Sobre isto, reafirmamos a posição de Mezan (2002), para quem, nesse momento, ainda, não há uma questão analítica produzida pelo pesquisador que deverá ser formulada no transcorrer dessa fase do trabalho. Assim, o recurso para a análise dos dados, extraiu das narrativas, qualquer elemento que, *a posteriori*, serviu para que a entrevista pudesse ser explorada, ilustrada e interrogada sobre sua pertinência ou não ao campo psicanalítico nos diferentes momentos da análise dos dados. Concluída essa fase, o que surgiu como questão psicanalítica foi à verificação de como o corpo conceitual psicanalítico aparece articulado com o fazer clínico, a partir do modo como o analista se posiciona (ética) nas diferentes modalidades de intervenção, as quais funcionam como resposta ao estatuto de sintoma. Com isso, indica-se que a tarefa do pesquisador comporta um cunho de interpretação ao conteúdo presente nas entrevistas pela apropriação das narrativas que são convertidas em material de análise e na qual está incluído o que está dito claramente e todas as outras formas de dito que podem expressar uma hiância entre o que se faz e o que se diz.

Assim, os feixes discursivos colhidos das falas dos entrevistados distribuíram-se em dois grupos. No primeiro caso, elegemos indicadores na fala, a partir dos quais foi possível identificar os significantes-mestres de sua prática, em especial aqueles pontos cujo pertencimento parecia ajustar-se, exclusivamente, à clínica da reforma ou a outra lógica de assistência diferenciada da proposta analítica. No conjunto oposto, inserimos recortes das narrativas que sugeriam a presença de um analista em seu ato nos diferentes dispositivos em que está inserido nesse contexto, tendo em consideração que esta se funda no exercício de uma prática mediada por uma ética particular que concebe o sujeito na sua determinação inconsciente e na sustentação da emergência deste sujeito.

Cabe salientar que o presente estudo não foi originado na intenção de verificar a qualidade do analista, não tendo, portanto, nenhum caráter de avaliação ou autorização

às práticas por ele realizadas. Nesse sentido, embora essa perspectiva se faça presente em qualquer relação de pesquisa que põe o sujeito a falar de si e de sua prática, inferimos que a incidência de efeitos decorrentes do aspecto avaliativo, como mecanismo defensivo, não obstaculizou a fala dos entrevistados de maneira decisiva e, quando manifestadas, fizeram parte da própria análise dos resultados, sem, com isso, destituir o valor dos dados obtidos. Diante disso, podemos afirmar que o conteúdo obtido, com as entrevistas, proporcionou material significativo e suficiente para a intenção da pesquisa, confirmando que a escolha desse recurso foi apropriada.

Por fim, espera-se que os resultados deste estudo fortaleçam as práticas clínicas realizadas nos CAPS, objeto desta pesquisa. Esta intenção parece exequível na medida em que acreditamos que o conhecimento advindo deste trabalho pode representar uma contribuição nas discussões realizadas sobre os temas, nos diferentes espaços clínicos-institucionais em que podemos verificar a presença de analistas.

4.7. Cuidados éticos com a pesquisa

Quanto aos cuidados éticos, pode-se dizer que foi cumprida a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/ Resolução 196/96), a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em duas vias, sendo também assegurada a confidencialidade acerca dos dados coletados. Esta pesquisa foi registrada no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde da UFSM e no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFSM.

4.8. Riscos e Benefícios da pesquisa

O estudo não apresentou riscos diretos aos participantes da pesquisa, porém se tivesse causado algum desconforto ao entrevistado, seria disponibilizada uma nova oferta de entrevista.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. A invenção do dispositivo freudiano no âmbito público.

Entre o final do século XIX e início do século XX, o mundo acompanhou Freud na sua apresentação da psicanálise. O sintoma neurótico, marginalizado pela ciência médica, ganhava legibilidade e legitimidade através da *talking cure*, permitindo que o enigma histérico inscrito no corpo fosse interpretado pela palavra a partir do endereçamento transferencial aceito por Freud. Com tal atitude e risco, Freud desloca a histeria do lugar da encenação para a assunção do desejo recalcado e estabelece, a partir de sua obra, parâmetros que definem e qualificam o método psicanalítico. A experiência freudiana pressupõe, portanto, uma nova causação do sujeito para além do biológico que, a partir de então, fica relativa ao inconsciente, conceito que adquire a marca freudiana. A introdução do inconsciente, desvelado como a “outra cena”, demonstra a sobredeterminação de nossos atos para além da consciência, presença que se demonstra a partir de uma lógica particular que se evidencia nas suas formações: sonhos, atos falhos, chistes, sintoma, resultando na instauração de uma nova forma de interpretação e abordagem clínica para as manifestações neuróticas.

Tal ruptura faz sobressair um sujeito que só pôde surgir a partir da invenção do dispositivo freudiano. Barros (1993) descreve o dispositivo analítico como sendo algo relativamente simples: “alguém que se dispõe a ser o analista, um sujeito que, impelido pelo seu sofrimento, aceita dizer o que lhe passar pela cabeça, uma certa regularidade nos encontros entre os dois, e as palavras, os significantes que não pertencem a ninguém” (p.232).

A preocupação sobre a adequação do método clínico às formulações teóricas mostra-se viva em todo o percurso freudiano, explicitadas no decorrer de sua trajetória, nas reformulações que efetiva para responder aos impasses clínicos e teóricos advindos do cotidiano da prática. Como exemplo, podemos citar o abandono da técnica hipnótica em favor da associação livre, a indicação da atenção flutuante ao analista, a validação da escuta com uso do divã, experimentações sobre a duração de um tratamento e sobre a formação de um analista, remanejamentos convenientemente realizados visando à permanência da técnica analítica como recurso terapêutico válido.

Sem dúvidas, interessava a Freud demarcar o campo psicanalítico no interior do movimento que estava fundando, ao mesmo tempo em que aspirava obter o

reconhecimento do conjunto teórico e clínico que estava construindo, por parte da comunidade científica e da opinião pública. Essa pretensão é traduzida em textos como “Cinco ensaios sobre a psicanálise (1909), “A história do movimento psicanalítico (1914), “A questão da análise leiga” (1926), “Novas conferências sobre a Psicanálise (1932)”, dentre outros escritos destinados à elucidação dos meandros da sua teoria e que serviam, simultaneamente, como respostas às críticas que rejeitavam parcial ou totalmente suas contribuições.

Nesse sentido, procede, sistematicamente, a descrição e fundamentação da sua técnica, indicando-a como método de tratamento para as formas crônicas de histeria, estados obsessivos e similares. Ao mesmo tempo deixa clara a restrição quanto à aplicabilidade do processo analítico à psicose, conforme o texto “Sobre a psicoterapia” (1907), mas, sugere a viabilidade do procedimento, desde que novos estudos e desenvolvimentos clínicos sejam realizados. O pronunciamento abaixo denota o caráter receptivo e a disposição de reavaliação e reformulação da psicanálise na ocorrência de avanços que viessem a ocorrer no futuro:

Psicoses, estados de confusão e depressão profundamente arraigadas (poderia dizer tóxicos) não se prestam, portanto, a Psicanálise, pelo menos não para o método que vem sendo praticado até o presente. Não considero de modo algum impossível que, mediante modificações adequadas do método, possamos ser bem sucedidos em superar essa contra-indicação- e assim podermos iniciar uma psicoterapia das psicoses ((Freud, 1907/1995, p.274).

Nessa direção, o texto “*Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica*” (1919) é emblemático, pois nele encontramos Freud antecipando o alcance de suas descobertas em que, cedo ou tarde, seriam incluídas como um possível recurso terapêutico em instituições públicas. Essa inserção se daria pelo mérito da técnica psicanalítica e pela constatação da enorme quantidade de miséria neurótica junto à população em geral. Com isso, médicos preparados, juntar-se-iam a outros profissionais que, de forma gratuita, prestariam atendimento em centros clínicos para pacientes externos de camadas sociais mais amplas, acometidos por graves sofrimentos psíquicos. Coerentemente à sua história de pesquisador e clínico, Freud antevê o desafio de reinventar a psicanálise para fazê-la sobreviver a essa situação:

Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar nossa técnica às novas condições (...). No entanto, qualquer que seja a forma como essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados a psicanálise estrita e não tendenciosa (Freud, 1919, p. 181).

A trajetória teórica e clínica, empreendida por Freud, revela, precisamente, que os temas inscritos no atual campo da atenção psicossocial, como as psicoses, as toxicomanias, neuroses graves, alcoolismo e os quadros severos na infância e adolescência, não recebiam, nestas circunstâncias, sua anuência para o tratamento psicanalítico convencional. Dessa forma, a presença de analistas nos novos serviços, como os CAPS, impõe aos mesmos a responsabilidade de efetuar as modificações adequadas do método conforme assinaladas por Freud, levando em conta a passagem do privado para o público, a ampliação do universo de pessoas para as quais o tratamento analítico recebe indicação e o trabalho desenvolvido em comunhão com outros profissionais. Nesta perspectiva, é necessário enfatizar a centralidade que o âmbito institucional ocupa nos tratamentos oferecidos junto aos CAPS, consagrando ao próprio espaço de convivência um caráter terapêutico e campo profícuo e efetivo de intervenção.

5.2. Os preceitos da Reforma Psiquiátrica na formulação da clínica psicossocial

Para compreender o alcance das inovações presentes no atual campo da saúde mental, a partir do redimensionamento causado pelas ações da Reforma Psiquiátrica, é necessário situar o lugar que a instituição ocupou no modelo anterior, caracterizado como médico e sintomatológico. Tenório (2001) destaca que a leitura do sintoma, nesse contexto, opera subordinada ao paradigma médico com ênfase na supressão e combate ao sintoma cuja terapêutica visa o *silêncio dos órgãos*. Nesse caso, a fala ofertada pelo paciente ao médico, é recebida como conteúdo a ser inventariado, com vistas à proposição de condutas, já definidas *a priori*. Como é possível perceber, a finalidade do tratamento é a adequação das fórmulas clínicas antecipadamente estabelecidas ao sintoma referido pelo usuário, encaminhamento que tem em seu bojo, a subtração do arranjo singular que se produz entre sujeito e sofrimento.

O fundamento desse modelo de atenção concede à doença mental o status de objeto para o qual se dirige a intervenção e localiza no hospital a esfera institucional adequada para a ação realizada pelo médico, agente principal desta mediação clínica. Essa tendência é registrada por Foucault (1963/2008) como uma das marcas da clínica no mundo ocidental, recordando que a atribuição curativa que a estrutura hospitalar recebe a partir do século XVIII, se faz mediante um *a priori* de isolamento social dos

doentes. Esse procedimento ocorre na forma de internação e se respalda na interpretação de que tal ato é condição necessária para a isenção na investigação, pesquisa e tratamento dos fenômenos mentais. Portanto, é possível afirmar que a exclusão e a degradação dos pacientes que se promoveu, posteriormente, no ambiente hospitalar, não estavam contidas no projeto original desta modalidade de tratamento.

O contexto acima descrito, característico do modelo asilar-manicomial, foi o alvo de contestação por parte dos movimentos reformistas de saúde mental que o desqualificaram como ferramenta terapêutica situando-o, muito mais, como instrumento de exclusão dos pacientes e cronificação da doença. Um inovador modelo clínico institucional é proposto em substituição ao projeto anterior que estava centrado nos manicômios e na perda da emancipação civil. A nova fórmula é concebida com reformulações significativas sobre o projeto terapêutico, mas a instituição conserva um lugar importante no tratamento, ou seja, o espaço coletivo antes fechado e excludente converte-se em aberto e interativo, permanecendo como decisivo na sua função de intervir na preservação do laço social dos usuários.

Para Tenório (2001), este novo aparato institucional deve ser um local no qual possamos perceber a presença e a valorização de elementos que fomentem a vida, circunstância que inclui elementos como heterogeneidade, acolhimento e respeito à singularidade. Dessa forma, acredita o autor, o paciente ficará inclinado a habitar esse espaço, projetando permanecer em acompanhamento por longo tempo. Em síntese, é imprescindível que a frequência aos lugares institucionais que ofertam tratamento, faça algum sentido para os pacientes, conclui o psicanalista.

Como podemos notar, este engajamento corresponde à construção de um novo lugar para a assistência em saúde mental. Entretanto, segundo Amarante (2009) para esse avanço ser validado é imprescindível que as reformas possam ir além das mudanças acessórias, supérfluas e cosméticas costumeiramente associadas à palavra “reforma”. Para ser fidedigno ao projeto original de transformação, o engajamento deve ter claras, as categorias que forjaram seu surgimento, e que, são localizadas pelo autor como “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias, o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma psiquiátrico” (p.87). Para validar esta ruptura e garantir o estabelecimento de uma tipificação clínica inovadora é essencial o provimento de uma prática baseada nos pressupostos intrínsecos da dimensão instauradora do campo

psicossocial, definidas como autonomia, cidadania, co-responsabilização, território, acolhimento, trabalho interdisciplinar, cuidado, dentre outros.

Sem dúvidas, a nova clínica mostra-se mais maleável e aberta, incorporando as vicissitudes da existência humana na compreensão da loucura que, a partir de então, são interpretadas pelo atributo da complexidade na qual o sujeito é voz viva. Nessa leitura, a lógica de assistência ancora-se em versões teóricas e clínicas diversificadas que terão como fio condutor a Reforma Psiquiátrica. O resultado disso é a inclusão de novos profissionais e a produção de estratégias e intervenções seguindo uma concepção de sujeito, que preconiza a presença do viés político e clínico na própria ação. Nesse sentido, Tenório (2001) esclarece que, se a psicose envolve uma questão de existência, ela diz respeito ao sujeito, não sendo apenas uma doença, mesmo que haja variações na aceção de sujeito. A interpretação a que visa o autor traz em seu bojo a necessidade de criar estratégias de tratamento e cura que considerem as dificuldades inerentes dessa forma de existência no mundo, para além da constelação psiquiátrica.

É interessante lembrar que foi a contestação dos tratamentos para a loucura, o mote gerador da perspectiva psicossocial. Essa vicissitude explica o fato dos CAPS constituírem-se, primeiramente, como estratégias criadas para o acolhimento de pacientes psicóticos e, somente mais tarde, deflagrando a oferta destes serviços inclusivos à população infanto-juvenil e aos usuários de álcool e outras drogas, segmentos que, historicamente, encontravam-se excluídos das políticas públicas de saúde. Com isso, será pela via da loucura que os analistas irão iniciar sua inserção neste segmento, introduzindo sua forma peculiar de pensar e tratar os sujeitos e seus padecimentos.

Nesse momento é conveniente definir que a população que acessa a rede de atendimento psicossocial caracteriza-se pela precariedade do seu vínculo com o Outro¹, tipificadas nas psicoses, nos transtornos graves de desenvolvimento na infância e na recorrente ruptura dos mesmos em pacientes com uso abusivo de álcool e outras drogas, o que requer uma lógica de assistência que tenha a propriedade de ofertar um cuidado que considere essa particularidade, conforme justifica Yasui (2006):

¹ -Lugar onde a psicanálise situa, para além do parceiro imaginário, aquilo que, anterior e exterior ao sujeito, não obstante o determina (p.156). Dicionário de Psicanálise. Chemama R.

As instituições não são mais unidades de produção de procedimentos médicos ou psicológicos, mas locais de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas e livres, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social. Lugares para articular o particular, o singular do mundo de cada usuário, com a multiplicidade, com a diversidade de possibilidades de invenções terapêuticas. E isso implica em desenvolver a cada demanda que se apresenta, a cada usuário que recorre ao serviço uma complexidade de estratégias que contemplem distintas dimensões do existir (p. 103).

Zenoni (2000) é um teórico que também vê a clínica institucional investida de um duplo fundamento. Para ele, as instituições, como os CAPS, são esses novos lugares que, em sua origem, postulam a presença das funções sociais e terapêuticas participando ativamente na dinâmica institucional, na medida em que o contexto deve dispor de ações de cuidado para aqueles que restringem sua demanda apenas para ações materiais (função social). Concomitantemente ao citado, a esfera institucional deve assegurar a oferta de dispositivos para aqueles sujeitos que localizam em si uma questão acerca de si, decidindo por engajar-se na problematização da sua existência inspirando a produção de intervenções clínicas de caráter subjetivo (função terapêutica).

A coabitação destas esferas é defendida por Tenório (2001) que se posiciona no compartilhamento entre a atenção psicossocial, designada como clínica do cuidado e a clínica do sujeito, referenciada pela psicanálise. O autor não identifica fatores irreconciliáveis entre ambas, sublinhando a possibilidade do convívio entre as mesmas, advertindo, no entanto, que se não há oposição, tampouco há complementariedade, alertando para a necessidade de situar as diferenças existentes, trabalho que vai requerer uma postura aberta dos diferentes protagonistas envolvidos, sendo, possível, por fim, construir um laço de solidariedade entre os referidos discursos.

Segundo o autor, para que isso possa se tornar possível é necessário que a clínica da atenção psicossocial evite dois riscos: “o de impor ao psicótico ideais de funcionamento que são nossos, e, aos quais, muitas vezes, não pode responder, e o de acreditar que o bem estar psicossocial torna menos relevante o trabalho subjetivo da palavra” (p. 87). O autor avança um pouco mais e recomenda a mesma precaução aos analistas, sugerindo que estes possam reconhecer os limites de qualquer prática ligada à palavra, reconhecendo que, em certos casos, predomina a necessidade de uma ajuda concreta e cotidiana no viver. Embora a psicose surja como referência para o emolduramento dessa clínica, consideramos que os princípios são extensivos aos outros quadros graves, como as toxicomanias, por exemplo, que integram os CAPS ad.

Portanto, defendemos que a instituição é condição *sine qua non* no campo psicossocial e o trabalho do analista passa pelo reconhecimento dessa particularidade como ponto de partida para seu trabalho. Diante disso, é fundamental que o analista saiba e esteja em acordo com os pressupostos fundantes deste cenário tornando-se um participante esclarecido do mesmo.

5.3. O alcance da clínica psicanalítica nos dispositivos psicossociais

Historicamente, a instância clínica e, em particular, a psicanalítica, foi percebida como problemática na paisagem da atenção psicossocial, na medida em que era interpelada como herdeira da prática individualista que se desejava desconstruir. A clínica, quando exercida em caráter individual, retrataria a opressão da figura de autoridade (psiquiatra, psicólogo, psicanalista) expondo a insensibilidade deste modelo com as determinações sócio culturais, visto que operavam, privadamente, pelo “interior”. A posição cautelosa percebida no campo psicossocial encontra-se alicerçada na percepção de que eram os profissionais deste segmento os protagonistas do modelo de exclusão ao qual estavam submetidos os sujeitos com grave sofrimento psíquico.

Segundo Bezerra e Rinaldi (2009), a abordagem clínica comparece secundarizada por estar associada à dimensão “psi”, qualificação que respaldaria “práticas refinadas de segregação, rotulação e medicalização”. Essa leitura se faz presente nos ensinamentos de Basaglia que, de acordo com Viganó (2006) priorizaria a dimensão social como revolucionária nas questões relativas à subjetividade, contestando a relação desta com a psiquiatria e a psicanálise. Amparados nessa lógica, a ênfase dos novos dispositivos clínicos recai sobre as intervenções que têm como meta o caráter de reabilitação e reinserção psicossocial, consagradas numa série de aquisições relativas à noção de cidadania (trabalho, alimentação, deslocamento, cuidado, família, renda).

Neste sentido, a proposta que sustenta a entrada da clínica psicanalítica na saúde mental é aquela que preserva os princípios orientadores da atenção psicossocial, como o acolhimento, a convivência, o coletivo e o cuidado, mas que indaga sobre a pertinência de distinguir o indivíduo- portador de direitos civis- da noção de sujeito formulada pela psicanálise. Rinaldi (2005) evoca a distinção que a psicanálise introduz quando articula o sujeito ao inconsciente, definindo-o não como alheio aos fenômenos psicopatológicos em que vive, mas como aquele que se evidencia no sintoma, logo resultado dos efeitos da desnaturalização do corpo com a entrada na linguagem. Dessa forma, distante de

qualquer conduta moralizadora e adaptadora, o analista torna-se um aliado na consolidação do projeto da reforma por sua intervenção ratificar a proposta humanizadora reivindicada pelo movimento reformista.

Esta concepção aparece em Ribeiro (2005), ao referir que a Reforma Psiquiátrica e a Psicanálise partem do pressuposto ético de que a loucura não é uma doença a ser curada, mas consiste numa produção plena de sentidos, a qual deve ganhar, no âmbito do sujeito, um lugar de existência subjetiva e territorial, que viabilize sua inscrição como ser no mundo em que vive. Assim, percebemos na argumentação da analista, seu esforço em ilustrar a afinidade teórica existente entre ambas, ligadas pela recusa a uma abordagem negativa de sintoma.

Um exemplo que nos ajuda a esclarecer esse ponto de vista, diz respeito à contribuição que o analista pode realizar junto à equipe de trabalho do reconhecimento da singularidade através do questionamento sobre a noção de sintoma. Regularmente, o sintoma, na sua figuração psíquica, tende a ser tomado como “positividade negativa”, quer dizer, como uma presença incômoda que precisa ser debelada e descaracterizada enquanto portadora de alguma mensagem que demanda interpretação para sua retirada. Nestes casos, a abordagem define-se pelo caráter de inconveniência da sua manifestação, fazendo prevalecer um desfecho processado pela ratificação de critérios diagnósticos de verniz científico ou da moralidade cotidiana. Com isso, a direção do tratamento descamba para a adjetivação do excedente pulsional como um atributo desprovido de sua potencialidade metafórica, circunstância que se afirma no avesso dos princípios da clínica freudiana, resultando em medidas que decretam ações essencialmente adaptativas e normalizadoras.

O caráter multidisciplinar destes serviços representa um dos maiores desafios à psicanálise na composição dessa clínica, na medida em que se faz necessário a elaboração de uma forma de trabalho que guarde a especificidade da práxis psicanalítica e supere os eventuais movimentos de resistências que podem ser suscitados nos integrantes das equipes de saúde mental. Esse mecanismo pode ser percebido na oposição simples à psicanálise ou manifesto na neutralização dos referenciais analíticos através da banalização dos mesmos, conforme destaca Figueiredo (2007):

A Psicanálise como saber de referência aparece através de certas indicações ou máximas, algumas já consagradas e mesmo tomadas triviais, como: valorizar a palavra do paciente; acolher o desejo do paciente em suas diferentes modalidades; tomar o delírio como uma tentativa de cura; tomar a transferência como fundamental no tratamento; supor a existência do

inconsciente e suas manifestações. O problema reside em saber como estas indicações se mantêm na prática, já que uma série de mal entendidos podem advir daí (p. 82).

A autora é favorável à idéia de que o psicanalista, neste cenário, deve definir sua função na direção do trabalho partilhado com outros profissionais da equipe, mesmo com alguns que não dominem o jargão psicanalítico, na medida em que o que conta é a transferência ao *modus operandi* que o analista imprime em sua clínica e nas discussões com a equipe. Com isso, deixa claro que a aceitação da psicanálise não se dará pela apropriação e circulação dos conceitos nos ambientes de trabalho senão pela forma como o analista produz seu ato e o sustenta com seus colegas de equipe. Ao dar mostras do seu fazer, inaugura uma diferença com as demais estruturas discursivas, ofertando seu ofício como operador clínico a ser demandado. Para Figueiredo (1997), o êxito do trabalho de um analista nesse contexto, passa longe da figura do especialista freqüentemente valorizada nesse cenário, tampouco deve almejar um lugar especial na instituição que o permita gozar de uma certa inconveniência. Para a autora, interessa à clínica, o analista que convive e que faz de sua diferença, uma especificidade. Só assim, ele convém (p.168).

A convivência entre os diferentes profissionais deve ser buscada e, no caso do analista, lhe cabe ser específico na sua atribuição, quer dizer, ele não é mais um técnico que sabe sobre uma parte do objeto/sujeito, representante do saber inconsciente que vai se somar aos demais fragmentos discursivos rumo à apreensão do saber absoluto. Ao invés disso, trabalha a partir da sua especificidade reintroduzindo a hiância que sobra na relação entre os saberes das especialidades. Mais precisamente, essa operação testemunha o fazer do analista como uma ferramenta que contribui na superação dos impasses daqueles tratamentos em que o não saber acerca do paciente, do sintoma, da instituição, se colocam como obstáculo para a equipe.

Este direcionamento clínico, no campo psicossocial, entretanto, não é assegurado tão facilmente, já que o atributo interdisciplinar dos CAPS indica uma diversidade teórica e política dos profissionais que compõem a equipe, resultando, muitas vezes, num ambiente tenso entre seus membros, repercutindo, por vezes, na prática do serviço. A respeito da diversidade discursiva, de maneira geral, costumamos centrar nossas reflexões acerca das aproximações e oposições que se produzem na articulação entre a clínica psicossocial e a clínica psicanalítica, sem fazer notar a alta pregnância que o modelo manicomial ainda faz vigorar e que se faz notar pela facilidade

com que o recurso à medicação, à internação e a estigmatização por rótulos são requeridos.

Para Monteiro & Queiros (2006), o analista avança e garante a presença da dimensão analítica ao “sustentar o lugar social do sujeito a partir de sua diferença, e não pelo universal dos direitos do cidadão. Isto pode ser feito através da posição de escuta do analista sobre o que há de específico em cada sujeito” (p.113), registro que ratifica o entendimento de que a contribuição da psicanálise, nestes espaços passa por realçar as vias de acesso à produção subjetiva em seus diferentes lugares de produção e manifestação pela verificação da emergência do sujeito, que é um, mas não é uno.

Delgado (2008), por sua vez, sugere que este parâmetro não deve ser apenas um objetivo a ser alcançado, mas um vetor importante da proposta clínica, no qual “é a direção do sujeito o operador que deve orientar o trabalho na direção da assunção da responsabilidade e da implicação de cada um, com suas vicissitudes [...] é a ética da psicanálise, cujo motor é o desejo, o que possibilita a direção do tratamento” (p.60).

Tal aposta revela a porta de entrada dos analistas nestes serviços, que se dá no reconhecimento de que todo e qualquer tratamento requer a responsabilização do usuário sobre as contingências da sua vida, as escolhas e saídas, conduta ética que ratifica a existência de um sujeito. Lacan (1964) nos interpela insistindo que “por nossa posição de sujeito somos sempre responsáveis” (p. 873). Em sua declaração, procura evidenciar que o alcance da responsabilidade que interessa ao analista na direção do seu trabalho, não é aquela que cobra a correspondência ou a falta de correspondência com os fundamentos da moralidade cotidiana. A responsabilidade validada por Lacan é aquela que se presentifica no gozo do sintoma, nas manifestações do delírio, nas passagens ao ato, que, ao serem localizadas em seu caráter de desconhecimento, demandam o pronunciamento do sujeito. Por isso, a ética em que o analista está implicado no seu cotidiano clínico é aquela que faz a convocação do sujeito a dar conta daquilo que se evidencia pelo seu padecimento, expondo, ora a divisão psíquica, ora o fracasso da circunscrição pulsional pelo limite da cadeia simbólica.

5.4. O analista, as intervenções, as invenções e a ética da psicanálise

Com a exposição acima, fica notório que os dispositivos clínicos inscritos nos serviços psicossociais são formulados com o propósito de fazer vigorar os princípios que inauguraram o campo psicossocial. Neste sentido, contemplam desde atividades

tradicionais como aquelas em formato de consultas individuais, como outras que buscam o eixo coletivo como princípio ordenador das proposições: grupos (terapêuticos, de acolhimento, de recepção, de alta), oficinas e ateliês (ex: arte, música, cinema, escrita), intervenções no espaço de convivência.

Avançando sobre o tema, Rinaldi (2009), aponta para o cuidado que as equipes devem tomar na oferta premeditada e padronizada de atividades. Em muitos casos, a existência de um cardápio responde a normatizações institucionais e desconsideram as vantagens que uma atenção mais livre e desprentensiosa poderia alcançar. Neste caso, segundo a autora, tais atividades servem como anteparo à emergência de angústia e como resposta à livre circulação dos usuários. Com isso, ao ofertar inúmeras tarefas, a equipe corre o risco de efetivar a burocratização da clínica, respondendo do lugar do saber e inviabilizando a emergência produtiva do não saber.

Abreu (2008) investigando as condições do trabalho do analista em CAPS sustenta que o caráter de invenção está presente, tanto do lado do paciente, quanto do lado da intervenção. Referindo-se a pacientes psicóticos em tratamento no CAPS, o autor justifica que a instituição deve ser subvertida para acolher as invenções destes na busca que fazem por encontrar um ponto de ancoragem quando o Outro se torna ameaçadoramente invasor. Assim, a instituição precisa acolher as demandas que irrompem sem programação, suportando e testemunhando sua incidência pela oferta de uma escuta promissora na imprevisibilidade dos lugares e de seus protagonistas.

Outro exemplo que caminha na mesma direção, nos é dado por Monteiro (2003) ao apresentar uma reflexão realizada a partir da oferta de uma oficina de arte. Segundo a autora, “o analista (ou outro técnico) ao fazer-se destinatário das produções do paciente, está possibilitando que a pulsão desarticulada possa ser reatada à cadeia significante” (p. 5), referindo-se ao arranjo sintomático decorrente da produção de uma circunscrição significante com caráter estabilizador. Afirma, em continuidade, que modalidades que levam em conta a criação artística dos usuários podem integrar uma prática analítica no âmbito institucional sempre que conseguirem articular o ato criacionista com a emergência da produção subjetiva, operação que participa do laço social.

Trevisan (2007) ao apresentar suas considerações acerca da dimensão analítica presente num atelier de escrita defende a oferta destes dispositivos de trabalhos nos CAPS para pacientes colocados em posição de extrema objetualização. A escolha da escrita como recurso clínico justifica-se, de acordo com a autora, pela mesma possibilitar a passagem do individual ao coletivo favorecendo a mediação com os

outros, ferramenta que oportuniza registros de sujeito advindos pelo reconhecimento e diferenciação do Outro, desdobramento terapêutico fundamental no tratamento de pacientes psicóticos. Utilizando a metáfora da costura, descreve o atelier como um tecido que se borda e propõe: “bordar (escrever) sobre uma superfície (folha-corpo), delimita e demarca as bordas pelas quais se dá, ao mesmo tempo, a separação do outro (fazendo um) e a união com o outro (compondo o corpo coletivo)” (p.184). Com estas atribuições, o atelier de escrita legitima-se como um lugar de endereçamento, pertencimento e inscrição de lugares, finaliza a autora.

Delgado (2008), investigando o dispositivo “grupo de referência”, intervenção formulada para sustentar uma posição analítica a partir de um espaço coletivo com pacientes psicóticos em suas inúmeras demandas, advoga a possibilidade de que um dispositivo de grupo inserido no percurso institucional quando norteado pela ética da psicanálise pode ir além do simples apaziguamento sintomático. A autora sustenta que este modo “versátil” de operar na realidade psicossocial com pacientes psicóticos pode ser efetivado dentro dos princípios orientadores da ética psicanalítica, declarando que na experiência de cuidado que se dá nesses espaços de referência, podem ocorrer amarrações significantes a partir do discurso e da posição do sujeito, permitindo a construção de bússolas que mesmo provisoriamente, fornecem algum norte frente à errância do sujeito psicótico.

Investigando a clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental, como os CAPS, Monteiro e Queiroz (2006), balizam a ampliação do método freudiano para além do *lócus* original, tomando como premissa a idéia de que “como método de tratamento e investigação, a psicanálise se insere em uma ética fundada a partir da solução singular dada pelo sujeito à errância do seu desejo e a seu modo de gozo” (p.112), fato que pode ocorrer em diferentes contextos. Apresentando o panorama destes serviços a partir de material obtido por intermédio de entrevistas com psicanalistas, as autoras argumentam que a presença de um analista se impõe, independentemente da configuração do dispositivo clínico-institucional, quando se evidencia uma brecha que requisite seu aval para a garantia do particular. Nesta clínica, privilegiam-se as soluções que o paciente constrói como respostas estabilizadoras frente aos impasses subjetivos. Segundo este estudo, no caso do contexto institucional, uma condição primeira para o exercício da prática analítica é a existência de:

Um analista cúmplice com a imprevisibilidade do real, deixando-se guiar pela via da contingência. Assim, é preciso estar atento ao inusitado, ao que não é possível de ser coletivizado pela equipe ou assimilado pelo sujeito. Se o analista é um a mais no contexto institucional, é, por outro lado, aquele que suporta o intratável, o resto não eliminável da hiância que constitui a divisão inaugural do sujeito (p.118).

Maron (2000), discutindo o dispositivo grupo de recepção num serviço público de saúde mental, entende que o mesmo pode ultrapassar a prerrogativa burocrática de ser apenas uma reunião de triagem e encaminhamentos. Segundo ela, a escuta do analista atento à emergência de significante, permitiria atribuir a esse encontro um estatuto de dispositivo clínico ao efetuar uma torção na sua condução, movimento que é suscitado pela particular noção de sujeito com que o analista trabalha. Afirma:

Presumimos que a realidade subjetiva é discursiva e supor que o sujeito é feito de linguagem serve de ponto de partida para nossas ações. Com isso, pautamos nossa prática numa orientação ética e clínica que admite que a subjetividade é irreduzível ao orgânico, ao social ou mesmo à arquitetura significante que o sujeito recorre para representar o mundo e se fazer representar. Há algo que excede esse ser vivente que vê, pensa, recorda e fundamentalmente é um ser de linguagem. Ou seja, um ser falante que habita a linguagem e é habitado por ela, sofrendo seus efeitos. Nesta perspectiva, o sujeito é um suposto intérprete e construtor de uma realidade que inclui ele próprio e, por ser falante, experimenta a sua falta-a-ser, a impossibilidade de tudo dizer e encontrar as respostas além das palavras. Quando nos colocamos a escutar aquele que nos procura, convocamos o sujeito a falar daquilo que não pode ser dito (Maron, 2000, p.53).

Os exemplos acima apresentam, em comum, a premissa de tornar o manejo da palavra por parte do analista um dispositivo que a eleva à condição de ser potencialmente geradora de efeito analítico, para além do efeito terapêutico, característico dos processos sugestivos. Visando esclarecer um pouco mais esse procedimento, retomemos as contribuições de Palma (2009), para quem é necessária a elucidação dos atributos analíticos para que a palavra adquira o estatuto clínico. Diz ela: “operar com a palavra não compõe particularidade à psicanálise. Entretanto, operar radicalmente com a palavra que traduz uma história desejante, tomada como índice da realidade psíquica do sujeito, é onde reconhecemos o campo da psicanálise” (*texto no prelo*). Este registro assegura o caráter revolucionário de Freud ao conceder à palavra a função impar de transformar a realidade psíquica do sujeito, ocorrência que revela o caráter representativo do sujeito por meio da linguagem e, ao mesmo tempo a impossibilidade de sua totalização como ser.

O privilégio dado à palavra por Freud é justificado por considerar que esta revelará a divisão do sujeito na forma das formações do inconsciente, outorgando, assim, o acesso ao mesmo. Nas palavras de Maron (2000): “presumirmos que a realidade subjetiva é discursiva e supor que o sujeito é feito de linguagem, serve de ponto de partida para nossas ações” (p.53). Posicionar o dispositivo clínico da fala no centro da sua prática, através da oferta da escuta movida pela transferência permite ao analista expandir sua prática para além do modelo de atendimento individual. Isso se faz, pois o componente simbólico, princípio mínimo necessário para a ação de um analista, encontra-se presente inclusive naqueles com transtornos mentais graves, em situação de risco psíquico ou condição delirante. Mesmo nestes casos, é possível apostar na instauração de uma demanda de reconhecimento pelo endereçamento ao Outro, através do analista, circunstância que permite projetar diferentes tipos de intervenção.

Portanto, a aposta é a de que cabe ao analista instaurar um modo peculiar de fala, onde o sujeito se encontra articulado nas diferentes acepções de linguagem, apostando no seu caráter polissêmico como produtor de lugares subjetivos, eventos que podem se produzir a partir dos diferentes recursos terapêuticos disponibilizados pelos CAPS e que contam com a presença do analista, como as oficinas, grupos, intervenção em espaços de convivência, entre outros. Postulamos, com isso, que a interpretação analítica se faz com a participação do sujeito que toma esta tarefa a partir das manifestações que o acometem e na forma como pode se exprimir, deixando em aberto o caráter versátil da linguagem.

Constatamos, assim, que a palavra, enquanto representante do simbólico, da instância do Outro que participa no processo de subjetivação, presentifica-se como índice orientador na condução e direção dos tratamentos no âmbito clínico institucional e participante da noção de sujeito. Unidos com o conceito de sujeito, os analistas conduzem sua prática no âmbito privado ou público. Segundo Figueiredo (2005), “o sujeito não é todo; ele é, antes de tudo, um efeito. Um efeito da intervenção do Outro” que se produz a partir de uma convocação feita a ele e que aparece sob determinadas condições (p. 48-49). Figueiredo complementa:

Podemos dizer que o sujeito porta o Outro na sua própria constituição, nele se aliena e dele se separa pontualmente, parcialmente, e nunca se faz um com o outro. O sujeito não faz Um, nem com o outro, nem com seu objeto. Nada o complementa. Pelo contrário, se às vezes temos a impressão de estar diante de um sujeito completo, a quem não parece faltar nada porque nada demanda, este deve estar suspenso em seu próprio isolamento, seu autismo particular, sua recusa ao Outro como ápice de sua patologia. Cabe a nós provocá-lo para

sair disso. O sujeito é uma abertura, é sobredeterminado, como nos ensinou Freud, em sua abertura ao Outro (p.49).

Ao ratificar a dimensão do Outro como determinante na concepção de sujeito, a autora lembra que, nestas condições, o singular que advém como coordenada de tratamento não pode ser concebido previamente, encontrando-se estruturalmente dependente das relações que ocorrem entre fatores estruturais e acidentais constituindo, assim, a singularidade da trajetória de cada um. Diz a autora: “o singular pode ainda remeter-se à situação mais do que ao sujeito. As situações que se apresentam são singulares porque, previsíveis ou não, lançam todos e cada um ao trabalho de dar novo sentido, modificar ou simplesmente suportar seus efeitos”(p.50).

Com efeito, a função do analista é situar ou ressituar ao usuário e à equipe a implicação recíproca que o sintoma evoca em seu caráter individual e como resposta ao Outro institucional. Assim, ao invés de priorizar medidas objetivando a adequação a ideais pré-estabelecidos, o que poderia resultar num movimento normatizador, pelo privilégio ao mecanismo identificatório, a intervenção convoca o sujeito à responsabilização diante da evidência do real, quer dizer, pretende a reintrodução do enigma ao sujeito que fala. Essa condução inclui o sujeito ali onde ele não se reconhece, tarefa que transforma os dispositivos clínicos em instrumentos moduladores de construção da palavra, enquanto resposta criativa ao sintoma e ao sofrimento. Assim, o emprego do método psicanalítico no campo psicossocial promove o usuário para o lugar de sujeito, ratificando o compromisso deste com relação ao seu conflito, de maneira a ser desalojado do lugar ex-cêntrico que ocupa na queixa.

Consideramos que estes dispositivos carregam a possibilidade de transformar-se, conforme Abadi Oliveira (2007), pelo bem dizer, em suporte para a constituição de lugares de soberania desejante, permitindo que o analista possa intervir na direção de fazer com que a pulsão encontre outras formas de inscrição junto ao Outro. Para que isso aconteça, Kirillos Neto (2007) recorre ao conceito lacaniano de sujeito do inconsciente, afirmando que ao trabalhar com essa noção, torna-se possível deslocar do lugar central estratégias previamente organizadas para os usuários. Ao proceder desta forma, a clínica “retira os profissionais de saúde mental da posição de prescritores sociais para uma condição de sujeitos divididos que desejam saber a respeito daquele que sofre. Estamos falando da relação do sujeito com o desejo do outro” (p.50).

Em comum, os trabalhos referidos acima apostam na viabilidade da prática de um analista na clínica institucional dos CAPS, centrando sua argumentação,

independente da modalidade operatória da intervenção, no direcionamento do tratamento, a partir da noção de sintoma e ética em psicanálise, especificidades que dizem respeito ao desejo do analista, e que incidem na qualidade da escuta que visa o advento do sujeito. Parece evidente que a aposta não se encontra nos formatos das modalidades técnicas de atendimento, o que significaria a técnica reduzida a si mesmo. A afirmação pressupõe que a lógica do sujeito a ser acolhido diz respeito ao inconsciente, ao desejo e ao circuito pulsional. Assim, a partir do desdobramento transferencial, as intervenções denominadas psicanalíticas se constituem em operações de produção de saber acerca da falta, singularizadas no percurso de cada paciente.

Por certo, a experiência psicanalítica não pode ser reduzida a um protocolo técnico nem a um manual do bem fazer, ofertado antecipadamente, visando sua aplicabilidade a partir de conceitos e técnicas. Sabidamente, estas se reatualizam na relação transferencial proposta pelo analista e que, segundo Lacan (1960) é marcada pela “disparidade subjetiva” (p.11) onde se evidencia a ausência de reciprocidade, na mesma medida em que se colocam em cena os recursos defensivos de que cada um dispõe para fazer frente à angústia de castração, indicando que o encontro com a alteridade atualiza os modos de sintomatizar a relação com o Outro, independente do lugar onde ela se enuncia.

Nessa lógica, Palma (2007) destaca que a recontextualização da clínica “não deve prescindir de um reconhecimento no campo da metapsicologia freudiana no sentido de uma legitimidade à nomeação clínica psicanalítica” (p.16), buscando, com isso, tecer uma crítica pertinente aos alcances e limites das invenções nos contextos institucionais, através da reflexão sobre a teoria e as variações da clínica visando acrescentar novos subsídios metapsicológicos na experiência analítica que se dá naqueles cenários. Figueiredo (1997) compartilha desta posição justificando que “algo deve permanecer como identidade na diferença” (p.31).

Buscando orientar essa discussão, Elia (2000) sintetiza a concepção do dispositivo analítico neste cenário como um lugar estrutural não organizado em torno do plano imaginário, nem contemplando a reprodução do *setting* neutro ou de critérios sócio-econômicos. Para ele, a experiência analítica vai se estabelecer por eixos simbólicos, vetor com o qual não é possível ao analista confundir os critérios analíticos com os critérios sociais. Por fim, reafirma as condições de efetivação desta prática no registro psicossocial, justificando a pertinência da mesma a partir da sua estrutura metodológica, diferenciado-a de uma técnica aplicada de saber:

Então os impasses que marcam a extensão social da psicanálise- a extensão do dispositivo analítico e suas configurações sociais e institucionais mais amplas e diferenciadas do consultório particular- persistem porque os aderem a uma configuração do dispositivo analítico decorrente de um processo de imaginarização das condições de análise, processo esse que é sobredeterminado, resultado de fatores teórico clínicos, mas também ético-metodológicos e relacionados no mais alto grau a uma ideologização da prática psicanalítica a partir da inserção no sistema capitalista(p. 32).

Assim, o avanço do campo psicanalítico em seu propósito de fazer vigorar o “retorno a Freud”, mediado pelas contribuições de Lacan, exige pesquisa e produção que permitam ao analista identificar, situar e problematizar os efeitos do seu trabalho na rede de assistência da qual faz parte e, também, para a comunidade analítica, na medida em que sua prática se encontra subordinada a um tipo particular de ética que remete ao desejo do analista, que não está, nem a salvo de tudo, nem garantido para sempre. O ato de submeter a estes segmentos os esclarecimentos cabíveis sobre sua clínica, permitirá incluí-lo no fortalecimento das políticas públicas em saúde mental e na linha de progresso da psicanálise.

5.5. Sintoma e ética: uma proposição teórica-clínica para o trabalho do analista nos CAPS

Diante da complexidade que envolve a construção da clínica no campo psicossocial, atribuímos ao analista a necessidade de interrogar sobre a sua contribuição para o fortalecimento e qualificação dessa proposta. A questão se apresenta como um particular desafio para aqueles referenciados ao discurso psicanalítico, decorrente dos questionamentos óbvios sobre os limites desta prática, considerando a diferença com o padrão clínico convencional e a presença dos atravessamentos institucionais e políticos que demandam, por fim, uma elaboração sobre a extensão da prática da psicanálise.

Ao invés de eleger um lugar de pura crítica, o analista contribui na construção e qualificação da mesma, colaborando com a especificidade do seu ofício. Dito de outra forma, o analista precisa ir além da explicitação contida na denúncia de alienação do sujeito, presente no modelo orgânico e no discurso político universalizante. Ele se torna responsável por desenvolver, a partir do seu campo, alternativas de tratamento que respondam aos quadros clínicos recebidos nos CAPS, como as psicoses, as

toxicomanias, e os problemas graves relativos ao desenvolvimento infantil. Mais precisamente, entendemos que a psicanálise colabora quando se torna propositiva ao indicar uma operatividade clínica para este contexto, que leve em conta os aspectos relativos ao mesmo, como as noções de saúde, doença, normalidade, ideal e cura em articulação com a especificidade do tratamento analítico, isto é, o singular das vicissitudes de um sujeito na busca da satisfação pulsional.

Tendo em vista esse objetivo, ressaltamos que o trabalho analítico se faz guiado por algumas invariáveis consagradas no campo psicanalítico, designadas como fundamentos da clínica como transferência, repetição, inconsciente e pulsão, conjunto metapsicológico que funda um manejo particular com o sofrimento psíquico. Assim, propomos que a escuta do sujeito na clínica psicossocial é enriquecida com a delimitação de dois conceitos: sintoma e ética. A justificativa para essa escolha é dada, no caso do sintoma, por considerarmos que o trabalho efetivado nos CAPS acolhe sujeitos cujas estruturas psíquicas diferenciam-se do quadro neurótico, com sintomas que interrogam a noção freudiana de solução de compromisso e do retorno do recaiado. No caso da ética, esta se torna relevante quando consideramos que a prática do analista convive com a de outros profissionais que comparecem com propostas distintas a concepção freudiana de sujeito, fato que coloca o trabalho do analista sob outra perspectiva.

Nessas condições, entendemos que a leitura do sintoma porta especificidade no campo psicanalítico tanto quanto o manejo proposto para o mesmo como sinalizador de uma verdade sobre o sujeito. Por outro lado, a ética do analista surge como a sustentação desta evidência testemunhando em favor da presença de um analista nos diferentes dispositivos clínicos ofertados aos pacientes, conforme pudemos identificar ou não, a partir dos marcadores das entrevistas. Portanto, a contribuição da psicanálise e sua ética no contexto institucional é aquela relativa ao sujeito do inconsciente, fato que se expressa na descontinuidade do discurso e na apresentação do sintoma como índice de singularidade.

Com efeito, o conceito de sujeito em psicanálise não encontra correspondência com a noção de sujeito pertencente ao campo da saúde mental. Nesta, o privilégio ao singular é traduzido por ações que carregam em sua intenção uma atribuição antecipada sobre o que seria o bem e o ideal para o sujeito, posição que localiza o sintoma como uma manifestação que afeta negativamente aquele que sofre passivamente a experiência do padecimento. A fórmula acima faz o sintoma comparecer como um incômodo para o

qual, o tratamento indicado visa a sua eliminação que, quando alcançada, proporcionaria à aquisição de um estado de bem estar como sinônimo de saúde, conforme podemos destacar em Delgado (2007): “as outras políticas públicas, indispensáveis ao campo da saúde mental-ação social, justiça, segurança pública, educação- encontram no CAPS uma estação cidadania e uma usina de sonhos, uma ágora dinâmica, febril, espaço para discutir a cada momento e construir uma sociedade mais justa.” (p.3).

Apropriadamente, o autor assinala a necessidade de estimular ações que visam à ampliação do viés interdisciplinar para a intersetorialidade nas atividades realizadas nos CAPS, movimento que almeja conjugar a dimensão clínica com a instância política. Ocorre, entretanto, que na declaração, é possível identificarmos que clínica e política se confundem. Diante disso, é pertinente enfatizar que as terapêuticas ancoradas nessa lógica apostam justamente, na existência de um saber exclusivo do Outro acerca da pulsão (discurso médico, político, jurídico ou religioso), elaboração que se coloca em oposição aos pressupostos psicanalíticos.

5.5.1. Ética

5.5.1.1. Em direção à ética freudiana: inconsciente e realidade psíquica

A psicanálise demonstra, a partir da sua metapsicologia, a existência de determinados elementos teóricos que, além de participarem ativamente no engendramento da constituição subjetiva, também participam das diferentes formas de produção humana que marcam o campo cultural. Como forma de ilustração, podemos citar o conceito de pulsão e sua repercussão junto às questões relativas à vida sexual e o conceito de inconsciente, cujo reflexo imprimiu questionamentos sobre a verdade, a realidade e a liberdade de nossos pensamentos e de nossas ações, expressos na literatura, nas artes, na pedagogia.

Essa lógica tem um referente especial: o inconsciente. A formulação do inconsciente feita por Freud, marca uma diferença radical com a consciência, ordem que regia a compreensão do sujeito na civilização ocidental, advogando uma nova perspectiva sobre as circunstâncias e condições para que um ser advenha humano e sobre o ordenamento das relações do homem consigo próprio e com os seus semelhantes. Veremos, diz Freud (1900), que não há nada de arbitrário nestes

acontecimentos cuja elucidação deve ser buscada na sustentação da existência de um processo inconsciente participando em suas manifestações.

O inconsciente é concebido como um sistema psíquico diferenciado da pré-consciência e da consciência, sendo regido por uma sintaxe própria. Eis aí, a grande descoberta da psicanálise. De acordo com Freud (1915), o caminho de acesso ao inconsciente deve ser buscado nas lacunas das manifestações conscientes, condição que se estabelece na descontinuidade das falas e da representação biológica do corpo, circunstâncias em que vemos o processo primário intrometer-se na cena do processo secundário, interpelando por reconhecimento e solicitando satisfação pela via da descarga.

O que se evidencia nessa formulação é que o valor de uma ação não pode ser atribuído única e exclusivamente a um conjunto de normas simplificadas baseadas na vontade e na consciência do sujeito ou sob a égide dos ideais sociais. O deslocamento epistemológico proposto pela psicanálise aponta os limites desse pensamento e postula que todos os atos humanos devem ser interpretados como dizendo respeito ao sujeito que vive a experiência tanto na sua dimensão singular quanto no encadeamento com o código simbólico, relação de contorno litorâneo que abre para a significação. Um dos méritos da novidade freudiana é a inclusão, nesse conjunto, daqueles atos que, até então, eram tomados, do ponto de vista do eu, como fracassados, por exemplo, os atos falhos e os sintomas.

Partindo do sofrimento histérico, a reflexão freudiana interroga os termos vigentes no terreno da ciência e da moral, campos que, prioritariamente, definiam os padrões de normalidade e de psicopatologia. Na mesma direção, interroga o grau de responsabilidade subjetiva envolvida no sofrimento mental. Essa elaboração teórica define uma posição ética para o praticante de psicanálise e demarca um estilo de clínica na qual é preciso considerar os temas relativos à responsabilidade do sujeito e do analista nas intervenções em que ambos estão envolvidos, indo além das questões concernentes a dinâmica que envolvia as categorias de doença e cura.

O ensinamento de Freud avança na direção de sinalizar a inexistência de um estado de pacificação entre o eu e o mundo externo. Oportunamente, aborda as questões relativas ao tema da felicidade e da liberdade para o ser humano em três importantes textos: “Mal estar na cultura” (1930), o Futuro de uma Ilusão (1927) e “Além do princípio do prazer” (1920). No primeiro, em especial, apresenta o mal estar como fato intrínseco à civilização, declarando que a efetivação do núcleo humano

requer a renúncia do exercício irrestrito das pulsões por parte de seus membros. Nesse caso, decorre uma perda do acesso à conquista da felicidade e da aquisição da liberdade de ação, razões pelas quais o sujeito estará condenado a viver perenemente o conflito entre a satisfação pulsional e o desprendimento de uma cota pessoal como contribuição do projeto civilizatório. Mesmo assim, uma parcela do sujeito e uma parcela da organização coletiva, representada pela sociedade se colocarão contra esse mandato, posição que se evidenciará em manifestações cotidianas desagregadoras na forma de violência que vão expressar, com Freud, a impossibilidade da circunscrição da pulsão de morte pela via simbólica. Tal posição não pode ser vista como uma apreciação pessimista do mundo. O inconveniente revelado é aquele relativo a uma insatisfação de ordem estrutural na base da existência.

Essa operação nos leva ao encontro das declarações de Freud sobre como devemos nos posicionar frente à emergência dos conteúdos e comportamentos de caráter estranho à consciência e aos preceitos mobilizadores do projeto comunitário. No capítulo “Responsabilidade moral sobre o conteúdo dos sonhos” (1925), aborda a questão da responsabilidade do sujeito diante do conteúdo da produção onírica, sugerindo que este material, uma vez interpretado, revela a presença de desejos imorais de difícil aceitação consciente pelo sujeito por estarem relacionados à realização incestuosa, sádica e masoquista. Sem abrir mão de suas convicções, ressignifica a relutância do sonhador e dá indicações do embasamento ético que funda a escuta analítica e da qual um analista não deve se afastar, independentemente dos diferentes ambientes aonde a sua clínica vai se dar:

Obviamente, temos que nos considerar responsáveis pelos impulsos maus de nossos sonhos. Que mais se pode fazer com eles? A menos que o conteúdo dos sonhos (corretamente entendido) seja inspirado por espíritos estranhos, ele faz parte do seu próprio ser. Se procuro classificar os impulsos presentes, em mim, segundo padrões sociais, em bons e maus, tenho de assumir responsabilidade por ambos os tipos; e, se em defesa digo que o desconhecido, inconsciente e recalcado em mim não é meu “eu”, não estarei baseando na psicanálise minha posição (Freud, 1925/1995, p.165).

Temos nessa notável declaração de Freud, uma demonstração precisa da sua metapsicologia como sendo uma construção teórica articulada com a dimensão clínica. Ao mesmo tempo, percebemos no seu texto, um indicativo para o que pode vir a ser designada como a ética do analista, enquanto uma posição relativa a sustentar o lugar da emergência do sujeito do inconsciente para o sujeito mesmo diante da recusa deste por

não se reconhecer nas hiências do discurso, na brevidade dos lapsos e no gozo do sintoma pela descarga da pulsão de morte. O tratamento proposto por Freud elege o recurso simbólico da fala em associação livre como meio de aproximação e de tratamento ao psíquico, buscando atribuir significação ao que emerge como desconhecido e acidental, ou seja, aquilo que faz furo na pretensa totalidade.

Sobre o caráter da significação, Kehl (2002) destaca que, “o sentido não é uma produção inerente à própria vida: é efeito de uma construção discursiva que confere significado ao aleatório, ao sem sentido, à precariedade da existência” (p.9). Dessa forma, a produção de sentido que situa o sujeito diante da vida e da precariedade desta, encontra-se atrelada numa rede de interlocução tramada pela linguagem. A autora deixa claro que os elementos que compõem essa significação, vão necessitar de que um movimento, na forma de desejo, possa advir do Outro, tornando-se, assim, condição mínima para o processo de subjetivação se principiar. Assim, toda e qualquer experiência subjetiva vai se revelar num tipo particular de produção, cuja característica é de portar, simultaneamente, um traço de sua singularidade e os vestígios dos discursos culturais à qual pertence, indicando não uma complementariedade, mas uma relação marcada pela perda do ideal no nascimento do sujeito.

Nessa direção, retomamos Lacan (1957) que no seminário IV, a relação de objeto, vai contestar a ênfase colocada pelos pós- freudianos sobre a noção de objeto, identificado como estando ligado à necessidade e ao instinto. Apoiado no caso clínico do “pequeno Hans”, trabalhado por Freud, questiona a interpretação que a geração posterior de Freud embasava a relação sujeito-objeto na experiência clínica. Para estes, dizia Lacan, o objeto se definia como “objeto ideal, terminal, perfeito, adequado” (p.16) o qual poderia ser alcançado no final de uma evolução bem sucedida do homem no mundo ou ao final de uma análise. Contrapondo-se a essa leitura, retoma de Freud a noção de “objeto perdido”, indicando que o que está em jogo no estatuto de objeto é a presença da sua falta, retirando do horizonte a pretensão da maturidade genital e explicitar que os modos de subjetivação e tratamento passam pela noção de significante e pela retomada da primazia do falo. Com isso, reconhece o objeto para além da sua abordagem imaginária na qual recebe consistência (objeto da fase oral, anal, etc.) e sinaliza que seus atributos são relativos ao desejo e não à necessidade. Para justificar essa posição, Lacan vai desenvolver a noção da falta de objeto, afirmando: “Jamais, em nossa experiência concreta da teoria analítica, podemos prescindir de uma noção da

falta de objeto como central. Não é um negativo, mas a própria mola mestra da relação do sujeito com o mundo.” (p.35).

Assim poder-se-ia dizer que a conceitualização da falta como sendo relativa ao estatuto de objeto, destitui a noção de objeto ideal do cerne da experiência analítica e recoloca o advento subjetivo como intermediado pelo corte simbólico processado na entrada do ser ao campo do Outro. O corte é um dos nomes que podemos dar à linguagem, que, por sua eficácia, decreta a perda irremediável da natureza e a ausência de correspondência entre esta e o sujeito, considerando que o sujeito se constitui pela perda da ordem natural. A linguagem, exercida como lei, introduz o sujeito na estrutura dos discursos, abrindo, com isso, as possibilidades para que o exercício pulsional encontre meios que promovam uma ligação entre corpo e linguagem como forma de satisfação e que será, nos diz Freud (1915) sempre em caráter parcial.

Ao discorrer sobre as vicissitudes da pulsão, colocada como fundamento teórico da psicanálise, declara que o objetivo (*ziel*) de uma pulsão será sempre uma satisfação, satisfação parcial. Ainda assim, será por meio dessas experiências que traços mnemônicos irão se formando nos caminhos da satisfação, trajetória que converge na constituição do aparato psíquico subjetivo. No caminho da satisfação, lembra Freud, ocorrem regulações, desvios, represamentos, abandonos. O desfecho a que visa à pulsão não se efetiva diretamente ou imediatamente, sofrendo modificações pela ação dos mecanismos da censura e dos circuitos simbólicos já estabelecidos, sinalizando para a incidência de um ajuste psíquico que age como defesa, visto que o franqueamento da satisfação absoluta da pulsão colocaria em risco a vida do homem.

Essa intermediação afirma o traço simbólico da subjetivação e inscreve o ser humano num lugar de existência ao efetivar a falta ($-\Phi$) como produtora do desejo. A subtração da totalidade do corpo e a conseqüente subtração do gozo pela intervenção do Outro, promove a impossibilidade de completude e tem como efeito o desejo, designado, a partir de então, como legítimo representante da pulsão de vida. Essa compreensão já pode ser identificada num dos primeiros textos de Freud (1895), conhecido como Projeto para uma Psicologia Científica, estudo que tinha por objetivo descrever os estados psíquicos a partir da constatação da existência de um mecanismo regulador do fluxo de energias no sistema nervoso. Assim, percebemos que o psíquico surge como organização a partir da intervenção do Outro na modulação da pulsão de

morte, constituindo-se, originalmente, como “exigência de trabalho”, na forma de um aparelho que visa controlar a emergência do processo primário de descarga irrestrita.

O que nos interessa demonstrar sobre o tema, é que o trabalho psíquico, promovido a partir da concepção deste aparato, será regulado por um tipo particular de interpretação produzido a partir da separação mãe/bebê que obrigará este a recorrer a um tipo especial de satisfação intermediada pela alucinação. Assim, o caráter alucinatório da satisfação será marcado pela parcialidade desta devido ao fracasso no reencontro do objeto original. Marcado de forma indelével pela falta e pelo desejo, o sujeito humano se lançará a procura incessante do objeto primeiro, busca que será mediada pelo discurso e determinada pela realidade psíquica.

No clássico, “A interpretação dos sonhos” (1900), Freud deixa claro que o inconsciente testemunha a divisão psíquica do sujeito e que a realidade psíquica pode ser designada como uma apropriação singular decorrente da própria condição de acesso e de estruturação dos processos inconscientes, manifestando-se sempre de forma parcial:

Se olharmos para os desejos inconscientes reduzidos à sua mais fundamental e verdadeira forma, teremos de concluir, fora de dúvida, que a realidade psíquica é uma forma especial de existência que não deve ser confundida com a realidade material... (p. 658) O inconsciente é a verdadeira realidade psíquica (...) em sua natureza interior é tão desconhecido para nós quanto a realidade do mundo externo, e se apresenta de modo tão incompleto pelos dados da consciência quanto o mundo externo pelas comunicações dos sentidos (p. 651) .

Essa leitura do inconsciente é ratificada por Figueiredo e Machado (2000) ao avançar nas intervenções dos analistas e sua forma particular de diagnóstico:

A realidade psíquica, portanto, não se reduz ao ego-realidade, embora o inclua, do mesmo modo que inclui o sintoma. Sua fonte primária é o inconsciente, em sua dimensão desconhecida, que emerge através da fala a que temos acesso e à qual, de algum modo, respondemos. É na própria palavra do sujeito que começa o trabalho clínico. Ao tratarmos do sofrimento psíquico só podemos fazê-lo pelo que aparece dessa realidade em palavras e ações prenes de sentido. Trata-se da única realidade que diz respeito e interessa ao sujeito, a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha, enfim, se põe no mundo e até mesmo se desconhece. Nessa realidade se insere uma dimensão de alteridade que indica que a linguagem, mais do que uma aquisição instrumental, vem do Outro, do campo simbólico que se impõe na constituição mesma do sujeito. Logo, não se deve conceber essa realidade a partir das velhas oposições entre objetivo e subjetivo, ou entre realidade e fantasia, ou, ainda entre mundo externo e mundo interno (p. 66/67).

Dessa maneira, interessa-nos situar a realidade psíquica como um fato de linguagem, designação que lhe atribui pertinência clínica e permite nosso avanço na direção da ética da psicanálise, na medida em que designar o estatuto de psíquico para a realidade repercutirá na própria concepção de tratamento. Em síntese, justamente, porque os efeitos de uma intervenção estão atrelados a uma dimensão de realidade não possível de ser antecipada e modelada é que seus efeitos não são previsíveis, circunstância que coloca, como central, o lugar do analista e as conseqüências do seu manejo, discussão que nos remete à ética que preside toda e qualquer experiência analítica.

5.5.1.2. Lacan e a ética discursiva

Lacan destina um de seus seminários anuais para discutir as questões que envolvem a noção de ética no campo da psicanálise. Como de costume, ele trilha os textos freudianos para pautar o debate, em especial aqueles nos quais Freud se ocupa em contestar a idéia de que a felicidade existe como um destino para a humanidade. Sua impossibilidade se dá por uma perda originária e se apresentará ao sujeito como falta, montagem estrutural que inviabiliza a qualquer um alcançar o bem supremo.

Em seus seminários datados até os meados de 1950, Lacan definia a experiência psicanalítica como essencialmente orientada pelo eixo simbólico, conforme podemos perceber na conferência de 1953, denominada “Simbólico, Imaginário e Real” (SIR) e no artigo Função e Campo da Palavra e da Linguagem em Psicanálise.

Inicialmente, a introdução do estágio do espelho, em 1936, serve para Lacan introduzir a participação da matriz imaginária na constituição do eu. Através de um experimento biológico e comportamental, Lacan vai inferir que a experiência do corpo unificado que o bebê adquire se faz intermediada pelo agenciamento externo, processo que resulta num contorno gestáltico. Assim, a matriz do eu, se define numa dialetização com a exterioridade, apresentando-se mais como uma instância constituinte do que, propriamente, constituída. Dessa forma, declara Lacan, “o estágio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação” (p. 100) inaugurando a dialética entre o eu e o semelhante, em que situa o imaginário como sendo o eixo das identificações e dos fenômenos duais.

A partir da década de 1950, o pensamento de Lacan envereda-se para o campo simbólico, mudança relacionada, em grande parte, ao seu esforço de resgatar o fio da navalha freudiana, ameaçada pelo desvio conceitual da psicanálise com relação à noção do eu e da realidade. Para sustentar essa empreitada, recorre às contribuições do estruturalismo de Levis Strauss e do estudo da linguística de Saussure. O simbólico configura-se como o campo que diz respeito às condições para o desejo, definido como a presença da ausência cuja estrutura se organiza para encontrar modos de representação a partir da linguagem, seu principal recurso. Com efeito, a condição desejante é afirmada pela relação do sujeito com a falta, logo, o desejo e a lei, como cita Lacan (1959) no seminário VII sobre a ética, são “uma única e mesma coisa” (p.794).

Neste seminário, já é possível ver um novo desdobramento no pensamento de Lacan, ao situar a escritura do sujeito pela valorização da noção do real, e não apenas pela incidência das matrizes imaginária e simbólica. Tal direção na teoria lacaniana é motivada pela constatação da existência de uma condição para além do objeto imaginário e simbólico, e que diz respeito ao vazio irrepresentável do real.

Para desenvolver essa ampliação, Lacan retoma um termo freudiano conhecido como “*das ding*” (a Coisa), presente no artigo, Projeto para uma Psicologia Científica (1895). Neste estudo, considerado uma transição de Freud do campo neurológico para a cena psicológica, a noção de “Coisa” é estabelecida para representar a idéia da existência de algo fora da linguagem e que nunca teria adquirido materialidade. Lacan, por sua vez, no seminário sobre a Ética, vai descrever como sendo aquilo que “não pode ser reencontrado” (p.69), “objeto perdido” (p.69), “anterior a todo recalque” (p.71). Referindo-se a Coisa, Lacan (1959) acrescenta, que “é em torno do que se orienta todo o encaminhamento do sujeito” (p.69).

A posição lacaniana define que a Coisa deve ser pensada como anterior à inscrição do sujeito, estando, portanto, fora do recalque. Dessa forma, por ser anterior ao simbólico, não se encontraria subordinada aos juízos relativos às montagens de satisfação, mediadas pela linguagem, mostrando-se como um gozo desprovido de sentido, diante do qual o sujeito tenta dizer o impossível a partir dos contornos que a cadeia significante oferece. Precisamente, nesse caso, “*das ding*” comparece para designar a origem do desejo enquanto resultado de uma perda radical e permanente do seu primeiro objeto de satisfação. Privado deste desfecho, o sujeito é confrontado com a insaciabilidade do seu desejo sendo lançado ao mundo em busca de uma felicidade que

não se alcança, uma vez que não há, conforme argumenta Freud (1930), algo materializável que corresponda ao que foi perdido.

Usando as referências de Heidegger, no seminário VII, Lacan apresenta a metáfora do oleiro e do vaso buscando aproximar a noção de coisa freudiana com a estrutura significante, indicando que a presença do vazio está articulada, simultaneamente com seu contorno, fazendo equivalência com o caráter de presença e ausência do significante. Assim, o vazio e o significante se constituem ao mesmo tempo:

Quero simplesmente (...) ater-nos à distinção elementar, no vaso, entre seu emprego de utensílio e sua função significante. Se ele é deveras significante e se é o primeiro significante modelado pelas mãos do homem, ele não é significante, em sua essência significante, de outra coisa senão de tudo o que é significante – em outros termos, de nada particularmente significado (p. 151)... Ha uma identidade entre a modelagem do significante e a introdução no real de uma hiância, de um furo (p.153).

Esse entendimento nos permite inferir que a coisa é o vazio e que o sujeito, durante sua vida, estará envolvido em lidar com as aproximações e os afastamentos com *das ding*, visando um contorno que produza um sentido desfrutável pelo sujeito, isto é, o vazio contido nas bordas de barro feitas pelas mãos do oleiro, transforma o nada em algo que poderá ser usufruído. Sobre o vazio, alerta Lacan, não há como completá-lo, já que o que se visa encontrar jamais será reencontrado. Cito: “Reencontramo-lo no máximo como saudade. Não é ele que reencontramos, mas suas coordenadas de prazer” (p.69), deixando claro, com isso, que se trata de uma estrutura que não se preenche. Quer dizer, há algo anterior ao simbólico que resiste à cadeia significante, por evidenciar-se como falta estrutural. Nas palavras de Lacan, “é que ela é, essa Coisa, o que do real primordial diremos, padece do significante” (p.149), ou seja, “é originalmente o que chamaremos de o fora-do-significado” (p.71), por constituir-se anterior a todo recalque, na medida em que o significante do Nome do Pai ao fazer seu comparecimento, deixa isso fora. A Coisa pode ser designada como estando relacionada ao conceito de pulsão de morte em Freud, que produz um furo, uma desordem na moralidade vitoriana revelando a divisão psíquica. Lacan (1959) propõe essa articulação:

O que há no nível de *das Ding* desde o momento em que é revelado é o lugar dos *Triebe*, na medida em que nada têm a ver, enquanto revelados pela doutrina freudiana, com qualquer coisa que seja que se satisfaça de uma

temperança, daquela que ordena bem certinho as relações do ser humano com seu semelhante nos diferentes níveis hierárquicos da sociedade, desde o casal até o Estado, numa construção harmônica” (p. 138).

Com efeito, mesmo estando fora da cadeia significativa, a Coisa, designação para o real, requer tratamento, ou seja, lhe cabe às mãos do oleiro, a intervenção do analista. A via de tratamento para isso que surge como desmedido é a circunscrição, ou seja, o contorno, feito a partir de uma tessitura entre os significantes disponíveis no campo semântico do sujeito, operação possível pela ausência de um significante prévio para a Coisa. Com efeito, o suporte simbólico é uma via fundamental de tratamento para o gozo do real, recurso da terapêutica proposta pela psicanálise na medida em que fazer falar a partir da transferência permite circunscrever o real e fazer borda ao irrepresentável.

A descrição acima enfatiza o que Lacan nomeia como real, eixo da subjetivação que gradativamente ganha espaço e importância na experiência analítica. Com isso, o alcance da psicanálise inclui, além das noções de estrutura, significante e linguagem, oriundas do eixo simbólico, outras premissas incorporadas da esfera do real, expansão que irá repercutir no manejo clínico. A partir de agora, a verdade não reside mais no sentido, devendo ser localizada, por escansão, no encontro com o indizível, característica que designa uma das nuances do real e que aparece formulada por Lacan (1973) em *Televisão*, quando afirma que não se pode dizer toda a verdade, na medida em que faltam palavras para dizê-la toda, sendo, justamente, por essa impossibilidade material que a verdade toca o real.

Em síntese, o inconveniente decorrente da ausência irredutível da coisa original e da impossibilidade de haver um substituto equivalente, vai resultar, forçosamente, na falta enquanto causa do desejo. Diante desse fato de estrutura, resta ao sujeito o recurso simbólico de tratar o inominável, ou seja, de encontrar palavras para responder, até onde alcança, sobre o vazio que impera na existência. Dessa forma, o caráter de irrecuperabilidade do objeto original lança o humano à vida, circunstância determinante da existência que irá pautar a escuta do analista como avessa a qualquer forma de normalização do desejo e, portanto, da conduta humana. Com essas modificações, a ética do analista passa a responder sobre a sustentação do desejo pelo sujeito naquilo que comporta de singular e sobre os modos como situa seu gozo no laço social.

Uma ética voltada à sustentação do desejo não significa, conforme nos diz Kehl (2002), levá-lo às últimas conseqüências do individualismo moderno que postula a sua

realização a qualquer custo. O desejo, diz a autora, não é propriedade privada do sujeito, senão que é próprio da condição humana. Essa é a banalidade revelada pela psicanálise, afirmando que “a dimensão da singularidade está, antes, nas soluções de compromisso encontradas no sintoma do que, propriamente no desejo” (p.132). A questão que a psicanálise dirige à ética cotidiana, inerente as organizações coletivas, não visa advogar para o sujeito o lugar de exceção.

Na mesma direção, Freitas (2005) declara que a psicanálise não advoga a suspensão das categorias que fundam o campo da ética, tampouco nega a existência real e externa das categorias do bem e do mal, apenas propõe a complexificação daquilo que se expressa nessas condutas e o alargamento de sua interpretação com o reconhecimento da singularização da experiência humana a partir da lógica do inconsciente. Assegurada como prática fundamentada no desejo, a clínica psicanalítica abdica da ética concebida a partir de ideais e instaura um tratamento ancorado no desejo que se anuncia singular na experiência analítica, não sendo, portanto, redutível ao universal, embora pressuponha o mesmo.

Portanto, na perspectiva psicanalítica, pensar a cura a partir de indicadores definidos *a priori*, mostra-se, no mais das vezes, um projeto superficial. A noção de cura na psicanálise não é traduzida pela rigidez da presença ou ausência de sinais pactuados anteriormente, podendo ser pensada como desejo. Nesse sentido, Lacan (1959/60) chama a atenção dos analistas sobre a sedução que “as vias vulgares do bem” exercem sobre a prática de um analista, às voltas com a pretensão de querer o bem do sujeito: “A cada instante temos de saber qual deve ser nossa relação efetiva com o desejo de fazer o bem, de curar” (p.267), afirmando, paradoxalmente, que devemos designar o desejo do analista como um desejo de não curar.

O analista, desde seu lugar clínico, legitima a falta como possibilidade de haver o exercício do desejo, postura que se contrapõe à demanda de completude e cura que pode advir dos pacientes, usuários e técnicos dos CAPS. No seminário sobre a ética, Lacan diz convicto: “o que nos demandam, é preciso chamá-lo por uma palavra simples, é a felicidade” (p.350). O que faz, então, um analista em resposta a esse pedido? Retomando o tema pela releitura de Freud, Lacan (1959) argumenta que, se não há felicidade a ser alcançada, nem objeto a ser reencontrado, não pode haver, por parte do analista, nenhuma conduta afirmativa sobre o acesso à felicidade (p.350).

O autor recoloca a questão de outra forma, quando menciona que não há possibilidade de responder à demanda de felicidade, pela razão óbvia de que propor-se a

isso, equivaleria a pressupor a existência de um Bem Supremo que concederia esse estado de plenitude. Todavia, do ponto de vista da psicanálise esse objeto não existe, aliás, ele só se materializa, na perspectiva imaginária, como ilusão dessa aquisição. Esse, afinal, é o status dos bens oferecidos pela propaganda e por inúmeras teorias psicológicas. Precavendo-se dessa armadilha, Lacan aponta a inacessibilidade a esse objeto, não somente porque “ele (o analista) não o tem, como sabe que não existe” (p.359).

Dessa forma, a ética pensada por Lacan é a ética relativa ao desejo, na qual o desejo se apresenta como motor da existência e promotor da possibilidade de vida. Assim, não se trata de promover o bem estar entendido como resultado da obtenção dos bens acessíveis, mas de ofertar um bem dizer que fique bem ao sujeito à medida que possibilita alguma satisfação e circulação no laço social. Portanto, no caso específico da psicanálise, a ética diz respeito a uma interrogação que vincula uma relação entre a ação e o desejo que a sustenta.

5.5.1.3. A posição ética do analista frente às demandas institucionais dos CAPS

Seria possível pensar a existência do pedido de felicidade (completude) no âmbito psicossocial, visto que, nesse cenário, há uma precariedade que alcança os níveis mais fundamentais da existência material e psíquica? Lançando um primeiro olhar, é possível pressupor que tal pretensão não se configura vinculada ao mesmo pedido. Podemos sim, assinalar que existem expectativas vinculadas ao tratamento, mas estas, estão associadas à aquisição ou ao reestabelecimento de um determinado padrão de conduta social, isto é, não há nesta versão, um pedido de felicidade ou de plenitude endereçado aos CAPS ou aos analistas. Precisamente ou simplesmente, o pedido almeja o retorno a uma condição de normalidade que corresponderia a um estado de controle psíquico, o qual permitiria um manejo efetivo sobre o desregramento presente nas condutas dos alcoolistas, toxicômanos, autistas e psicóticos. Quer dizer, a demanda de felicidade localizada na clínica privada parece encontrar correspondência na noção de cura e adaptação, inscritas no campo psicossocial. Mesmo que o ideal esteja situado numa outra ordem de carência, acreditamos que essa diferença não muda, estruturalmente, aquilo que se pede ao analista, ou seja, o impossível. Só que, nesses casos, o impossível da relação sexual, conforme axioma de Lacan é vertido na garantia

da abstinência no uso de substâncias psicoativas, na aquisição de uma racionalidade neurótica para os psicóticos e numa infância sem transtornos em seu desenvolvimento.

Diante do exposto, torna-se necessário relembrar a recomendação freudiana no cuidado quanto à ambição do *furor curandis* por parte dos integrantes das equipes dos CAPS. Freud (1912), ao fazer as suas recomendações sobre a prática analítica, já havia alertado os analistas envolvidos no trabalho com a neurose sobre esse risco. No caso particular dos CAPS, esse cuidado deve ser mantido, pois o fascínio por curar, adaptar e incluir os psicóticos e os autistas, bem como recuperar alcoolistas e toxicômanos é uma demanda insistente da família e do circuito social. Assim, é necessário ter claros os seguintes apontamentos: a dimensão de realidade é aquela mediada pela nuance psíquica; os códigos que ordenam o pacto civilizatório carregam em seus propósitos o acesso à lei e o controle do gozo; a perda da natureza, fruto da entrada na linguagem, descredencia a pretensão de um ideal que traduza a normalidade psíquica; a definição de bem não pode mais ser suprema e universal; o sintoma porta uma mensagem que traduz a indissociabilidade do sujeito com a alteridade; as abordagens sobre o sofrimento psíquico, suas formas diagnósticas e medidas terapêuticas deverão considerar a dimensão de desconhecimento que a noção de inconsciente introduz em seu âmbito.

Partindo da lógica concebida pelo campo psicossocial para o atendimento a seus usuários, o que se demanda aos integrantes das equipes dos CAPS é que os mesmos respondam, em suas ações, aos princípios da política pública na qual o Serviço está inserido, dentre os quais, citamos o caráter de acesso universal, inclusão social, territorialidade e a noção de cuidado em substituição à pretensão de cura. Considerando isso, o trabalho do analista é aquele que tenta trazer à cena institucional o que dela fica excluído, isto é, suporta a emergência dos restos singulares daquilo que escapa à pretensão universalizante dos projetos políticos no campo da saúde.

Este engajamento, entretanto, requer o fortalecimento do espaço clínico, que surge como fator preponderante para a sustentação do traço singular junto ao laço social e afinado à lógica da Reforma Psiquiátrica. Assim, a introdução de dispositivos clínicos funciona como ancoragem para o acolhimento das diferenças no contexto institucional, demarcação evidenciada nas condutas percebidas como estranhas, intratáveis e inesperadas. Com essa disposição, o analista atua junto à equipe, garantindo o reconhecimento dessas particularidades como indicadores de sujeitos falantes, mobilizados que estão em fazer arranjos para dar conta da errância do desejo e nas tentativas de modulação do gozo.

Ocorre que, nesse coletivo, os sintomas são utilizados como forma de apagamento das diferenças a partir de um traço identificatório comum, não distinguindo as montagens singulares. Esse mecanismo é elucidado com clareza por Freud (1921) em *Psicologia das Massas e Análise do Eu*. A leitura freudiana indica que é solicitado ao sujeito abdicar das marcas que lhe singularizam em favor de um líder, nesse caso, identificado com o ideal institucional. Em troca dessa adesão, o sujeito encontra alguém que, ao acolhe-lo, mostra saber o que é melhor para ele. Eventuais resistências a esse apelo, terão conotação negativa, sendo vistas como ações de rebeldia ao Bem, por colocarem em risco o projeto institucional de universalização e igualdade.

Assim, vincular a ética com a questão do discurso permite pensarmos na possibilidade de criar as condições de enunciação nas intervenções clínicas inscritas nos CAPS, como por exemplo: as reuniões de equipe, atividades de matriciamento, supervisão e interconsultas, intervenções de urgência no ambiente de convivência, atendimentos individuais, oficinas, entre outras. Frente às demandas institucionais dos CAPS é viável ao analista, tanto a participação nos dispositivos já existentes, como a proposição de novos recursos clínicos, visto que a sua prática diferencia-se daquelas dos demais integrantes da equipe, pela particular posição quanto à escuta do sujeito do inconsciente. Esta especificidade não está dada, portanto, do lado do formato ou do enquadre das atividades, e, sim, nas condições de enunciação e da posição ética do analista frente a ela. Essa concepção indica que o psicanalista, ao se situar com relação à demanda, o faz pela via de sustentação de uma questão e não por uma resposta encaminhada como solução para aquilo que lhe foi endereçado.

Como se pode ver, as instituições como os CAPS, fruto da reforma psiquiátrica, não criam apenas um novo espaço terapêutico para o sujeito nomeado, pela política, como usuário. Criam, também, um novo lugar para o analista, endossando a produção de novas práticas, em especial aquelas que apostam no coletivo como um recurso terapêutico que favorece o restabelecimento do suporte social dos pacientes. O analista posiciona-se de outra forma, alertando para o aspecto de apelo que essas manifestações carregam em seus ruídos. Assim, a experiência clínica, feita através das intervenções de um analista, nos dispositivos ofertados nos CAPS, é dirigida por uma ética que promove a emergência e o reconhecimento da diferença, tomando a escuta do sujeito do inconsciente como pilar dessa prática e consagrando a cada um, a legitimidade da sua forma de existência.

Com efeito, o analista não visa saber o que fazer para resolver a precariedade do sujeito, mas, tomando o enunciado como referência visa à dimensão da enunciação, que pode ser acionada com uma convocação: “o que isso quer dizer para você?” e “o que isso faz para a sua existência”. Figueiredo (2010) vai nessa direção e propõe que, ao invés do trabalho ser desencadeado pela pergunta, o que podemos fazer por ele, a intervenção do analista e da própria equipe deve mirar outra direção: “o que ele pode fazer, através da nossa oferta para sair de sua condição como algo imutável e poder seguir adiante em um novo movimento?” Tomando como referência o conceito de elaboração (*durcharbeitung*) concebido por Freud, a autora sinaliza que no tratamento concebido a partir da psicanálise, o sujeito é chamado a indagar sobre si, sobre sua vida e os outros que o cercam, movimento que requer esforço em se debruçar sobre as contingências da sua vida.

A elaboração ganha destaque na obra de Freud (1914) num texto importante sobre a técnica: Recordar, repetir e elaborar. Neste artigo, Freud desenvolve a noção de elaboração concebendo-a como uma etapa necessária ao avanço do tratamento, sendo designada como um trabalho psíquico de construção simbólica, sobre o que insiste numa via não simbólica. Uma das particularidades deste processo é que ele requer um tempo não antecipável para acontecer, estando subordinado às condições psíquicas do paciente e ao acompanhamento do analista. Nas palavras de Freud (1914):

Esta elaboração das resistências pode, na prática, revelar-se uma tarefa árdua para o sujeito da análise e uma prova de paciência para o analista. Todavia, trata-se da parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente e que distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão (p.202).

Colocado nessa perspectiva, a experiência analítica formula para o sujeito a necessidade de um tempo lógico relativo à aquisição de saber e outro relativo a uma mudança, a uma ação decorrente dessa elaboração. Com isso, entendemos que na clínica psicossocial, o analista escolhe suspender as abordagens que equivalem, exclusivamente, à aquisição de “um saber exterior ou estandarizado sobre a falta” e propõe “um saber construído sobre como fazer com a falta” que leva em consideração a possibilidade psíquica do sujeito em tratamento e a diversidade do manejo do analista.

Portanto, a operatividade da clínica no contexto psicossocial, não é pensada como referida a um analista que vai instrumentalizar o sujeito em vias de suturar sua falta, evidenciada pela precariedade sócio-econômica dos usuários dos serviços

psicossociais. A pertinência da clínica psicanalítica vai se produzir pelo engajamento do sujeito diante da sua falta subjetiva, movimento suscitado e respaldado pelo manejo do analista a partir dos mecanismos transferenciais. Portanto, a competência analítica não é mensurável por possuir um saber intercambiável sobre o que o sujeito deve fazer sobre a falta, nem pela submissão deste à figura do analista.

Localizamos duas diferenças que consideramos fundamentais para demarcar a especificidade da psicanálise no trato com a falta, sendo determinantes na clínica promovida nos CAPS: uma diz respeito a que o saber acerca do sintoma é construído com o sujeito, ou seja, não é oferecido exteriormente àquele que padece; o segundo ponto está relacionado com a concepção da noção de falta. Para a psicanálise, ela está estruturalmente posta como condição de subjetivação, tradução do acesso necessário à existência. Com isso, o que se propõe ao sujeito em tratamento não diz respeito a completar ou eliminar a falta, mas de produzir algo a partir dela. Assim, a nuance ética que se coloca para o analista, desde o início, é a escolha sobre os modos de resposta às demandas que lhe são dirigidas e, da parte do sujeito, o aparelhamento, via sintoma, a partir de uma posição de responsabilidade acerca das suas formas de gozo.

Nesse sentido, o compromisso do analista diz respeito a sustentar a função do sintoma mais do que buscar o sentido e a significação do mesmo, testemunhando e interrogando sobre as escolhas que recaem para o sujeito nos diferentes dispositivos clínicos em que participa no CAPS.

Portanto, entendemos ser possível construir, no horizonte institucional, um espaço no qual o analista pode criar as condições para intervenções de cunho analítico, elevando a escuta ao patamar de recurso terapêutico a partir das propriedades particulares que a palavra comporta na perspectiva da psicanálise. Nesse sentido, a ética do bem dizer, proposta pelo analista nos dispositivos clínicos dos CAPS, é aquela relativa a fazer o sujeito dizer sobre o que sustenta o gozo em suas manifestações, implicando-o quanto ao destino do seu sintoma, onde o que está em jogo não é a melhor escolha, senão qual é a escolha possível que produza satisfação e o inscreva no laço social.

Para o analista, a ética do bem dizer corresponde à suspensão da prescrição de ideais como equivalentes da cura e, também, diz respeito à responsabilidade de criar condições de enunciação, construindo um contexto para o sujeito se dizer. Por fim, do lado do paciente, a ética remete a abdicar da pretensão egóica de ter uma representação e apreensão totalizante de si, indicando que há algo para ser interrogado para além do

dito. A formulação deixa claro que não há uma recusa por esconder o bem, sabendo o que ele é, já que não se trata de mostrar o acesso a alguma coisa que imaginariamente falte.

Com efeito, a psicanálise nos faz recordar que para além do encaixe desejado e impossível entre palavra e objeto, encontramos o desencaixe, um lugar vazio não afeito a nenhum objeto e impossível de ser simbolizado. O intervalo entre estes dá lugar ao não sentido, núcleo do gozo e referido à pulsão de morte. Buscar a sua circunscrição para fazer frente à angustia da proximidade do vazio (Coisa) é o que propõe Kehl (2002) para o trabalho do analista, trajetória que terá características singulares ao “fazer falar os restos pulsionais de um gozo que nunca é pleno; com isso, pode fazer da potência de destruição uma potência criadora.” (p.99).

5.5.2. Sintoma

A relevância do conceito de sintoma na teoria psicanalítica pode ser compreendida através das palavras do seu criador, Freud (1932), quando ao discorrer sobre o assunto numa de suas conferências, declara: “A psicanálise teve como ponto de partida, o sintoma” (p.53) e quem seguindo este caminho, se chegaria à vida pulsional, ao inconsciente e à sexualidade. Compreender o lugar privilegiado do sintoma na economia psíquica foi um dos grandes desafios que se colocou para Freud no início de suas pesquisas, esforço que se manteve durante toda a sua vida e que permaneceu como legado aos analistas. Neste capítulo, partiremos das elaborações freudianas acerca do tema, agregando contribuições importantes do pensamento de Lacan para chegar, por fim, às questões concernentes à clínica psicanalítica desenvolvida nos CAPS.

5.5.2.1. O estatuto do sintoma freudiano

Compreender a relação problemática do sujeito consigo mesmo pela via do sintoma é o caminho eleito por Freud que persegue o esclarecimento da etiologia das psiconeuroses nos primeiros tempos de sua produção clínica e teórica, conforme podemos observar nos inúmeros textos dedicados ao assunto neste período: Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência (1893), As neuropsicoses de defesa (1894), Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua

etiologia (1895), Hereditariedade e a etiologia das neuroses (1896), A etiologia da histeria (1896), Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa (1896), e A sexualidade na etiologia das neuroses (1898).

Na lógica inicial freudiana, a montagem do sintoma, apontava para a ação de um mecanismo específico atuando na sua origem: a defesa. A noção de defesa, utilizada por Freud nesta época, indicava o modo amplo como o eu se protegia das representações que julgava desfavoráveis aos seus ideais. Podemos dizer que essas restrições eram desencadeadas, de maneira geral, por idéias, cujo conteúdo poderia ser gerador de vergonha e censura, provocando uma reação de rechaço advinda diretamente do eu, visto como o agente acionador da defesa. Apesar destes esforços, o eu não conseguia extinguir a totalidade da força dos desejos e esses retornavam, posteriormente, transfigurados em formações sintomáticas. Em virtude deste processo de descaracterização, o sintoma mostrava-se ao sujeito desprovido de sentido. Para conseguir encontrar o sentido extraviado, característico dessas manifestações, Freud sugere como solução, recuperar o caminho pelo qual o sintoma se formou, de maneira que, ao retomar essa via, seria possível esclarecer a trama e desfazer o sintoma. O êxito desse empreendimento demonstraria, portanto, que o caráter ilógico no sintoma, seria aparente e estaria esclarecido pela intervenção do analista.

Nessa época, ainda às voltas com a noção do trauma, Freud (1893) percebe a existência de uma conexão ligando o corpo e o psíquico, mediada pela linguagem: “é como se houvesse a intenção de expressar o estado mental através de um estado físico; o uso lingüístico constitui uma ponte para o cumprimento desse objetivo” (p.46). Podemos perceber que o achado freudiano situa o sintoma como resultado da manobra defensiva do paciente em sua tentativa de encontrar equivalência para o trauma externo em uma representação psíquica, atribuindo à linguagem um papel importante nesse processo.

Como se pode ver, o caráter de enigma do sintoma está na origem da própria psicanálise e a inovação freudiana foi assegurar um sentido para essas manifestações, evocando a história pessoal como fio condutor para a interpretação. A partir disso, foi necessário criar um método que permitisse com que os próprios pacientes pudessem explorar as circunstâncias da sua vida, de maneira a recuperar o sentido perdido, visto que a tese freudiana advogava que as respostas sobre o sofrimento neurótico estavam ocultas no próprio paciente. A indicação para esse giro veio de Anna O., que denominou

o procedimento em gestação como *talking cure* (cura pelas palavras). Cito Freud (1905):

Agora, também, começamos a compreender a ‘mágica’ das palavras. As palavras são o mais importante meio pelo qual um homem busca influenciar outro; as palavras são um bom método de produzir mudanças mentais na pessoa a quem são dirigidas. Nada mais existe de enigmático, portanto, na afirmativa de que a mágica das palavras pode eliminar os sintomas de doenças, e especialmente daquelas que se fundam em estados mentais (p.306).

Ao abandonar a hipótese do trauma externo como agente causador do sintoma e do método catártico como operador clínico, Freud volta sua atenção para o sujeito enquanto envolvido, diretamente, na produção do seu padecimento. Este não se constitui mais como uma experiência vivida passivamente, mas como algo que implica o sujeito na origem da formação sintomática e na resolução desta. Com efeito, o procedimento analítico presume um paciente que toma para si a investigação da sua vida a partir da transferência que estabelece com o analista. Com o transcorrer das investigações, a convicção de Freud sobre esse panorama se solidifica com a publicação do livro “A interpretação dos sonhos” (1900), onde desenvolve a tese de que o desejo do sonhador funciona como o combustível para a produção onírica, feito que torna o sonho comparável ao sintoma na neurose.

Um dos principais méritos deste livro é a hipótese formulada por Freud de um aparelho para explicar o funcionamento psíquico, cuja descrição revela uma geografia mental peculiar do ser humano que se assegura na ação de dois sistemas distintos: o pré-consciente e o inconsciente. A versão proposta por Freud (1900) para a elucidação dessas circunstâncias está baseada na idéia de que o pré-consciente e o inconsciente são duas instâncias diferenciadas que agem submetidas a lógicas e leis particulares. Ao sustentar essa referencia, Freud abre mão da explicação meramente adjetiva para fundamentar a natureza de ser ou não ser um atributo consciente ou inconsciente.

O protagonismo do mecanismo inconsciente no funcionamento mental está descrito com clareza no capítulo VII do livro “A interpretação dos sonhos”, marco teórico da obra freudiana. Ao eleger o processo onírico como seu objeto de reflexão, Freud supõe uma afinidade entre este e o sintoma, vistos como fenômenos que na superfície, apresentam-se desprovidos de inteligibilidade e coerência. Porém, essa aparência ocultaria outro conteúdo que permaneceu excluído por ter sofrido uma ação de censura, operação irreconhecível, num primeiro momento, ao sujeito. Sobre isso, cito Freud (1900):

Como causa primária da formação dos sonhos, assumiremos a existência, em todo o ser humano, de duas forças psíquicas (tendências ou sistemas), uma das quais expressa, o desejo expresso pelo sonho, enquanto a outra exerce uma censura sobre esse desejo, impondo-lhe uma deformação... a admissão a consciência é uma prerrogativa desta segunda agência; nada pode atingir a consciência, partindo do primeiro sistema sem ter passado por esta segunda instância (p. 154).

Nas elaborações que faz para explicar a dinâmica das instâncias psíquicas e seus mecanismos de atuação e de representação, Freud (1900) descreve o inconsciente agindo sob a égide do processo primário. Já o sistema pré-consciente / consciente transita pela prevalência do processo secundário. O primeiro fica caracterizado pela livre circulação de energia visando à descarga e satisfação, podendo ser verificado desde o início da vida mental do sujeito. Já o segundo, se constitui durante a vida do sujeito e tem por função retardar e inibir a descarga pulsional, pelo risco de desprazer que sua efetivação produziria (p. 642).

A psicanálise, como método clínico, foi concebida, portanto, a partir das questões relativas ao sintoma tecidas nos fios da sexualidade, da defesa e do recalque e, sob o olhar de Freud, viraram rastros e pistas para o rastreamento do componente psicológico que configurava o desenho inovador do corpo das histéricas. Seguindo essa orientação, Freud formula a existência de investimentos eróticos para os órgãos corporais, que desde então, funcionavam para além das atribuições previstas pela natureza. É Freud (1917) que nos faz considerar, a partir do sintoma histérico, que os órgãos corporais comportam-se como “substitutos” aos órgãos genitais, atribuindo a estes a capacidade de assumirem uma significação sexual, para além do aspecto funcional que desempenham no organismo. É o reconhecimento de que “os sintomas neuróticos são resultado de um conflito, e que este surge em virtude de um novo método de satisfazer a libido” (p. 419). Nesse plano, vemos Freud (1917) propor algumas definições para o sintoma como: “os sintomas são substitutos à relação sexual” (p.351), “os sintomas servem de satisfação sexual” (p.351), “os sintomas são um substituto de algo que foi afastado pelo recalque” (p. 350), “os sintomas servem predominantemente como defesa contra esses desejos, ou expressam a luta entre a satisfação e a defesa” (p.361). O que fica destacado do acima exposto, é que a ação que o recalque ambiciona impedir é relativa a algo da ordem da satisfação sexual.

A ação do recalque será, portanto, aquela que visa impedir a satisfação de uma pulsão, colocando em cena o conflito entre o funcionamento primário e secundário dos

processos psíquicos. A consequência deste embate resultará na satisfação parcial da pulsão e na constituição de um sintoma que permanecerá buscando uma forma de vazão da sua energia. Dessa forma, o sintoma pode ser pensado como um arranjo inventado pelo paciente como resposta a um determinado conteúdo diante do qual e por inúmeras razões, não lhe foi possível dar a satisfação como destino. Podemos destacar pelo acima exposto um caráter de invenção na formação do sintoma como exigência ao sujeito que se vê impelido a solucionar o conflito entre as duas demandas. Assim, a expressão sintomática é definida num segundo tempo, correspondendo a uma nova produção do sujeito que preserva alguma forma de laço social, evidenciando, dessa forma, o caráter metafórico do sintoma. Todavia, mesmo afastada da consciência, a pulsão continua existindo e solicitando alguma forma de satisfação visto que o prazer era pensado como dominante na lógica freudiana para os processos psíquicos.

Entretanto, o avanço da psicanálise esbarrou em alguns elementos que não se coadunavam com a lógica do princípio do prazer e com a primeira tópica psíquica, obrigando Freud a introduzir importantes mudanças teóricas que terão repercussão capital no conjunto da sua obra e, conseqüentemente, incidirão na clínica. Estamos nos referindo à formulação do conceito de narcisismo (1914), ao novo dualismo pulsional (1920) e à proposição de uma nova teoria psíquica (isso, eu, supereu, 1923). Em especial, Freud se depara com uma estranha situação, a de que alguns neuróticos reproduziam na transferência, situações que expressavam sofrimento e para as quais não encontrava elementos que indicassem a busca por algum tipo de satisfação. Mais precisamente, nestes casos, a relação transferencial atualizava experiências infantis associadas a sofrimento, desamparo e não condizente a um estado de bem estar.

O enigma apontado pela dinâmica transferencial, juntamente com a observação de uma brincadeira infantil que repetia incessantemente o vai e vem de um carretel, serão decisivos para Freud pensar na existência de uma circunstância anterior e distinta do princípio do prazer e reconsiderar a teoria das pulsões com a qual trabalhava. No terceiro capítulo do artigo Além do princípio do prazer, a atenção de Freud recai sobre o mecanismo da repetição localizado a partir da neurose de transferência, dimensão do trabalho analítico que outorga atualidade as experiências do passado do paciente na dinâmica com o analista. Freud não encontra justificativa para o fenômeno da repetição quando o interpreta pela lógica do princípio do prazer, na medida em que consistem em experiências que revelam intenso sofrimento narcísico capaz de produzir um novo

desprazer. Esta constatação leva Freud a postular que há sempre uma satisfação da pulsão, mesmo no retorno da mesma pela via da compulsão. Cito Freud:

Trata-se, naturalmente da ação das pulsões, que devem conduzir para a satisfação, todavia a experiência que, como das outras vezes, só trouxe desprazer não serve para nada. A despeito disso, são repetidas, sob a pressão de uma compulsão (p.35).

Diante disso, Freud é levado a rever os parâmetros que serviram durante duas décadas como balizadores da experiência psicanalítica, em especial aos temas relativos à violência, à neurose e às expectativas terapêuticas da clínica, que ganham novos contornos com a inclusão da pulsão de morte como representante do novo dualismo pulsional. A irredutibilidade com que Freud projeta a pulsão de morte instala no centro da teoria e da clínica psicanalítica uma nova maneira de pensar o homem, de lidar com suas queixas neuróticas e de compreender o funcionamento civilizatório, na medida em que a pulsão em sua figuração de morte não almeja integrar-se ao eu ou aos moldes civilizatórios. A morte figurada na tendência a destruição e a desagregação se incorporam ao pensamento psicanalítico e se refletem tanto na direção dos tratamentos quanto nas abordagens relativas ao entendimento do processo civilizatório, conforme deixa claro, Freud (1930) no artigo conhecido como “O mal estar na cultura”:

A civilização constitui um processo a serviço de Eros, cujo propósito é combinar indivíduos humanos isolados, depois famílias e, depois ainda, raças, povos e nações numa única grande unidade, a unidade da humanidade... mas a natural pulsão agressiva do homem, a hostilidade de cada um contra todos e a de todos contra um, se opõe a esse programa de civilização. Esse elemento agressivo é o derivado e o principal representante da pulsão de morte (p.144).

Lembremos que, originalmente, Freud trabalhava com uma dualidade pulsional, constituída pela pulsão do eu (ou de auto-conservação) e pela pulsão sexual, conforme suas indicações em “A perturbação psicogênica da visão” (1910) e “Introdução ao Narcisismo” (1914). Neste último, Freud delineia um desdobramento importante para a clínica ao sugerir que não apenas a pulsão sexual é movida pela energia da libido, mas, a própria pulsão que emana do eu, figura nesse conjunto, na medida em que o eu converte-se, ele próprio, num objeto de investimento libidinal. Essas elaborações, entretanto, antecedem o que virá como mais radical na teoria psicanalítica com a pulsão de morte, postulação que contrapõe à tendência à vida como sendo natural a existência. O conceito de pulsão de morte como central no funcionamento da vida está marcado pela disposição originária do organismo em busca do esvaziamento energético através

da descarga pulsional. No texto freudiano, a pulsão de vida é descrita como uma força que age na tentativa de buscar uma combinação cada vez maior de unidades que, originalmente, mostram-se dispersas. Ou seja, o movimento da pulsão de vida almeja demarcar contornos ao fluxo pulsional por intermédio de representações que funcionariam como agregadoras de novas representações que vão se formando em unidades cada vez maiores, de maneira a viabilizar a garantia da vida pela estabilização do eu e pela restrição a descarga desmedida da pulsão. A pulsão de morte é definida como a pulsão em estado puro, isto é, concebida como algo fora da circunscrição simbólica e que visa apenas a sua realização, agindo primariamente e fundamentalmente para além do princípio do prazer. É interessante assinalar uma passagem no texto “O estranho”, no qual Freud (1919) descreve a hipótese central que vai desenvolver no Além do princípio do prazer na qual examina que a repetição vai estar associada ao desprazer, colocando em causa um dos principais eixos da teoria psicanalítica, o do princípio do prazer. Diz ele:

Pode-se conhecer no psiquismo do inconsciente, o domínio de uma compulsão a repetição que parte das moções pulsionais e que depende, provavelmente da natureza inerente da pulsão, forte o suficiente para prevalecer sobre o princípio do prazer, emprestando um caráter demoníaco a um lado da vida anímica que se manifesta muito claramente na tendência das crianças pequenas e domina parte do curso da análise dos neuróticos (p.297).

Dessa forma, o sintoma é percebido como satisfação, não apenas na sua forma secundária, advinda do retorno do recalcado e como ganho secundário. Haveria, diz Freud, algo que se satisfaz, independentemente da possibilidade de representação, sendo, portanto, um resíduo pulsional resistente a qualquer forma de interpretação ditada pela realidade, pelo eu ou pelo princípio do prazer, já que diz respeito, exclusivamente ao isso. Assim, fica claro com esta nova formulação que há um tipo de resistência ao sentido que é da própria estrutura do sintoma e que permanece inacessível a despeito dos esforços interpretativos que vão ser feitos em sua direção.

Diante disso, podemos concluir que, na formação sintomática, habitam duas formas de satisfação: uma que diz respeito à satisfação de um prazer naquilo que remete à obtenção de um ganho secundário, conforme define Freud (1926) no texto Inibição, Sintoma e Angústia e outra de ordem pulsional. No primeiro caso, Freud percebe que os sintomas são formados para proteger o eu de situações de perigo, representadas pela castração e seus derivados que surgem pela manifestação da angústia. Por esse valor de

segurança, o eu vai, progressivamente, incorporando e fixando o sintoma como parte de sua própria dinâmica, esforço que resulta na promoção de laços conciliatórios entre ambos que não serão fáceis de afrouxar, a despeito do incômodo que o sujeito admite (p.122). Esse fenômeno diz respeito ao conjunto que engloba os eixos do imaginário e do simbólico. A outra forma de satisfação pela via do sintoma é de ordem pulsional, portanto direta e imediata, e atua para além do ganho secundário, existindo na estrutura do próprio sintoma, dizendo respeito ao real. Sobre isso, é elucidativo registrar o testemunho de Freud (1926) quando se refere ao sintoma, dizendo que este “é um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado jacente” (p.112). Se a referência a substituto pode ser compreendida como relativa ao campo simbólico, a designação “sinal” pode ser lida como indicando algo do real que se dá independente de qualquer mediação.

Garcia-Roza (2004) recorda que, enquanto a psicanálise esteve restrita à primeira tópica, o determinismo psíquico era suficiente para elucidar a trama subjetiva. Com isso, o método psicanalítico partia do pressuposto de que não havia nada de fortuito nas ocorrências do cotidiano, situando o campo psicanalítico como constituído por uma ordem que remeteria o mais banal dos acontecimentos a uma causalidade possível de ser determinada. Nesta direção, a invenção da associação livre se justificaria como método de trabalho, justamente pelo fato desta não ser livre e permitir uma conquista retroativa dos fatores envolvidos. Porém, a proposta “especulativa” do conceito de pulsão de morte faz com que ocorra, dentro do campo psicanalítico, uma guinada teórica e clínica que repercutirá na condução técnica dos tratamentos e na ambição terapêutica destes. Segundo o autor:

O que o conceito de pulsão de morte introduz na teoria psicanalítica é a possibilidade de se pensar uma região do campo psicanalítico, concebido como o caos pulsional, oposto à ordem do aparato psíquico. Isso tem como consequência imediata a queda da hegemonia do princípio do prazer. Ele é hegemônico no que se refere ao funcionamento do aparato psíquico, mas aquilo que está para além do aparato psíquico está também para além do princípio do prazer, e um dos modos de presentificação desse além no psiquismo é disjuntivo, destrutivo, desfazendo as formas constituídas, dando lugar à emergência de novas formas (p.162).

Como podemos ver, essa virada abre o texto freudiano para novas discussões, ao relativizar o domínio do princípio do prazer nos processos psíquicos e colocar sujeito e analista diante deste novo fato estrutural. Produz-se, portanto, um novo direcionamento ético no trabalho do analista, que assimila a idéia de não haver um lugar para o encontro

possível do homem com a realização do seu desejo, abdicando da busca pelo sentido extraviado do sintoma, em favor de uma posição criativa sobre o que fica fora das representações da pulsão de vida. Esse desdobramento fica validado por Freud (1937) no texto *Construções em Psicanálise*, no qual é possível identificarmos novas demarcações para o trabalho clínico, na medida em que, o propósito deste, deixa de equivaler a tornar consciente o inconsciente, atribuindo a possibilidade de produzir uma relação com o sintoma que inclua o sujeito no lugar onde o saber escapa à significação.

As referências ao sintoma enquanto portador de uma mensagem, passível de decifração, permanece vigente no repertório de Freud. Entretanto, para além dessa interpretação, podemos vislumbrar, no final de sua vida, a idéia do sintoma concebido, também, como função organizadora do sujeito diante do rochedo da castração. Não se trata mais do que é intratável pela insuficiência de um dos participantes do tratamento analítico, mas envolve aquilo que fica revelado pela impossibilidade de ser acessado através da cadeia significante.

5.5.2.2 O sintoma em Lacan

Incontestavelmente, Lacan foi um grande admirador da obra freudiana, propondo o retorno a este texto como o caminho para extrair as condições de novos desenvolvimentos, levando em conta o contexto e os recursos disponíveis, dos quais Freud lançou mão na produção de sua obra. Cito Lacan (1953) na introdução dos *Escritos técnicos*:

O pensamento de Freud é o mais perpetuamente aberto à revisão. É um erro reduzi-lo a palavras gastas. Nele cada noção possui vida própria. É o que se chama precisamente a dialética. Algumas dessas noções foram, em um dado momento, indispensáveis a Freud, porque respondiam a uma questão que ele havia formulado, antes, em outros termos. Só se apreende, pois, o valor delas, ressitando-as no seu contexto (p.9).

A escolha dessa posição crítica com relação aos textos freudianos é uma resposta política de Lacan visando o próprio campo psicanalítico, do qual ele fazia parte. Por outro lado, esse movimento foi gerador de uma efervescência conceitual que emergiu como abertura para a comunidade analítica tendo importantes desdobramentos no âmbito da clínica. Neste sentido, as variações que o conceito de sintoma adquire na trajetória do pensamento lacaniano, visam sempre torná-la uma ferramenta que permite

operar a clínica. Tendo isso em consideração e seguindo o objetivo de nossa pesquisa, vamos apresentar a noção de sintoma em Lacan por duas perspectivas: na primeira, situamos a passagem da hegemonia imaginária para o predomínio do eixo simbólico, concepção fundamentada no axioma de que o “inconsciente é estruturado como uma linguagem”. Na sequência, apresentamos alguns elementos que conduziram Lacan a introduzir o sintoma, não mais como uma mensagem, mas como ponto de estabilização do sujeito, diferença teórica que se mostra decisiva nas intervenções realizadas no contexto dos CAPS.

5.5.2.3. O sintoma como palavra dirigida ao Outro: do imaginário ao simbólico.

O texto conhecido como Função e Campo da Palavra e da Linguagem em Psicanálise (1953) pode ser considerado um dos marcos históricos do direcionamento que Lacan pretende dar para sua obra a partir de 1950. Imbuído do interesse em resguardar a qualidade freudiana da psicanálise, Lacan busca estabelecer parâmetros que definem a experiência analítica, ao mesmo tempo em que questiona a qualidade das práticas inscritas no campo psicanalítico. Nesse texto, Lacan faz de seu discurso um manifesto sobre o valor da linguagem na vida humana e sobre o lugar de relevância que a mesma deve ocupar na clínica, instigado com a crescente depreciação da fala pelos analistas. Ancorando o inconsciente do lado da linguagem, a palavra é situada no eixo simbólico indicando que o sintoma neurótico, da mesma maneira que o sonho, coloca em funcionamento a estrutura da linguagem e mais, precisamente, a relação do homem com a linguagem, enquanto recurso a subjetivação. Vejamos como ele situa esse apelo:

Quer se pretenda agente de cura, de formação ou de sondagem, a psicanálise dispõe de apenas um meio: a fala do paciente. A evidência desse fato não justifica que se o negligencie. Ora, toda fala pede uma resposta. Mostraremos que não há fala sem resposta, mesmo que depare apenas com o silêncio, desde que ela tenha um ouvinte, e que esse é o cerne de sua função em análise (p.248).

Lacan procura assinalar que o analista, desde Freud, ocupa o lugar de endereçamento do sintoma, condição estabelecida pela oferta da palavra via transferência. É necessário recordar que, com este recurso, inicia-se um processo de investigação que possibilita a reconstrução da história pessoal do paciente através da inclusão do inconsciente como fator diferencial na interpretação destes fatos. A função

que o inconsciente adquire serve para evitar o risco do processo analítico se fixar na interpretação da transferência pela relação entre os egos do paciente e do analista, no aqui e agora. É o que Lacan vai denominar de fala vazia, aquela restrita ao eu (p.255). Contrapondo-se a essa tendência, Lacan atribui valor à palavra plena, considerada como a manifestação do sujeito a partir da determinação do inconsciente, naquilo que se coloca como as circunstâncias da vida do sujeito. A palavra seria a mola mestra do tratamento, enfatizando que não se trata de “realidade, mas de verdade, porque o efeito de uma palavra plena é reordenar as contingências passadas” (p.257).

A estrutura clínica na dimensão simbólica define que a verdade se produz no discurso do paciente, a partir da emergência dos equívocos e das formações do inconsciente, que se colocam disponíveis à interpretação do analista ou do próprio paciente. Nesse sentido, a fala requer sempre um interlocutor, razão pela qual o sintoma, em Lacan, nesse período, deixa de ser uma mensagem que pressupõe o semelhante para recebê-la e decifrá-la, condições relativas ao imaginário, e introduz a linguagem, o Outro, como destinatário do sintoma, definição do caráter simbólico da experiência analítica. Vejamos como Lacan define o sintoma e sua relação com a linguagem, tanto em termos de estrutura quanto em termos de cura. Cabe registrar que, neste texto, Lacan não faz diferenciação do sintoma na neurose e psicose. Cito o autor (1953):

Pois se, para admitir um sintoma na psicopatologia psicanalítica, seja ele, neurótico ou não, Freud exige o mínimo de sobredeterminação constituído por um duplo sentido, símbolo de um conflito defunto, para além de sua função, num conflito presente *não menos simbólico*, e se ele nos ensinou a acompanhar no texto das associações livres, a ramificação ascendente dessa linguagem simbólica, para nela detectar, os nós de sua estrutura, já está perfeitamente claro que o sintoma se resolve por inteiro numa análise linguageira, por ser ele mesmo estruturado como uma linguagem, por ser a linguagem cuja fala deve ser libertada (p.270).

Ora, com essa declaração, Lacan visa reposicionar o conceito freudiano de sintoma em sua relação com a linguagem, ao mesmo tempo em que diferencia o trabalho que ocorre numa análise de uma mera comunicação entre duas pessoas pela introdução do inconsciente como o terceiro elemento que participa dessa estrutura. Com isso, ao incluir o Outro (equiparado ao inconsciente), Lacan mostra que na fala do sujeito existe a intervenção de uma outra instância que participa no dizer, no destino e na construção dos sentidos. Essa ênfase no Outro, como referência ao inconsciente, como lugar da linguagem será o suporte para a clínica do simbólico. Ao definir o método psicanalítico, Lacan assim o descreve:

Seus meios são os da fala, na medida em que ela confere um sentido às funções do indivíduo, seu campo é o do discurso concreto, como campo da realidade transindividual do sujeito; suas operações são as da história, no que ela constitui a emergência da verdade no real (p.259).

Nesse ponto, Lacan faz questão de assinalar de que ordem de linguagem está falando, visto desejar se afastar das confusões que a “linguagem-signo”, estabelecida pela comunicação entre o eu do paciente e o eu do analista, estava causando no cenário clínico da psicanálise. Lacan descreve, assim, essa forma equivocada de análise

A análise se transforma na relação de dois corpos entre os quais se estabelece uma comunicação fantasística, onde o analista ensina o sujeito a se apreender como objeto: a subjetividade só é admitida no parêntese da ilusão, e a fala é excluída de uma investigação da vivência que se torna a meta suprema, mas o resultado dialeticamente necessário disso aparece no fato de que, sendo a subjetividade do psicanalista livre de qualquer freio, livra o sujeito de todas as intimações da fala (p. 306).

Por conseguinte, Lacan valida a análise como uma experiência de engajamento do sujeito com sua vida, pela via da linguagem, processo que implica o sujeito em situar-se nas determinações de sua vida a partir da sua inserção na cultura. Portanto, a experiência analítica, de acordo com Lacan (1953), seria “a assunção da história pelo sujeito, no que ela é constituída como endereçada ao outro” (p.258).

Diante disso, a inovação que Lacan traz ao retomar a questão da linguagem no sintoma, diz respeito a que a verdade do sintoma não está na sua significação, mas que por seu caráter de estrutura não pode nunca dizer a verdade. Portanto, a verdade que o sintoma revela não é relativa à aquisição de um sentido que desvela o enigma, mas, justamente, ela é verdade ao surpreender o sujeito naquilo que ele acreditava e que se mostra insuficiente, medida que provoca a suspensão de saber e restitui ao sintoma seu caráter de enigma. Dessa forma, o que o sintoma recobre é a verdade da impossibilidade do reencontro ao objeto, causa de desejo. Assim, define Lacan: “O sintoma, aqui, é o significante de um significado recalcado da consciência do sujeito. Símbolo escrito na areia da carne e no véu de Maia, ele participa da linguagem pela ambigüidade semântica, que já sublinhamos em nossa constituição. Mas é uma fala em plena atividade, pois inclui o segredo do outro no seu código” (p.282). Ou seja, o sintoma está organizado em torno da impossibilidade da sua completa elucidação, logo o que se objetiva não é a sua eliminação, mas a sustentação de sua função de uma verdade que

não pode ser dita toda. Sustentar essa impossibilidade discursiva é o que cabe ao analista, na medida em que, nos diz Lacan, há sempre no sintoma uma convocação para o Outro, conforme nos diz o autor (1953):

A fala em sua função simbolizadora, ela não faz nada menos do que transformar o sujeito a quem se dirige, através da ligação que estabelece com aquele que emite, ou seja, introduzir um efeito de significante (p.297)... A função da linguagem não é informar, mas evocar. O que busco na fala é a resposta do outro. O que me constitui como sujeito é minha pergunta. Para me fazer reconhecer pelo outro, só profiro aquilo que foi com vistas ao que será. Para encontrá-lo, chamo-o por um nome que ele deve assumir ou recusar para me responder (p.301).

Retomando um exemplo de Freud acerca do Fort-Da, Lacan tenta demonstrar como a linguagem torna-se suporte na elaboração do processo de humanização, que se faz pela falta do objeto e pela possibilidade da sua metaforização. Nesta brincadeira, Freud examina um tipo peculiar de brincadeira em seu neto de 18 meses que repetia um movimento de lançar e buscar um carretel, fazendo-o desaparecer de seu campo de visão e depois retornando à cena visual. Nessa brincadeira, Freud julga que a criança está atualizando a experiência de separação da mãe, o que, nesse caso, deixa claro, ser de natureza aflitiva e não, somente, prazerosa, concluindo que a falta da mãe está sendo simbolizada pela posição ativa da criança no domínio do carretel identificada nas formulações verbais *fort* (longe) e *da* (perto). Assim, na repetição desse movimento, Freud localiza uma satisfação representada pelo domínio na experiência do abandono e outra relativa ao próprio movimento que vai além do princípio do prazer. De certa forma, esse jogo demonstra a relação do sujeito com a linguagem e nos permite vislumbrar que, no intervalo entre a ausência e a presença, se produzem as condições do simbólico e da fantasia como arranjos para a pulsão.

De acordo com a leitura de Lacan (1953), ao ver seu objeto desaparecido, o sujeito eleva seu desejo à potência secundária, ou seja, não domina apenas a privação do objeto, mas, por uma ação sobre a ausência cria, a partir da linguagem, um par simbólico comprometido com o sistema discursivo do seu ambiente, a partir do qual pode, inclusive, adquirir algum prazer. Consequentemente, o sujeito se constitui em uma relação com a exterioridade, vertente que coloca a alteridade como componente decisivo nesse processo, seja na perspectiva do outro semelhante e do Outro, como o lugar simbólico, prévio ao sujeito.

Assim, o sujeito entra na ordem simbólica e, nesta entrada, o sintoma se produz inexoravelmente. O inconsciente, sob a ótica de Lacan, faz uma reentrada no campo psicanalítico, sinalizando que a modalidade clínica relativa ao tratamento do sintoma está indicada através da equiparação que efetua entre sintoma e metáfora, na medida em que, em ambas, opera um efeito de sentido. Esses desdobramentos do ensino de Lacan foram influenciados pelo pensamento estruturalista, campo discursivo ao qual Lacan se aproxima para conceber a subordinação do inconsciente às leis da linguagem.

Os pressupostos estruturalistas acompanham a construção do viés simbólico da clínica psicanalítica. No texto *Subversão do Sujeito e Dialética do Desejo no Inconsciente Freudiano*, Lacan (1960) ressalta a equivalência da proposta freudiana do inconsciente com os postulados de Saussure e Jakobson. Nessa leitura, podemos observar que os mecanismos descritos por Freud para o processo primário, característico do inconsciente são comparáveis à metáfora e à metonímia, constatação que só faz reconhecer a presença da estrutura da linguagem no inconsciente. Com esse embasamento, Lacan vai se valer da noção de significante para falar do inconsciente ao explicar que, tanto um quanto outro não são materializáveis, não significando nada sozinhos.

Em todo seu percurso, Lacan deixa claro que a clínica psicanalítica intervém a partir dos significantes e não no plano do significado, pelo prévio estabelecido. Para que a operação analítica tenha esse encaminhamento, o analista deverá ser o lugar dos significantes, aquele que, desde seu lugar, aponta a emergência dos significantes e convida o sujeito à produção de sentido. O exercício desde esse lugar requer a desmaterialização da pessoa do analista, condição que possibilita ser instalado no lugar do Outro. Diante disso, a cena analítica está baseada numa transferência regida por uma relação de dissimetria e disparidade entre analista e analisando, impedindo qualquer possibilidade de completude, de um saber sabido sobre a falta do outro. A transferência necessária ao tratamento, ordenada pelo eixo simbólico, remete à construção provisória de um lugar suposto de saber do lado do analista, (sujeito suposto saber) a partir do qual, ele vai estabelecer o tratamento. Ao sustentar essa demanda de cura/saber do analisante, o analista ocupa um lugar de complementação do sintoma pela instauração da transferência e pela sustentação da ambigüidade que seu lugar suscita no analisante com relação ao saber sobre o sintoma. Dessa forma, o analista endereça a demanda de saber para outro lugar, que não é aquele que ocupa, mas aquele que é o do próprio inconsciente do paciente, ou mais especificamente, trabalha pela efetivação de um lugar

terceiro que, destituído da materialidade da relação dual, sustenta a combinatória significante como uma possibilidade de trabalho analítico. Diante disso, é oportuno pensar que o significante sempre está inserido dentro de uma ordem combinatória, isso quer dizer que não é possível pensá-lo independente do circuito onde se efetiva. Levando em conta o caráter postulado por Lacan para o jogo significante, Conde (2008), ratifica essa idéia:

Por estar inserido no jogo significante, um jogo essencialmente móvel e dinâmico, o sintoma pode ser transformado e recriado pelo sujeito. Aliás, este já se apresenta sob uma forma que não deixa de ser em si uma criação do próprio sujeito. Por possuir tal mobilidade, o sistema significante, que é o sistema da língua, pode fazer circular novos significados (p.35).

Temos, assim, uma demonstração do propósito terapêutico concebido para a clínica do simbólico na trajetória de Lacan: a de fazer produzir novas significações para o sintoma, possibilidade assegurada pela não substancialidade do significante, que no circuito da fala pode promover novas amarrações para o sintoma, favoráveis à participação do sujeito no laço social.

5.5.2.4. O sintoma para além do sentido: a ausência do Outro

O trabalho sobre o sintoma na clínica só se torna possível, ou seja, só adquire caráter analítico, quando o sujeito supõe uma causa que o envolve. Por essa razão, tratar o sintoma tem como premissa a existência de uma posição de responsabilidade sobre a relação que o sujeito assume quando a causa está em jogo.

Tanto Freud, quanto Lacan constataram que algo no sintoma não encontra resolução com qualquer tipo de associação semântica ou atribuição de sentido, permanecendo vigente a despeito dos claros prejuízos que acarreta na vida cotidiana. Este retrato levou Lacan a perceber o limite da interpretação significante no tratamento da neurose, impulsionando uma mudança na proposta clínica ao trazer o eixo do real – gozo- para o centro do debate. Tal redimensionamento conserva o campo simbólico como sendo de onde o analista atua, mas torna fecunda a abordagem do sintoma pela perspectiva do real, o que obriga a pensar o tratamento pela articulação dos três eixos de subjetivação e não apenas pelo simbólico, conforme apontamentos presentes no seminário XXII, RSI. De acordo com Lacan (1974), só somos capazes de operar sobre o

sintoma porque este é o efeito do simbólico no real, ou seja, o sintoma se torna manejável, na medida em que não é puro real, pela incidência do simbólico, cujo efeito vai se mostrar pelo eixo imaginário.

O real como pauta principal, já se fazia perceber nas últimas produções de Lacan, entretanto, nesse seminário, ele parece querer mostrar que o sintoma comporta uma questão sobre o gozo enquanto irreduzível a palavra e não traduzível em termos de conflito psíquico. A intervenção clínica nessa perspectiva ganhou mais um contorno, pois, não tem mais o sujeito, originado pela clivagem psíquica, como orientador da prática. Logo, a ampliação do espectro conceitual vai requerer do analista uma atualização e reformulação do seu fazer e um redimensionamento da ambição terapêutica da psicanálise.

É pertinente recordar que o procedimento diagnóstico da clínica lacaniana sempre se pautou pela presença do significante Nome-do-pai, tomado como critério que indicava a qualidade estrutural do funcionamento psíquico. Dentro desse ponto de vista, o sintoma era abordado pela sua resposta à cadeia significante organizada em torno do significante nome do pai. Ao ampliar sua visão sobre a determinação do sujeito através da articulação dos eixos subjetivos pela via do sintoma, Lacan possibilita incluir a psicanálise como recurso terapêutico na composição dos tratamentos aos sujeitos acometidos pela psicose, pela neurose grave e pelos quadros limítrofes. De acordo com Viganó (2006), o ensinamento lacaniano trouxe uma contribuição para a clínica dos novos sintomas, frutos da modificação do mal estar social, quando propõe pensar o sintoma para além da relação à neurose e à psicose pela referência ao recalque e pela formação de compromisso. Com isso, diz o autor, Lacan “deixa lugar a uma concessão mais contínua do sintoma como resposta subjetiva à impossibilidade lógica da relação sexual” (p.29). Assim, a clínica que se preconiza só pode ser feita pela estrutura particular do sujeito, o que faz com que sua política não vise o consenso majoritário ao seu discurso, na medida em que “oferece uma representação social para o lugar da exceção, e age caso a caso (portanto, não é nem ao menos uma questão de minoria)” (p.30).

A perspectiva que Lacan vai apresentar é a da existência de um limite estrutural de simbolização da pulsão que sinalizaria uma forclusão intrínseca e inevitável a todas as formas de subjetivação. Este desenvolvimento teórico encontra correspondência com a proposta freudiana de recalque originário, como sendo inacessível e, ao mesmo tempo, determinante na estruturação do sujeito. Assim, postula a existência de uma parcela da

pulsão que fica refratária a qualquer análise, em especial naqueles sujeitos onde essa condição se duplicou com o adicional da forclusão do nome do pai, como na psicose. Diante disso, trata-se de pensar a clínica psicanalítica como uma modalidade de tratamento a esse componente que, na forma de gozo atenta contra o sujeito. O que faz um sujeito com isso e como trabalha um analista levando em consideração essa presença que não se escreve para se converter em conteúdo analisável? Estas questões evocam o que, em outros termos, Lacan (1976) descreveu no seminário XXIII, sobre a responsabilidade que cabe ao sujeito sobre o seu sintoma, propondo como saída terapêutica um *saber fazer aí com seu sintoma*, onde o simbólico não se apresenta como possibilidade de enlaçar o real. Em conseqüência, a proposta de Lacan sinaliza um caminho importante para o analista na clínica no que diz respeito ao tratamento do sintoma pela via da ética e na promoção de intervenções que respondem para a circunscrição da pulsão como respostas produzidas pelo sujeito e com seus recursos que possibilitam fazer enlace com o social.

O protagonismo do sujeito e o caráter de criação, explicitados nessa formulação, está inspirado na leitura que Lacan faz do autor irlandês, Joyce, no seminário sobre o Sintoma, concluindo que a sua escrita funcionou como anteparo que impediu a eclosão de uma psicose, produzindo um lugar de reconhecimento no social. Inspirado nesse caso, Lacan indica a via literária e artística como um recurso importante para essa construção que permitiria, via de regra, algum tipo de inscrição no laço social que valide a criação. Nesse sentido, a oferta de dispositivos clínicos como oficinas de artes e escrita nos CAPS, se funda na possibilidade de um sujeito produzir alguma coisa “aí” que funcione como *sinthome*, ou seja, como o elo que amarra os demais registros de subjetivação. A escrita, feita de Joyce, caracterizaria o sintoma como o quarto elo pensado por Lacan ao sustentar os três outros registros (I.S.R.) e, com isso, dar ao sujeito a possibilidade de criação onde antes havia apenas um gozo mortífero. Essa identificação com algo que é irreduzível ao simbólico, mas identificável ao sujeito se constitui como um artifício ao sujeito que, sem ser interpretável, lhe concede um destino à pulsão e uma possibilidade de fazer laço social, conforme exemplo de Joyce.

Pensando nessa via, podemos concluir que o sintoma será sempre companheiro do sujeito, à medida que é condição de subjetivação. Tal entendimento é fundamental para pensarmos as intervenções no âmbito clínico dos pacientes acompanhados nos CAPS, pois desenvolve uma forma de compreensão sobre a relação do sujeito com seu sintoma que não se concentra na sua eliminação. Essa novidade nos permite dizer que a

intervenção do analista será sempre em direção a estabilização do sujeito tomando o sintoma e não a ausência deste como referencia. Se o sintoma não é acidental, mas estrutural a subjetivação, a clínica psicanalítica não precisa reservar-se a neurose podendo legitimar-se com trabalhos em diferentes lugares e com sujeitos de diferentes estruturas clínicas. Essa inserção é possível por entendermos que se todo e qualquer sujeito apresenta algo forcluído na sua constituição, também é verdade que sempre há algo do sujeito que se inscreve no campo simbólico, tornando-o falante a partir do conjunto de representações com as quais dirige sua existência e com o qual tenta lidar com a falta e com o gozo da pulsão. Como consequência disso, o analista, no seu ofício, auxilia o sujeito a reconhecer o furo do sentido, como marca da própria divisão, de maneira a que o gozo possa circular visando adquirir algum valor de inscrição simbólica e menos de exclusão.

Voltaremos a abordar o manejo do sintoma pelos analistas atuantes nos CAPS em nossa análise dos dados e na conclusão de nosso trabalho. Nessas ocasiões, procederemos a reflexão necessária sobre o modo como se revela no cotidiano dos serviços psicossociais e a partir de que ordem de interpretação, o analista pode se servir para estar em coerência com o projeto psicanalítico na clínica institucional.

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O propósito deste estudo considerou que uma investigação no campo psicanalítico torna-se fecunda quando toma como base de suas reflexões, a experiência singular convertida em narrativas, processo que articula clínica, sujeito e teoria. Na proposta da pesquisa, o analista entrevistador escuta os analistas entrevistados, ancorados, inicialmente na transferência à psicanálise, estabelecendo condições de fala para que o analista entrevistado ofereça elementos interpretáveis à pesquisa.

Portanto, a clínica psicanalítica no contexto dos CAPS e suas vicissitudes é a referencia fundamental que organiza e dirige essa investigação, sendo, por seu intermédio, que o trabalho se apresentou aos participantes do estudo. Com isso, entende-se que o convite para falar sobre o exercício clínico nos CAPS, junto com a garantia do anonimato da pesquisa contribuiu para que a relação entre os entrevistados e o entrevistador fluísse sem contratempos desde os procedimentos iniciais até a

finalização das entrevistas. Em síntese, a disponibilidade para a colaboração com o projeto de trabalho foi fundamentalmente determinada pela transferência à psicanálise e pela investigação ter como objeto de estudo a clínica nos serviços psicossociais, tema de interesse comum.

Assim, a reflexão foi desencadeada a partir das narrativas dos analistas pesquisados, nas quais foi possível destacar como estes operam a clínica e como se situam diante das demandas institucionais dos CAPS. Nesse sentido, não houve preocupação em comprovar a veracidade dos fatos, sendo tomado o relato como uma fala do participante que a submete, em toda sua extensão, a consideração do entrevistador. As entrevistas tiveram um roteiro concebido pelo pesquisador, mas ocorreram com liberdade de manifestação de ambas as partes, dinâmica que contribuiu para obtermos um conjunto de narrativas, marcadamente, singulares. Logo, fica entendido que todo conteúdo da entrevista é material disponível para ser analisado pelo pesquisador, seja através dos relatos de situações clínicas, de formulações teóricas, ou mesmo de comentários sobre o trabalho realizado. A escolha desse procedimento justifica-se pela necessidade de situar tanto a qualidade da lógica argumentativa quanto a posição discursiva do analista frente a estes desdobramentos. Dessa forma, ao privilegiar a clínica como ponto de partida para a discussão, contribui-se no estabelecimento e fortalecimento de possibilidades ao trabalho dos analistas nos CAPS e, por consequência, na transmissão da psicanálise.

Com a finalização das entrevistas, foi procedida à transcrição das mesmas, e, em seguida, efetuada a marcação dos elementos discursivos (indicado em negrito em cada vinheta) que se destacaram na narrativa e que foram identificados como relevantes aos objetivos propostos, no sentido de indicar a pertinência (ou não) aos princípios norteadores- sintoma e ética- da clínica psicanalítica definidos como eixos para a análise dos dados. Posteriormente, pareceu frutífero definir alguns indicadores para a delimitação dos sentidos que cumprissem a função de qualificar as narrativas em acordo com o projeto da pesquisa. Deste procedimento, resultaram quatro indicadores que permitiram examinar de forma agrupada os temas de interesse. São eles:

-Indicador 1: A psicanálise no campo psicossocial: a construção e conceitualização da clínica do sujeito na política do cuidado.

-Indicador 2: Dispositivos clínicos: atendimentos individuais, oficinas, grupos, espaço de convivência.

-Indicador 3: Tratamento para o sintoma: operação com o simbólico e o real.

-Indicador 4: Psicanálise em extensão: a aplicabilidade da psicanálise noutros campos do saber.

A partir destes indicadores, as falas dos entrevistados foram agrupadas em dois conjuntos, segundo o critério de apresentarem ou não, nas narrativas das práticas propostas, uma fundamentação analítica.

Assim, o primeiro grupo (grupo 1) foi composto por participantes que não demonstravam apropriação analítica das situações clínicas relatadas ou faziam uma apropriação limitada. De maneira geral, essas narrativas indicavam um uso aproximado dos conceitos denotando uma insuficiência no que tange a elucidação e articulação com a clínica. Nesse grupo, as vinhetas caracterizam-se por serem sucintas ou por constituírem-se como relatos das situações com indicação precária do componente psicanalítico, conforme poderá ser observado na análise dos dados. Neste grupo, incluímos os participantes aqui descritos como P1 e P3.

O outro grupo (grupo 2) foi composto pelas manifestações dos analistas, cujo conteúdo indica tanto um domínio conceitual quanto uma prática reconhecível em um fazer analítico, destacável nos relatos dos participantes sobre a sua experiência, nos quais acompanhamos a tradução simultânea da clínica pela teoria e vice versa, na própria narrativa. As narrativas são mais longas e mais detalhadas, sugerindo um encadeamento entre a clínica e sua correspondência conceitual, exemplos que podem ser acompanhadas subsequentemente na análise dos dados deste grupo, que foi composto pelos participantes aqui descritos como P2; P4; P6; P7 e P8.

Cabe uma ressalva com relação ao participante descrito como P5. Na sua entrevista, destacam-se alguns trechos que indicam a ausência de elementos que responderiam aos critérios de inclusão para o grupo 2, sendo, portanto, referida ao grupo 1. Por outro lado, outros fragmentos, da mesma entrevista, indicavam a presença de aspectos que viabilizariam, teoricamente, sua pertinência ao grupo 2. Nesse sentido, decidiu-se por não criar uma nova categoria para a leitura dos dados, incluindo os trechos da fala da analista conforme a interpretação feita dos mesmos. Portanto, o participante cinco terá sua narrativa analisada em ambos os grupos.

As informações sobre o funcionamento dos CAPS e as dificuldades institucionais dos serviços apareceram inseridas no contexto das próprias falas dos entrevistados e foram referidas na análise, sempre que se achou oportuno relacioná-las com o contexto da vinheta clínica. Os dados de identificação dos participantes serviram, em alguns momentos, como elementos auxiliares de interpretação. Observa-se, porém,

que os mesmos não foram utilizados de maneira decisiva, visto que, na definição do conjunto de participantes, foram eleitos critérios de inclusão que funcionassem como comuns a todos, como por exemplo, o tempo mínimo de trabalho no CAPS e a apresentação pública de alguma produção teórica sobre seu trabalho que esclarecesse sobre as condições de sua autorização e de seu reconhecimento como psicanalista.

A fim de ilustrar o procedimento, segue um trecho de uma entrevista incluída no grupo **1**, na qual **P3** discorre sobre os atendimentos individuais que realiza no CAPS e como avalia as diferenças com a demanda de consultório: *“De escuta **não vejo**, na minha escuta **eu não vejo nenhuma**, agora é claro que têm pacientes aqui que eu já, se pudesse, eu pediria pra deitar, entendeu, já, é a mesma, isso é uma coisa assim “ah bom, **não tem problema** se tiver sentado de frente a frente”, não, **não há problema nenhum**, eu to ouvindo aqui, **eu to ouvindo aqui e vou ouvir da mesma maneira**, mas se eu tivesse no consultório com aquele paciente já teria pedido pra deitar”*.

Em princípio, seria possível afirmar que a argumentação apresentada pela entrevistada é pertinente à clínica psicanalítica, visto que essa se ocupa da escuta relativa ao inconsciente, sendo, portanto, alheia aos componentes de natureza imaginária ou mesmo de ordem sócio-econômica. Entretanto, cabe registrar da fala da participante, os limites na apreensão dos elementos teóricos condizentes a questão de um enquadramento analítico associados à insistência na negação como argumentação da sua posição, sem apresentar e discutir os atravessamentos inerentes ao exercício nesse formato. Se esses elementos não comprometem a escuta do analista, eles deveriam, de toda maneira, serem localizados e justificados no momento em que se discorre sobre o tema. Enfim, conclui-se que a participante apenas afirmou uma concepção de trabalho pela negação, o que tornou sua resposta sem possibilidade de ser reinterrogada, razão pela qual, a narrativa foi referida ao grupo um.

6.1. Indicador 1: A Psicanálise no Campo Psicossocial: a construção e a conceitualização da clínica do sujeito na política do cuidado.

Um dos primeiros desafios a que o analista é submetido ao adentrar nos CAPS é o de situar a especificidade do seu fazer, levando em consideração os princípios que constituíram a proposta psicossocial e que forjaram a construção de um novo modelo de atendimento em saúde mental. O movimento que culminou com a reforma psiquiátrica

contou, em grande medida, com a presença de psicanalistas que trabalharam em seu favor. Portanto, a relação com os princípios do movimento não é nova, nem causa estranheza ao campo psicanalítico. As diferenças que surgiram no transcorrer do tempo, não impedem que se reconheça que, tanto na origem, quanto no momento atual, os analistas são personagens relevantes neste cenário. Esse fato é corroborado pela história profissional da maioria dos entrevistados que relatam seu engajamento político durante o período inicial da luta anti-manicomial e como essa relação se desdobrou para uma conduta crítica que tem na psicanálise, fator propulsor.

Sem abdicar dos propósitos humanitários da reforma, P8, esclarece com sua vinheta incluída no grupo 2, que a contribuição que a dimensão psicanalítica proporciona ao contexto psicossocial se faz pela apresentação de um projeto clínico diferenciado do modelo médico e da concepção psicossocial, que orienta e subsidia o trabalho com os sujeitos com quadros psiquiátricos graves:

*“É preciso pensar **os dois lados**, uma moeda não tem um lado só, e do lado desse, vamos dizer assim, dessa pessoa, pra diferenciar um pouco a história do sujeito cidadão do sujeito do inconsciente, **são dois sujeitos, são duas concepções de sujeito diferentes** aí, quando to falando de sujeito, **não é o mesmo conceito** o sujeito cidadão e o sujeito do inconsciente. Então o que é essa pessoa que tá numa crise psicótica, que é um psicótico, tem de responsabilidade na dificuldade da inclusão social?” .*

A diferença indicada pelo analista, de que o sujeito não se confunde com o cidadão, é a contribuição teórica que faz a entrada do analista neste contexto. Conceito que marca a especificidade presente na diversidade de intervenções que o analista pode propor em seu trabalho e que se torna uma importante bússola na constituição e no acompanhamento dos projetos terapêuticos singulares.

Nas instituições surgidas com o movimento reformista, a direção do tratamento está sustentada numa lógica de atenção que prevê intervenções de atenção e cuidado que valorizam a noção de autonomia dos sujeitos afetados com grave sofrimento psíquico. Portanto, os projetos terapêuticos não se desenvolvem pela obra de um único profissional ou pela incidência de uma única modalidade clínica, circunstância que determina que vários integrantes da equipe tornem-se responsáveis pelo caso. Isso quer dizer que inúmeras preocupações e situações participam do jogo clínico no cotidiano dos CAPS, conforme indicação de P4, cuja narrativa integra o grupo 2:

*“Então assim, o **CAPS tem essa função que é psicossocial**, então tem algo aí, por exemplo, tem um paciente adolescente, muito grave, inclusive tem um situação*

de fragilidade dos laços familiares, é um paciente, por exemplo, que a gente durante um período fez o CAPS ficar como mediador da relação dele com a mãe, então ele chegava aqui as oito horas da manhã e ia embora as cinco, não é porque a gente supunha que das oito as cinco são ia ter intervenção analítica o tempo todo, mas o CAPS fez a função de dar um suporte ai, trabalhando com essa mãe, escutando nela como sujeito, fazendo essa separação dela com ele ai.”

Como se pode perceber, alguns procedimentos da rotina dos CAPS não se constituem como prática de um analista e remetem ao projeto psicossocial do serviço, como quando a entrevistada diz sobre a função psicossocial do CAPS de dar suporte e mediar a relação entre mãe e filho. Entretanto, a analista pode acompanhar ou contribuir com o funcionamento psicossocial pelo cuidado e atenção necessária em alguns atos desenvolvidos no CAPS, sabedora dos lugares distintos que ocupa diante das diferentes demandas institucionais.

Com efeito, a circulação de lugares clínicos, como o demonstrado acima, também, parece ocorrer com algumas categorias conceituais que participam da dinâmica institucional, pelo uso freqüente e compartilhado entre os integrantes das equipes. Isso se dá, em boa parte, porque o trabalho interdisciplinar tem a necessidade de criar conceitos categorias que permitam a interlocução com a diversidade discursiva que compõe o seu cenário. Nessa perspectiva, ao ser perguntado sobre a especificidade do trabalho do analista e sobre a viabilidade da psicanálise no CAPS, P1 propõe uma elaboração da questão que o situa no grupo um:

*“Essa pergunta não é uma pergunta fácil, bem, eu acho que tem a ver com a escuta? **Eu não consigo...** quando eu penso se haveria alguma outra possibilidade de eu estar no CAPS sem escuta psicanalítica, **não é viável** ? **eu acho** que a escuta psicanalítica atravessa, se você tem uma formação psicanalítica, a tua escuta e o teu trabalho seja lá onde for, eu acho que num CAPS... vai te atravessar, pela psicanálise.....É claro, **eu não acho**, o fato de eu ter uma escuta psicanalítica não significa que tudo que eu faço aqui é análise, que todos atendimentos que as pessoas tem comigo sejam atendimentos psicanalíticos, **eu acho** que isso tem uma diferença, e eu acho que essa... e **eu acho que é mais difícil mesmo**”.*

Notadamente, a resposta carece de elementos consistentes que sinalizem uma crítica mais elaborada sobre o processo clínico. Essas dificuldades são visíveis ao expressar não é uma pergunta fácil, eu acho que tem a ver, e eu não consigo, eu acho que é mais difícil mesmo. A formação analítica, dada como garantia para o seu trabalho, mostra-se perdida no contexto, parecendo funcionar como um remendo ante a dificuldade de elaboração da questão apresentada.

Situação distinta é percebida na vinheta de P2, que usa justificativa semelhante, mas procede a contextualização da sua resposta, dando alguns elementos necessários para compreendermos os aspectos envolvidos na operação analítica:

*“A escuta analítica é uma só não é? A do sujeito... o sujeito está no CAPSi, está no consultório, individual, a diferença talvez ali... está ali **entre muitos**, porque ali tem vários **na mesma**, mas **na medida em que eu tomo** alguma coisa que aparece lá, daquele sujeito, é dele, só dele,....eu não diria que, por exemplo, num CAPSi eu tenho de ter uma chave individual, que é pra ouvir melhor alguém...”*.

Ao situar a presença de elementos exteriores ao sujeito e ao contexto convencional, como quando refere que se está entre muitos, que estão na mesma, o participante destaca o reconhecimento destes aspectos e, ao fazer isso, atribui ao seu ato às condições de independência dos mesmos, ou seja, confirma que a escuta que o analista faz é relativa ao inconsciente. Além disso, vê-se na expressão *na medida em que eu tomo*, a manifestação de uma posição clínica ao situar a sua escuta como promotora da diferenciação do coletivo.

A narrativa de P6 segue essa mesma direção e, por isso, foi inserida no grupo 2, por elucidar como o método da psicanálise colabora com o projeto psicossocial de singularização dos tratamentos, ao fazer comparecer a dimensão clínica em favor do projeto político, situando uma das circunstâncias que demarcam o trabalho do analista e o torna único: a lógica do tempo relativa ao inconsciente:

*“A psicanálise nos ajuda no sentido de apostar nos efeitos que a palavra, que a escuta pode produzir, e também isso que é considerar esse tempo que é **o tempo do inconsciente**, de que as coisas não se resolvem com prescrições, que **não se pode desconsiderar o sujeito do inconsciente**”*.

Ao promover esta demarcação, a analista indica a valorização da fala como recurso terapêutico, caracterizando o modo como ela opera na clínica psicanalítica a partir do eixo simbólico na qual fica excluída a prescrição de condutas normatizadoras.

O entrevistado P8, cujo trecho a seguir, foi inserido no grupo 2, ao ser inquirido para elucidar o que chamava de “escuta psicanalítica”, remete-se a teoria para qualificar a clínica, demonstrando em sua exposição a presença de uma articulação do conjunto conceitual com a prática, revelada pela presença de perguntas e respostas que denotam o enlace entre o conhecimento e a prática:

*“O que eu vou chamar de escuta psicanalítica é, é o entendimento que, quais são, como é que se dá a **estrutura de um sujeito psicótico**? Como é que ele lida, com os **três registros**, com o real, imaginário e simbólico? E como é que ele consegue a partir disso, do seu modo de estruturação subjetiva, lidar com um **mundo onde o falo é o elemento central** que faz girar a roda”.*

Assim, fica claro que na clínica concebida no horizonte psicossocial, o analista é uma figura que circula em lugares clínicos distintos para os quais precisa o domínio e manejo tanto das noções psicanalíticas como aquele relativo ao viés psicossocial para poder intervir de ambos os lugares e com a apropriação conceitual adequada preservando as condições transferenciais. Essa indicação mostra-se na vinheta de P4, incluída no grupo dois:

*“Na verdade, assim a gente, a gente tem, essa multiplicidade de coisas assim. Quando já tem um analista que tá ali com esse outro, **eu posso tá fora desse lugar** e aí eu to fazendo outras coisas com esse menino. Quer dizer assim, eu não sou analista de todo mundo o tempo inteiro, mas, **pra alguns** que são os meus pacientes de referência **eu to nesse lugar**, e assim, **nesse lugar que eu me mantenho** e as minhas intervenções elas vão tá sempre, nessa direção”.*

Com efeito, a vinheta da participante P7, inserida no grupo 2, faz eco à discussão sobre a diversidade de atribuições e responsabilidades que a clínica psicossocial encaminha para os profissionais que compõe seu quadro, inclusive ao analista. Sua narrativa destaca, num primeiro momento, o cuidado para não transformar o projeto terapêutico em uma imposição de ideais, deixando espaço para as manifestações que não carregam diretamente esse viés:

*“É, isso também tu introduz, sabe, que **não necessariamente, tudo que um paciente vai fazer num CAPS tem que ser terapêutico**, terapêutico, terapêutico. Pensar o CAPS como um lugar de vida, eu acho que é bem interessante. E aí isso assim, por exemplo, quando vai pro ateliê de escrita, se eu leio alguma poesia que eu faço que pode despertar coisas, **eu trago**, eu mostro, sabe, **eles também trazem**, e essa coisa de potencializar a capacidade de pensar, sabe, de despertar isso, de provocar isso, essa coisa de poder pensar”.*

Por outro lado, a mesma entrevistada dá indicações dos componentes teóricos que sinalizam a especificidade do trabalho analítico, situando um lugar de trabalho junto a equipe que diz respeito a clínica e a convocação do próprio analista sobre as transferências que pode produzir:

*“Se o psicanalista ele, hã, tem alguma coisa que nos especifica é a questão do **saber inconsciente**. Bom, disso a gente **só sabe pelas manifestações**, então não*

tem como a gente tomar isso como se a gente for pensar na questão do conhecimento. Se a gente vem de uma forma totalizante, a gente não consegue nada e aí a gente sai da posição analítica... se tomar também como um partido, como alguém dividido, eu acho que isso é condição pra que tu faça um trabalho dentro de uma ética psicanalítica”.

Ao remeter ao analista, a responsabilidade sobre a transmissão da psicanálise, P7 lembra que essas condições estão atreladas ao percurso de formação que o próprio praticante alcançou e sobre a maneira com que elabora a sua posição analítica, enquanto, um saber sobre o não saber, que é outra forma de se referir a ética da psicanálise.

Nesse cenário dinâmico e intenso, um dos maiores desgastes que as equipes dos CAPS sofrem, diz respeito a pressão sofrida em vincular seus projetos terapêuticos a exigências burocráticas e institucionais. Em razão disso, ocorre, muitas vezes, que os projetos terapêuticos singulares e, no caso a seguir, a definição da frequência dos atendimentos individuais fique a mercê de critérios que não respondem ao projeto clínico e analítico para os mesmos. Esses dilemas, quando passados para a esfera individual do analista, também devem ser equacionados, fato que é percebido no depoimento abaixo de P3, logo situada no grupo 1:

“Frequência, isso vai para cada caso mesmo, por exemplo, se é um paciente que eu atendo e mesmo que seja um paciente que esteja necessitando de mais vezes até pra vir, mas eu só vou poder ouvi-lo duas vezes por semana que são as vezes que estou aqui, entendeu. Então, tem pacientes que estão vindo mais vezes, mas eu estou aqui duas vezes, então vou fazer aquilo que eu posso, o máximo que eu posso aqui, é, agora, essa frequência, isso varia mesmo pra cada caso”.

Evidentemente que existem elementos que ordenam as relações de trabalho, inclusive a que trata da carga horária. Entretanto, chama a atenção, que a argumentação da participante não valorizou os efeitos na direção de tratamento dos pacientes, o que pode significar uma menor implicação nos casos em atendimento.

Em contrapartida ao relatado acima, a narrativa de P6, incluída no grupo dois, apresenta-se diferente, onde é possível perceber um comprometimento ético do analista ao se interrogar sobre o que faz nos CAPS, numa posição que mostra uma direção da resposta sem deixar a questão aberta, sem resposta:

“Porque tu exerce a clínica em espaços bastante diferentes e inusitados, então é ali que a gente vai ter que se perguntar o que sustenta a clínica, e não é absolutamente um espaço físico, determinado setting,, mas é uma posição de escuta e de intervenção, a partir da transferência. Então as vezes a gente fica se

perguntando, sim, tanto nos espaços de reuniões quanto nas intervenções clínicas, oficinas, enfim, passeios, situações em que a gente se vê e se pergunta “isso aqui é psicanálise? O que é que tem haver com psicanálise?”.

Caminho semelhante é percorrido por P5, registrado na vinheta do grupo 2:

*“Ahh com certeza, eu acho que minha prática do início e de hoje, tem muitas alterações, assim, e **nessa linha da autorização**, porque isso assim, eu acho que a gente fica principalmente quando é no início, o **que é uma psicanálise** numa instituição público, quais são os limites, o que é puro, o que não é puro, o que não é psicanálise, o que é psicanálise? To chamando o pai do paciente não é mais psicanálise, pensando sintoma no imaginário, coisa que a gente vai, acho que vai na própria práxis assim, a gente vai refletindo, vai podendo, **estabelecendo outros estilos também de escuta, desde por exemplo de espaço físico**”.*

Nota-se nas falas das participantes que as interrogações presentes nas narrativas foram respondidas na própria vinheta. Portanto, as interrogações que finalizam os fragmentos podem ser compreendidas como sendo relativas a uma posição necessária a todo procedimento analítico que se inicia pelos seus princípios, mas que, pela ausência de regras, vai estar na dependência de um *a posteriori*. Portanto, as perguntas das analistas não são tomadas como um desconhecimento, mas como uma posição que se produz como relativa a ética do analista.

Isso posto, é necessário avançar sobre como a necessária apreensão clínica não se mostrou na narrativa de P1, inserida no grupo 1, na qual apresenta uma teorização precária para elucidar o recorte clínico sobre um procedimento atípico ao *setting* analítico, mas possível na saúde mental como acompanhar o paciente ao ponto de ônibus, encaminhar a internação:

*“**Eu acho** que foi a partir de transferência... de **alguma coisa** que eu escutei”.*

Embora, a referência ao conceito de transferência seja legítima, sua justificativa “eu acho, de alguma coisa que eu escutei”, não sustenta a escolha do seu ato, do ponto de vista analítico, denotando a imposição de um conceito para justificar o seu procedimento. Proceder à diferenciação entre a lógica do cuidado com seu fundamento político, característica da saúde mental, e a lógica do singular, específica da psicanálise, permite lidar com ambas já que, muitas vezes, comparecem, simultaneamente, no cotidiano do CAPS.

Assim nesses casos, problematizar as diferenças entre o exercício clínico privado com aquele realizado no universo institucional é uma postura esperada para os analistas que trabalham nos dois segmentos. De acordo com o participante, P3, não existem diferenças na prática de um analista, se considerarmos o *setting* como referencia. Efetivamente, a intervenção que se espera diz respeito a essa “posição” que é irredutível ao *setting* e que responde a outros critérios:

“Não, eu não vejo dificuldade nisso não... é claro que nem todo paciente que eu escuto aqui, por isso que eu to dizendo dessa diferença, é, eu escuto pelo meu lugar de analista, mas não quer dizer que todos vão chegar a análise, não. Muitos vão vir e muitos vem falando dessa questão, da sua questão da dificuldade socioeconômica, os moradores de rua mesmo, mas mesmo assim é, de que lugar esse sujeito ta falando mesmo na precariedade de vida dele, eu acho que a gente tem que ultrapassar isso, sabe assim, ultrapassar mesmo”.

A entrevistada afirma não ver dificuldades para proceder a escuta de pacientes com importante grau de vulnerabilidade social, visto que o seu trabalho está para além desses elementos. Assim, embora, a fundamentação proposta esteja em acordo com os princípios da clínica psicanalítica, a narrativa foi incluída no grupo 1, por restringir-se a um relato sem maior complexidade.

É importante para o analista saber sobre os fundamentos do seu *modus operandi* já que este vai se estabelecer desde sua entrada na instituição, condição que vai facilitar a demarcação e o diálogo com os demais discursos pela sua especificidade. Nesse sentido, a vinheta trazida por P4 ajuda a esclarecer como isso pode ser desenvolvido e dá indicações dessa importância na definição e constituição dos dispositivos clínicos. Por essa razão, sua narrativa faz parte do grupo 2:

“Porque a gente acha que o dispositivo tem que ter afinidade com a estrutura psíquica, e aí entra, a gente ta trabalhando com crianças autistas, psicóticas, basicamente é, que, não fazem grupo, porque não tem nem eu constituído”.

Pode ser percebido no trecho acima, o analista precisa assegurar o acesso ao seu lugar, construção que se favorece com uma apropriação conceitual precisa que apresenta um modo de pensar a clínica pela lógica da estrutura psíquica, como vista no depoimento acima.

Em acordo com esse pressuposto, P2, apresenta em sua narrativa, localizada no grupo 2, as implicações da expansão do consultório rumo ao espaço coletivo, feitas, não

apenas como resposta a demanda psicossocial, mas como exigência de inventar um lugar clínico possível nos tratamentos para o campo da psicose e do autismo:

“A direção do tratamento não é necessariamente que tenha que colocar uma análise.....Então as vezes durante um jogo se há um garoto que consegue falar minimamente, por exemplo, durante um jogo de futebol, durante um jogo, por exemplo, esse menino que eu te falei que tinha um diagnóstico de esquizofrenia, as entrevistas com ele se davam jogando bola, enquanto ele chutava no gol e eu era o goleiro e tentava pegar a bola, eu ia pedindo que ele me falasse...”

Por fim, uma nova questão diz respeito às diferenças que podem se produzir no trabalho do analista, quando ele é apenas um, integrando a equipe ou quando ele participa de um serviço composto por uma equipe que se orienta pelo discurso psicanalítico. As narrativas que abordam o assunto foram incluídas no grupo 2, por articularem as diferenças e as vantagens presentes nesse comparativo. Iniciamos pelo participante P5, integrante do CAPS II:

*“Eu assim eu meio que tinha uma esperança de tornar o CAPS aqui um CAPS psicanalítico (risos), que a clínica estivesse em todos os fóruns, que tivessem princípios que fossem comuns, as áreas, pudessem operar pelo menos com alguns princípios, comuns, alguns, por exemplo, do inconsciente, de transferência, de... sabe algumas coisas assim que tivessem essa visão do que é desejo, singularidade, caso a caso, algum eixo, assim, comum, eu tinha, **desejaria muito**”*

Na seqüência, a fala de P2, integrante de um CAPSi:

“Então no CAPSi como o direcionamento é analítico, a gente percebe que as oficinas tem que ser montadas a partir do que os pacientes trazem na medida em que isso tem a ver com a história subjetiva deles, que isso tem algum lugar, por exemplo, se ele traz a questão da música, se outro traz também, que você começa a verificar que não se trata de uma mera repetição, mas que isso tem a ver com ele....”

Na vinheta seguinte, P4 comenta:

*“Eu penso que **deve ser diferente**, um analista entrar numa equipe, dentro de um CAPS, de um CAPSi, em que a direção não seja essa, direção psicanalítica, o serviço ter essa direção clínica. Aí eu **acho que tem uma diferença**, como a nossa direção é psicanalítica, e isso quer dizer que o que vai dirigir as nossas intervenções vai ser o que a gente puder é, falar e construir o caso clínico daquele sujeito, então a direção assim quem vai dar é o sujeito, é isso que a gente coloca, então, a gente não decide uma visita domiciliar sem levar em conta os ditos, os atos desse sujeito...”*

Com efeito, é a natureza multidisciplinar dos novos serviços de atenção em saúde mental que vai permitir que o analista componha, em conjunto com outros

profissionais, a equipe de trabalho dos CAPS. Sua participação faz parte deste projeto político que preconiza o tratamento do sujeito pela complexidade da existência, leitura ética que tem como consequência, a implementação de ações multidisciplinares na terapêutica da psicopatologia.

6.2. Indicador 2 - Dispositivos Clínicos: atendimentos individuais, oficinas, grupos, espaço de convivência e reuniões de equipe

Os atendimentos individuais constituem-se como a modalidade clínica psicanalítica, por excelência. A descoberta do sintoma neurótico promoveu a palavra como instrumento clínico, o sujeito do inconsciente como desencadeador e a relação entre analista e analisante num ambiente privado, como condições para a experiência analítica. Esse é o modo de pensar a prática concebida por Freud. Mudar as configurações estabelecidas por ele tem suas consequências e é em torno do que implica como causas e como efeitos dessas mudanças, que foi solicitado aos analistas entrevistados nos CAPS que falassem sobre o assunto.

A modalidade individual de atendimento continua sendo um dispositivo de trabalho viável ao analista no cenário institucional, porém, a prioridade dos mesmos sobre outros recursos ou mesmo a sua configuração recebe tratamento flexível. É oportuno registrar que os atendimentos nos moldes semelhantes à clínica privada são mais constantes com os pacientes dos CAPS ad e menos frequentes com aqueles dos CAPSi e CAPS II. Essa situação pode ser explicada, parcialmente, pelo CAPS ad receber para atendimentos, alguns sujeitos que, para além da problemática envolvendo a dependência de substâncias psicoativas, estão referidos à estrutura neurótica. Nesse caso, estão preservadas as condições de relação do sujeito com o sintoma, compatíveis com a proposta convencional de atendimento mediada pela transferência ao analista, diferentemente do que se percebe nos CAPSi e CAPS II.

Essa situação se evidencia na vinheta de P3 que faz parte do grupo 1. A analista, integrante de um CAPS ad, afirma que o atendimento individual se constitui como sua modalidade clínica privilegiada, no que tange a carga horária disponível para as sessões, como, também, na sua preferência. Afirma:

“To muito no atendimento individual, muito”.

O muito descrito pela entrevistada surge como indicador da posição do analista diante desse dispositivo, demonstrando ser onde se encontra mais confortável na relação com as demais intervenções, de acordo com a declaração que segue:

“E eu acho que, não vou negar isso, que eu atendo é, que eu escuto melhor, que eu acho que, escuto melhor, é tão esquisito dizer isso, mas eu acho, não sei se porque to sozinha ali mesmo, sou ali conduzindo na direção do trabalho que é mesma do analista assim, é, eu acho que tem mais efeitos, não sei se tem mais efeitos, eu é que acho, atualmente a questão transferencial, ali se dá, claramente”.

A atividade é informada como sendo importantíssima, deixando clara a afinidade com o modelo tradicional da clínica psicanalítica, no qual os atravessamentos institucionais são minimizados. Entretanto, a ressalva à narrativa, advém pela menção ao aspecto transferencial, avaliado como presente nesses casos: aí ele se dá, claramente, eu escuto melhor. Com isso, deixa em aberto as dificuldades quando ao manejo com os demais dispositivos que participa por não saber como identificar os efeitos transferenciais nos mesmos e pela não clareza sobre a idéia de escutar melhor.

Outra de nossas entrevistadas, integrante de CAPS ad, sugere como critério analítico para avaliar suas intervenções no âmbito dos atendimentos individuais, sua própria análise. P1 comenta em sua narrativa, incluída no grupo 1:

“Eu acho... que o que tem de específico, eu acho que o que se tem de específico, pelo menos no meu caso, pelo menos eu penso assim. Eu faço análise a quinze anos, então acho que isso faz diferença, na maneira como eu vou escutar os caso, independente das dificuldades você ta num serviço público... como que eu posso explicar, mas é garantido que tem algo específico no meu trabalho”.

A narrativa elucida o caráter imaginário que sustenta a atuação junto aos CAPS ao fazer menção a análise pessoal, que, seguramente é condição para o trabalho do analista, mas insuficiente para responder ao que se coloca como desafio no campo psicossocial. Da mesma maneira, garante a especificidade analítica do fazer, sem detalhar sobre a mesma, optando por uma resposta imprecisa (*mas é garantido*).

Se a presença de analistas na clínica do CAPS já é um fato viável, a sua forma de participação, ainda é um processo em construção. De maneira geral, suas intervenções costumam ir além daquela representada pela tradição freudiana. No caso particular dos CAPS, decorrendo disso, a desconstrução progressiva da representação do analista fechado em sua sala e na monotonia de um discurso que não dialoga. Esse

novo status parece familiar aos entrevistados e a forma como argumentam a sua participação nestes dispositivos, interessa esclarecer, como, por exemplo, nas atividades de formato coletivo ou no ambiente coletivo, que comparecem de forma expressiva nos projetos terapêuticos dos sujeitos acolhidos nos serviços.

O trabalho realizado em grupo não tem anuência de grande parte da comunidade de analistas, encontrando objeções quanto a sua inclusão na clínica psicanalítica. Cabe ressaltar, todavia, que a população de usuários de álcool e drogas que acessa os CAPS ad, identifica essa modalidade de atenção como sendo um dos principais recursos terapêuticos para seu tratamento. Afora o contexto dos CAPS ad, as intervenções concebidas sob o formato de grupo, ou não são mencionadas ou são contestadas pelos demais entrevistados. Portanto, essa questão é central para os analistas que trabalham nestes locais já que é praticamente inevitável que esses dispositivos sejam oferecidos por parte dos profissionais ou mesmo a pedido dos pacientes, familiarizados com essa operatividade clínica.

Tendo isso em consideração, o que fica para o analista, vinculado aos CAPS ad é o compromisso de esclarecer como o dispositivo grupal pode operar pela psicanálise, o que não aparece na seguinte fala de P3, que faz parte do grupo 1:

*“E a gente escuta o que essas pessoas vem, é mesmo um trabalho de grupo assim, então o que, sempre tenta **retornar pro grupo** que elas podem ali produzir naquele grupo, que a gente tem uma tendência muito assim, **uma fala, daqui a pouco outra fala** apresentando seu problema para os analista assim, “o meu filho, o meu marido”, ai a outra espera aquela que acabou de falar e diz “ah, o meu filho”, como se fosse o momento de cada uma falar para o **terapeuta** e não uma coisa de grupo, então a gente tenta o tempo todo que esse grupo vai produzir, é o grupo que vai produzir ali questões”.*

O depoimento acima revela um modo confuso de explicar e compreender o processo clínico possível no dispositivo de grupo e não deixa clara a direção analítica do mesmo. Em alguns momentos, deixa a entender que as falas são escutadas individualmente, noutras sugere vir do grupo, como um todo. Isso conduz a concluir que a referência a “terapeuta” que surge em sua narrativa, confirma as dificuldades e as dúvidas quanto à pertinência dessa experiência pelo viés da psicanálise, o que não exclui que o procedimento possa ser incluído numa outra perspectiva clínica do CAPS. A fim de justificar a proposta clínica deste grupo, a mesma participante declara no fragmento que segue e que foi incluído no grupo 1:

*“Pra que essa **palavra circule livremente** e cada um fale de si”*

Embora seja visível que a entrevistada busque associar sua prática ao método da associação livre, parece que o objetivo proposto mostra-se mais próximo de um viés psicológico de oferecer alívio e reconhecimento por intermédio da aceitação de uma fala sem recriminação, do que conseguir implicar o sujeito naquilo que pode surgir do que diz.

Com efeito, as experiências de trabalho com grupos é um dos pontos mais nevrálgicos da prática do analista no circuito institucional, por colocar de saída a problematização da noção de eu na psicanálise em sua dimensão de sujeito dividido que interroga o processo de grupo pelo viés da identificação. Do lado da instituição, ou seja, da demanda psicossocial, esse formato clínico tem ampla aceitação e uso. No trecho de P3, que segue abaixo e que está inserido em nosso grupo 2, foi solicitada a mesma que explicasse o manejo da transferência na modalidade de grupo, que era uma de suas atividades:

*“Agora que que acontece, **nesse ponto da transferência**, o que acontece é uma questão que a **gente vem discutindo** no CAPS, que a grande maioria dos familiares que vem aqui pro grupo, são familiares de pacientes que eu atendo e são familiares de pacientes que essa colega atende, entendeu. Então **há transferência**, há de alguma maneira porque a pessoas vem falar com a terapeuta lá do grupo, vem buscar a terapeuta do meu filho, do meu marido, sei lá do que, tem aí alguma questão, “quero saber o que tá acontecendo”, , mas ainda não é subjetivado, o que isso tem a ver comigo e então isso a gente procura fazer no grupo...”*

A questão da transferência é referida, mas sua centralidade, como operador da clínica não aparece esclarecida, situação que impede que possamos verificar como articula sua manifestação no grupo com o componente teórico.

Paralelo a essa situação, é possível inscrever a narrativa de P4 no grupo 2, na medida em que a mesma apresenta as razões para discordar da modalidade de grupo como um dispositivo analítico. Ao proceder dessa forma, a entrevistada complexifica o próprio dispositivo, fazendo surgir os elementos que impedem, na sua interpretação, que o mesmo possa receber a adjetivação de analítico:

*“Hoje em dia, eu penso que **o grupo, ele faz objeção à psicanálise... porque o que acontece?** O grupo, ele faz a identificação, é a própria análise que o Freud faz, é, na Psicologia das massas e a análise do eu, que, mostrando assim, que o grupo, ele ao invés de propiciar, diminuir o eu, que racionaliza, que tenta é, vamos dizer assim, que tenta barrar o inconsciente, **ele faz crescer o eu, ele é um espaço propício pras identificações egóicas**, a tudo que faz barreira assim pra abertura*

do inconsciente. Então assim, hoje eu penso isso e a nossa proposta desde o início foi assim, receber um coletivo de crianças e jovens, mas assim, não ter nada que investisse em grupo”.

Nessa declaração podemos identificar a preocupação da analista em apresentar as razões para sua posição, feita de maneira ativa e clara, apoiando-se numa fundamentação precisa e rigorosa do corpo teórico da psicanálise, argumentando a partir de uma posição interrogativa, *por que o que acontece?* Por outro lado, podemos destacar da sua fala, uma referência ao tempo atual. Diz ela: “hoje em dia” e “hoje eu penso” ao situar a sua oposição com relação às propostas de grupo. Essa ressalva é necessária, visto que, a entrevistada tem uma longa história de trabalho com a psicanálise e com os movimentos ligados a reforma psiquiátrica, no qual incluí um período onde trabalhou com esta abordagem e que na narrativa consegue diferenciar do que seria o coletivo.

O tratamento visado aos sujeitos acolhidos pelos CAPS, pensado a partir da perspectiva psicanalítica, prevê o estabelecimento de uma rede que privilegie a dimensão significativa do sujeito. Nesse sentido, as propostas terapêuticas projetam intervenções que possam servir de instrumentos para o acesso a linguagem que se convertam em escoras simbólicas na construção de laço social. Essa parece ser a direção das oficinas mencionadas nos relatos abaixo, onde o recurso ao coletivo se apresenta como ordenador deste dispositivo clínico.

Assim, a participação dos sujeitos nesses formatos obedece à lógica de um coletivo que não se faz como um todo. Isso significa que o eixo central que opera essa proposta localiza o sujeito como um efeito da linguagem que pelo seu caráter simbólico pode se manifestar em diferentes materialidades que não apenas a fala. Dessa maneira, a função do analista é destacar essa possibilidade ao sujeito, ato que transforma as oficinas em lugar de clínica. Sobre isso, a participante P5 demonstra hesitação quanto ao dispositivo que conduz, descrevendo a oficina de que participa pelo negativo à psicanálise:

*“Não é uma atividade psicanalítica em si, era um espaço aonde a questão da palavra, na verdade essa oficina é uma oficina em que se fazem as intervenções e são intervenções pontuais, não era, até que tinha, **escutava** alguns.....cada um falava um pouco, e isso era o interessante do grupo sempre as pessoas **falavam a partir do que de alguma forma tinha tocado no texto**...A minha função era um pouco de pontuar, de **recortar**, junto com eles o que tinha **de singular**., o que tinha de singular, o que tinha de importante, e muitas vezes no sentido de, a partir disso, fazer com que as pessoas **pudessem falar um pouco mais**”.*

Nesse caso, a vinheta foi incluída no grupo 1, levando-se em conta que, mesmo que a participante não atribua qualidade analítica a esta atividade, a descrição que faz da mesma, aparece permeada de noções familiares a experiência clínica pela psicanálise como, por exemplo: recortar, fazer falar um pouco mais, singular, falavam a partir do que tinha lhe tocado. O que está nesse horizonte é a prática analítica, porém, emerge dúvidas sobre se a mesma visa ou não uma pertinência ao fazer do analista.

Com efeito, é fundamental ao analista que as suas proposições possam ser reconhecidas como analíticas na fala que as descreve. Em consonância com o acima exposto, P6 tem sua narrativa incluída no grupo 2, quando, ao comentar sobre a oficina que conduz com adolescentes de diferentes estruturas psíquicas, destaca que essa possibilidade se promove quando apoiada no trabalho feito caso a caso:

*“É possível desde que você tenha uma **escuta caso a caso**, acho que o psicanalista ali ele vai produzindo espaços para que eles possam **ir colhendo isso**, pra que não se perca, tomando isso da crise que acontece, na briga por exemplo, bom, que isso possa ser escutado desde **um outro lugar**..... de fazer uma intervenção que possa fazer com que isso possa ser escutado enquanto **possibilitador** e não enquanto problemático”.*

Ressalta-se da vinheta, os termos: colhendo, não se perca, outro lugar e possibilitador, como sendo os elementos da vinheta que indicam a direção de trabalho significativo e de solução via sintoma nessa oficina com adolescentes em um CAPSi.

Para sustentar seu propósito neste trabalho de oficina, a participante acima citada, retoma a noção do sujeito do inconsciente. Com isso, o objetivo é:

*“Instaurar ou manter aberto justamente nesse **dispositivo da escrita**, a **abertura desse sujeito do inconsciente**, que não, que possa sair da coisa da produção pela produção...aparecem varias formas de escrita, como grafiteagem..... que faz é a escuta desse adolescente, é ta **atento aos significantes** que eles vão produzindo ali.....Então, pra isso a gente tem que fazer um certo corte, no sentido de um **corte significativo** que possa abrir, que possa abrir, um corte na fala, **no enunciado**, pra que possa algo da **enunciação** aparecer”.*

A articulação teórica e clínica expressa acima, sugere a necessidade de uma elaboração posterior, por parte do analista, para que a oficina se converta de um dispositivo clínico institucional em dispositivo analítico, isto é, quando o sujeito diferencia-se na transferência pelo endereçamento ao analista e que este o recebe na singularidade do caso a caso.

Na mesma lógica, P7 registra a oficina que desenvolve num CAPS II, cuja narrativa integra o grupo 2 da análise de pesquisa. Nessa atividade, designada como atelier da escrita, a analista destaca argumentos apoiados na leitura psicanalítica para avaliar o caráter simbólico que o uso do recurso material pode suscitar, além de demonstrar a presença ativa do analista enquanto provoca, desperta o que é relativo a relação do sujeito com o Outro. Assim, através dele, seria possível

*“Despertar coisas... potencializar a capacidade de pensar, de **provocar, de despertar, enfim, toda essa questão ligada ao simbólico... que não é uma coisa de setting**”.*

O ato de criação, fundamento analítico para a proposição das oficinas no contexto terapêutico dos CAPS, visa uma função de estabilização ao sintoma a partir do qual pode produzir algo que adquira algum valor no laço social, deixando de ser apenas a produção de um objeto dessubjetivado.

A extensão dos limites da clínica ganha novo contorno nas práticas que compõem os projetos terapêuticos dos CAPSi e realizadas no ambiente de convívio coletivo. No fragmento abaixo de P2, é possível localizar que a intervenção proposta por ele, ocorre nesse espaço compartilhado pelos pacientes com a presença dos analistas e outros profissionais de referência. Assim, a intervenção ocorre num coletivo que não faz grupo, diferenciando-se deste e da própria oficina, conforme indicação presente na vinheta abaixo:

*“Quando a gente **consegue subjetivar algo pra eles, quando eles podem subjetivar com o nosso agenciamento algo da história deles, algo ligado a história deles, algo que pode ter alguma função dentro da história deles**”. “...o que eu poderia dizer, o que eu tento fazer lá... é me colocar como analista, assim, **sem saber, sem estabelecer a priori, e apostando sempre que, na medida que eu posso trazer pra essa clientela, algo que eles tem de sujeito, eu posso fazer com que eles sustentem um laço social mínimo, mínimo..**”.*

O entrevistado deixa claro que o propósito de estar disponível para acompanhar os movimentos dos sujeitos a espera de uma convocação que possa resultar numa intervenção está sustentado numa concepção de clínica no atendimento a crianças. Assim, faz sentido, desconsiderar a construção de dispositivos de trabalho que se constituam pela oferta antecipada de tarefa ou objeto, perspectiva ética que propõe ao analista oferecer como um saber vazio, um lugar vazio que se efetiva pela sua particular

disponibilidade em intervir, a partir de um significante que se destaque da relação do sujeito com o Outro e promova a emergência de um traço singular.

A compilação dos dispositivos clínicos nos CAPS inclui, ainda, as reuniões de equipe, fórum privilegiado de discussão do trabalho institucional que ganhou importância no contexto institucional pela via da reforma psiquiátrica e que demonstrou ser um espaço possível da circulação do discurso analítico. Assim, ao tornar a reunião de equipe um espaço clínico, assume-se à impossibilidade de haver um saber exclusivo que responda sobre as vicissitudes do sujeito em tratamento. Apesar de demonstrar ciência dessa situação, a narrativa de P1 sugere simplificação na abordagem em que disserta sobre a relevância que o trabalho em equipe:

*“Os casos em que eu realmente não sei, que eu tenho dúvida, e aí é, a **equipe me ajuda nisso, assim, de dizer o que seria....se não sabe, pede para ele retornar para a recepção**, aqui não tem um número de vezes definido dessa recepção.*

É possível supormos que uma fala não deve visar, necessariamente, ser traduzida em teoria, nem se constituir como único critério de julgamento da pertinência analítica de um fazer. Entretanto, a ausência de um debate sobre a complexidade que envolve o trabalho realizado nas reuniões de equipe, foram decisivos para a sua inclusão no grupo.

Posição distinta pode ser identificada na narrativa, incluída no grupo 2, que P6 faz sobre sua participação nestes espaços clínicos e como trabalha, a partir do corpo teórico da psicanálise com a equipe:

*“Então eu acho que contribuição da psicanálise é essa assim, **apostar na questão da escuta, na questão da responsabilidade do sujeito pelo seu ato, de tomar a fala como um ato, hã, e acho que isso, na medida que nos colegas da equipe ou em alguns colegas isso vai encontrando uma ressonância que faz sentido, isso acaba já não sendo mais uma fala só do psicanalista, entende? Acaba sendo algo que passa a ser um critério institucional, aquilo passa a funcionar como um dispositivo institucional, e isso é fundamental, porque se for o que é do psicanalista, e ficar só como sendo algo do psicanalista, eu acho que isso produz resistência, isso é difícil de ser escutado, isso produz, isso fica como se fosse um posição de saber**”.*

Ressalta-se que a abordagem prevista pela participante compila elementos que posicionam ao analista um lugar específico junto à equipe deixando claro, entretanto que esse *modus operandi* pode ser progressivamente incorporado pelos demais membros da equipe.

6.3. Indicador 3: Tratamento para o sintoma

Para falar das ações do analista no CAPS, torna-se fundamental que estas estejam referidas a uma concepção de sintoma que leve em consideração o trabalho pela via do significante, como recurso de mediação ao inconsciente e no tratamento ao real. Esta última forma de configuração não tem a estrutura verificável pelo inconsciente freudiano, requerendo intervenções dificilmente possíveis de serem concebidas, antecipadamente, por parte do analista e da equipe, comportando, assim, um grau de invenção e flexibilidade no seu manejo.

Nesse sentido, na vinheta abaixo, trazida por P4 e situada no grupo 2, a entrevistada responde sobre a particularidade do tratamento no CAPSi, com os elementos teóricos disponíveis no campo psicanalítico que se afirmam nas estratégias clínicas criadas para os sujeitos tratados no CAPSi. Sua narrativa, forjada através da formulação de perguntas e dos respectivos esclarecimentos, denota clareza quanto à noção de sintoma enquanto solução singular e sobre o caráter de invenção desta:

“Qual seriam então essa bases? Primeiro, pensar que essas crianças todas que chegam, elas tão na linguagem, então não tem nada de pré verbal, essa coisa, porque não fala é pré-verbal, ou então a psicanálise não... se eles tão na linguagem, eles tão na linguagem de que forma? Se eles tão na linguagem, tomando a linguagem como, não como mediação como fazem os neuróticos, não como um aparelho pra tratar o gozo, é, mas eles sofrem, a linguagem vem aí, eles sofrem a linguagem, é, como é que, qual vai ser então a direção de um trabalho analítico aí com eles. Então assim, é, tem algo aí de uma dimensão que é própria de cada um, a gente tenta identificar isso, a gente não coloca isso como menos mas coloca isso como produção, isso não chega a ser um sintoma, não chega a ter esse valor...a idéia não é interpretar no sentido, bom, a idéia de interpretação não é a de trazer sentido mesmo, mas o que é então? É justamente na medida em que a gente passa a se incluir nesse trabalho, que eles fazem pra lidar com isso que é esse sofrimento deles, então, uma construção, uma invenção”.

Assim como na psicose, identifica-se no autismo, a necessidade de um trabalho que possa acolher as marcas e as produções dos sujeitos, pela via da singularidade, condição que pode ser alcançada ou possibilitada pela abertura e invenção de dispositivos clínicos e a ausência dos formatos prévios, conforme narra P4 na vinheta abaixo inserida no grupo 2:

“Porque a gente faz a coisa pra que a direção psicanalítica esteja garantida, então por exemplo, a gente não tem uma coisa prévia, a gente não tem demanda

*com esse pacientes nossos, então a gente quer que eles aprendam a cuidar de si, então a gente vai fazer atividade de vida diária, vai ensinar, **a gente não tem isso**. A gente tem uma maleabilidade, uma possibilidade de não ter nada prévio, então a gente não tem oficina, previamente pensada, **a gente tem objetos**”.*

A narrativa de P7, incluída no grupo 2, traz essa mesma noção de disponibilidade:

*“A gente tá ali numa disponibilidade, não que vai ter a ânsia que aconteça algo, mas se algo acontece, estamos ali **no lugar de testemunho, de intervenção...** intervenções inclusive que levam o paciente a formular um pedido de tratamento, uma demanda..., **formular um pedido de escuta**, enfim....não é nada muito, mas produz um efeito de virada, tem a ver **como tu te posiciona** diante do paciente”.*

Assim, fica evidenciado que o lugar do analista é concebido como sendo paradoxalmente ativo e ao mesmo tempo numa posição de disponibilidade, posicionando-se para discernir e intervir nas situações em que se antecipa uma possibilidade de produção subjetiva, deixando em suspenso, os ideais de cura e adaptação, muito freqüentes nos serviços psicossociais.

A população que demanda os atendimentos nos CAPS II é constituída por sujeitos que apresentam dificuldades no manejo simbólico do real. Em contrapartida à posição de esclarecimento, identificada no fragmento acima, a narrativa de P5, cujo trecho foi incluído no grupo 1, carece de uma elaboração teórica importante sobre a relação do psicótico com o Outro e com a alteridade:

*“Ficaria a questão da alteridade na psicose, sobre isso tua pergunta? **Eu não sei, acho que seria, talvez, em outro momento, pra mim talvez ficaria como uma questão desse momento aqui**”.*

O desconhecimento mencionado pelo participante ganha relevância por se tratar de uma questão conceitual fundamental na clínica com a psicose, na qual a dimensão do Outro é distinta da neurose incidindo no manejo do sintoma e da transferência.

As exposições acima listadas acrescentam novos elementos que parecem se destacar na clínica do CAPS inscritos sob a rubrica do imprevisível, da invenção e da sua recusa em aderir a pactos protocolares clínico-institucionais. Em relação a isso, observa-se a conquista do ambiente institucional como espaço potencialmente clínico, fazendo com que a possibilidade de intervenção ultrapasse o lugar físico do consultório e se desloque para os demais espaços. Há, portanto, invenção do dispositivo e não uma

adequação ou uma improvisação, ou seja, a presença do analista no pátio não se faz pela falta de salas para atendimentos.

A participante da pesquisa, P6, integrante de uma equipe de CAPSi, em sua vinheta incluída no grupo 2, permite que se possa acompanhar o processo de avaliação que realiza para o atendimento de urgência a crises subjetivas, pela referência a critérios analíticos:

*“A gente tem atendido muitos adolescentes em crise, tentativa de suicídio, toda semana a gente atende adolescente que vem do hospital geral com tentativa de suicídio. A maioria dos casos não são casos de psicose, e então são passagens ao ato mas da adolescência, tem situações de **muita precariedade simbólica**, de muito **pouca sustentação das funções parentais**”.*

Em outro registro semelhante e comum no contexto psicossocial, a vinheta de P3, inserida no grupo 1, mostra a ausência de uma tradução teórica sobre o manejo do sintoma, na sua face vinculada ao real. A argumentação parece vaga e de cunho psicológico, indicando uma insuficiência a nível conceitual para sustentar a intervenção:

*“Eu acho que um analista pode, primeiro, se ele estiver intoxicado a gente vai ouvi-lo mas **vou ouvir com cuidado** o que ele pode dizer ali, nesse momento de intoxicação as vezes não dá, as vezes **a gente vai ouvir** a família mesmo,, o que a família pode dizer.....eu acho que o analista diante da urgência **ele pode pensar um pouco mais pra além disso, pra além da situação da vida que tá ali, real, real** essa que eu digo da realidade, é, pra pensar o que de fato seria melhor pra ele, o que a família pensa, o que esse sujeito, passado o período da intoxicação, **o que ele pode dizer disso**”.*

Com efeito, conforme os desdobramentos apresentados nos capítulos anteriores, a posição ética que orienta as intervenções do analista são fundadas, em grande medida, pela forma como o analista concebe o sintoma e a relação deste com o sujeito. Nesse sentido, a narrativa de P7, inserida no grupo 2, apresenta a articulação do projeto psicossocial com o projeto terapêutico da psicanálise acerca do sofrimento psíquico, onde o sintoma e a ética surgem como balizadores do seu fazer, localizados nas expressões, a gente entende que já é um recurso para lidar com alguma coisa que invade (sintoma) e a gente tenta se incluir nisso (ética):

*“A gente **hoje usa o espaço todo do serviço**, eles ficam pelo espaço todo, eles ficam, eles chegam e assim, a gente deixa pra poder ver o que é que eles já fazem pra dar conta do sofrimento deles, porque é esse o nosso entendimento, porque aquilo que a psiquiatria por exemplo, diz que é movimento repetitivo, que é estereotípia, a **gente entende como já um recurso pra lidar com alguma coisa que invade**, ou não, uma coisa que é, a dificuldade ali, o sofrimento e ai **a gente tenta se incluir nisso** e as intervenções são essas...”.*

Na mesma medida do acima exposto, segue a narrativa de P4, inserida no grupo 2, ao apresentar um princípio teórico da psicanálise como elemento determinante na proposição de dispositivos clínicos, o de tomar a estrutura psíquica como orientador da clínica:

*“porque a gente acha que o **dispositivo tem que ta, tem que ter afinidade com a estrutura psíquica**, e aí entra, a gente tá trabalhando com crianças autistas, psicóticas”.*

Nessa via, situam-se as razões para que o dispositivo se constitua em diferença com o padrão clássico da psicanálise, no que diz respeito a linguagem, por exemplo:

*“A gente tem que poder pensar o que é o tratamento analítico pro autismo. Então eu não posso tá esperando uma associação livre, se eu não tenho nem a fala, e as vezes **na psicose infantil tem uma fala mas não é, é a fala do outro**, é a fala, digamos assim, que não tem nem a inversão do eu, o outro fala, é ecológica ... a própria **psicose já coloca aí uma objeção à associação livre**”.*

A perspectiva acima está presente na vinheta de P2, referida ao grupo 2, ao trazer um exemplo das diferenças existentes entre a direção de um tratamento, por parte do analista, quando comparado a outro profissional, sem transferência com o discurso analítico, no qual podemos destacar a posição ética do analista a partir da sua concepção de sintoma que se distancia da conduta prescritiva:

*“Teve uma vez, essa menina foi encaminhada ao CAPSi, eu a recebi, e ela foi desvinculada logicamente desse ambulatório. Uma vez tivemos uma reunião com essa equipe pra gente saber melhor dos casos, e aí a TO vira pra mim e fala: “e a menininha, como que ela tá?”. E eu falei que ela estava bem, que estava tendo uma boa frequência, toda semana estava no CAPSi, que nós estávamos trabalhando com ela. Ela virou pra mim: “aqui ela fazia xixi e cocô na fralda?”. E eu falei: “não, nunca fez, aqui ela nunca fez”. E ela: “não? porque lá no comigo quando eu tava trabalhando com ela, ela usou fralda?.. bom aí eu falei: “**não sei porque você está demandando isso a ela**”, eu nunca demandei que ela viesse aqui ao CAPSi fazer cocô e xixi, porque se você insistir nisso de “ah menina, não faz!”, ela pode tomar isso como um faz. Então, a gente, que **isso em psicanálise talvez não é o primordial**, nunca foi, um **efeito terapêutico** assim, mas aos olhos dos pais, aos olhos da escola, sim”.*

As intervenções no espaço coletivo, no ambiente de convivência do CAPS, são consideradas como potencialmente analíticas e terapêuticamente promissoras, diferenciado-se dos modelos de grupo. Uma das premissas para que essa atividade integre a clínica psicanalítica é que as mesmas devem surgir sem um enquadre prévio e

burocratizado. Para a entrevistada, P4, essa ausência de programação é, estrategicamente pensada, como analítica, pois permite acompanhar a construção de uma possibilidade de subjetivação com pacientes autistas. Novamente, há uma direção na abertura do dispositivo, na invenção, direção definida pelo tratamento ao real pelo simbólico, conforme narrativa, incluída no grupo 2:

*“... a gente ta nesse coletivo e ao mesmo tempo que assim é, eu **busco intervir pela palavra**, numa direção analítica, que quer dizer isso? Se eu to com um menino que tá socando, batendo nos outros, batendo nas coisas, gritando e socando, **a minha intervenção não é: não faz, pára**, perai, não faz isso, não pode. Mas é por exemplo, já foi, com um paciente que eu to me lembrando, marcar alguma coisa significativa: pá, pá. E depois ir marcando aquilo, marcando as coisas que ele tocava, marcando mesmo, com um giz, com alguma coisa, **e isso foi produzindo outra coisa**, é, quer dizer, na verdade, essa história da marca foi ele que me deu a dica, que quando ele pegava um lápis, ele escrevia marcas: Brastemp, Otcker e ai, eu comecei então a marcar. Tudo que ele batia eu marcava, e dizia o nome da coisa, nomeava a coisa, tava ali acompanhando ele naquilo, então **aos poucos eu fui me incluindo em alguma coisa que ele fazia absolutamente sozinho**”.*

Na seqüência, a vinheta da participante, P6, inserida no grupo 2, traz como a intervenção do analista surge pela sua disponibilidade em acompanhar os significantes do sujeito, sem estar orientado por uma definição prévia do efeito do seu ato, mas apostando na transferência. Neste caso, a abordagem visa àquilo que escapa a simbolização, que está fora do circuito do inconsciente e da linguagem e, portanto, parece surgir sem sujeito, apenas na forma de gozo:

*“É uma menina que agora ta no intensivo... no início ela invadia todos os espaços do CAPS...o que ela fazia no momento inicial era bater nos técnicos, puxar o cabelo das colegas... e então eu ali tentava **fazer uma função terceira**, tentava manter **uma interdição**, e podendo ir trabalhando com ela o que é que tava em causa ali e **a escrita foi um recurso que apareceu**, quando ela tava nessa coisa de bater e xingar: “porque tu é uma puta, porque isso... lá pelas tantas me ocorreu, vamos escrever isso. Ela não conseguia escrever numa folha de papel, mas no quadro sim, então, “vamos lá escrever no quadro esses nomes...”, “...esse nomes feios todos?”. “Mas dá, dá pra escrever? Então ela enchia um quadro inteiro com todos esses palavrões, ah, e dizendo, a fulana é uma puta, é uma burra, muitas palavras então que era destinadas a ela e a partir dali vai diminuindo muito essa coisa da agressão.. Na verdade **eu comecei a pensar nisso depois, não antes**. Eu proponho isso um pouco na impossibilidade que a palavra ali tivesse um efeito, uma entrada pra ela, a gente tinha que em alguns momentos segurá-la pra que ela não agredisse os outros....a gente tinha que contê-la, a palavra não era suficiente e penso que na **questão da escrita, com o traço, com uma certa possibilidade de visibilidade a isso, de exterioridade também, de aparecer fora do corpo....**”.*

O tratamento para o sintoma, como aquilo que se evidencia como transbordamento ao sujeito é abordado pela entrevistada P5, conforme vinheta que descreve o tratamento com sujeitos estruturados na psicose e inserida no grupo 2:

*“Acho que visa sempre assim, essa saída, essa saída, acho que visa sempre, assim, essa saída, de um gozo do sofrimento, numa direção do laço social, ou alguma coisa que possa vislumbrar uma vida, uma produção, de uma existência que seja sustentada, sustentada **na direção de um laço com o outro**, isso que... se vai ter momentos de angústia, não se trata de aniquilar o sofrimento, mas que esse sofrimento ahm... não inviabilize a continuidade em prol da vida, acho que essa é **a direção do laço com o outro**”.*

A descrição acima mostra a concepção da entrevistada com relação ao trabalho do sintoma como índice de sujeito para o qual a inscrição no laço social é uma das vias possíveis. A noção deixa clara a permanência de um gozo no sintoma que não se dissipa pela intervenção semântica, denotando a existência de uma ordem de sintoma que funciona alheio ao regime simbólico que permanece evidenciando-se ao sujeito.

6.4. Indicador 4: Psicanálise em Extensão: a aplicabilidade da psicanálise noutros campos do saber

Dentre as atribuições designadas aos CAPS na reformulação da assistência a saúde mental brasileira, uma das que se destaca está relacionada ao acompanhamento realizado junto a equipes e profissionais da rede pública de saúde, envolvidos na temática. Essa atividade não é exclusiva dos analistas, mas, muitos deles são chamados para realizar este trabalho pela qualidade da sua formação. É sobre essa forma de intervenção, que privilegia a interlocução e a construção de uma rede de conhecimento e de ação que alguns dos entrevistados se manifestaram.

A atividade do matriciamento foi referida na narrativa de P3 e incluída no grupo 1, por não apresentar elementos pertinentes que desse indicações da sua contribuição pela psicanálise. O que se verifica de sua vinheta é a descrição de uma intervenção que se fez entremeada de referencias ao campo psicossocial, em especial a noção de território:

*“Eu fiz matriciamento e eu fiz esse trabalho aqui nos morros e a gente praticamente ficava no posto do PSF, lá dentro da comunidade, então, eu acho que pra você atender um paciente lá, no **território** dele, nos morros, **eu acho complicadinho**. Então, esse seria o grande trabalho, principalmente com*

*adolescente, você ir no território dele, ir na comunidade e trazer aqui no tratamento que, a gente poderia fazer as intervenções, **de poder escutar, saber o que ta acontecendo, é muito difícil**, eu diria que mais que, na verdade a gente tinha que ir mais **no território deles**".*

De maneira diversa a acima listada, percebe-se na narrativa de P7, inserida no grupo 2, uma posição esclarecida sobre os limites e as possibilidades que uma intervenção desse tipo pode proporcionar para o analista e para aqueles que participam dessa modalidade de trabalho, ao precisar que sua intervenção apostou em um efeito, produzido pela especificidade da leitura do analista, que poderia alcançar o pai ressitua-o diante da criança:

*"A médica me traz um caso em que a criança está numa condição extremamente fragilizada, perdeu a mãe, o pai não ta conseguindo sustentar muito bem o seu lugar e que tu faz uma intervenção no sentido de **que essa médica possa ajudar esse pai a se autorizar um pouco mais junto a essa criança e que isso produz um movimento no caso**, entende. Não é isso que a gente faz (risos) em clínica de criança muitas vezes? Entende? Ta bem, **não é clínica psicanalítica estrito senso, mas é só a partir da formação psicanalítica que tu consegue fazer uma intervenção desse jeito**...Podia ter dito por exemplo, encaminha essa criança pro tratamento, ta pode ser uma outra intervenção....Então quer dizer, esse jogo de posições que, que acontece, não to fazendo ali o atendimento da criança, mas é algo que produz um efeito".*

A analista pleiteia com sua posição de que um analista não opera apenas como analista numa situação convencional e individual. Ela pondera que o mesmo pode intervir a partir da psicanálise, contribuindo em favor do processo de subjetivação, tomando como suporte, profissionais em transferência com a psicanálise.

Nessa mesma direção, P8, cuja narrativa está incluída no grupo 2, situa os limites institucionais impostos no serviço público e como tenta manter o direcionamento analítico mesmo sofrendo a influência da interação de três conjuntos: político, administrativo e clínico. Neste caso, o analista se vê obrigado a assumir sua função de psiquiatra em decorrência de mudanças no serviço que o obrigam a abdicar de alguns atendimentos analíticos. Para sustentar seu trabalho, o entrevistado recorre à proposta do exercício de uma psicanálise em extensão como recurso ético:

*"É importante aquela distinção que o Lacan vai fazer da psicanálise de intenção e psicanálise em extensão. Então eu penso **que é possível a gente fazer um trabalho na linha da psicanálise em extensão, dentro na Reforma Psiquiátrica**. Hã, é muito mais difícil a gente encontrar uma estrutura que dê condições para que se faça um atendimento individual com o psicótico, como por exemplo, se tem no consultório privado".*

7. CONCLUSÃO

A aposta da psicanálise na clínica surgida com a reformulação do campo da saúde mental, resultou na participação dos analistas nas equipes multidisciplinares que constituem a base deste trabalho. No novo cenário, coube aos analistas produzir respostas clínicas para as demandas de tratamento endereçadas a eles que se constituíssem a partir do seu próprio campo, mas que se apresentassem distintas do padrão clássico de atendimento. Assim, o analista nos CAPS compartilha os pressupostos do contexto institucional e constrói para si, intervenções clínicas que conservam a especificidade do seu campo de origem: a psicanálise. Diante disso, a pesquisa interessou-se por investigar como o analista converte estes dispositivos de trabalho em dispositivos analíticos, ou seja, como cada analista sustenta a criação ou a renovação do seu dispositivo clínico.

A pesquisa teórica obtida na fundamentação desta pesquisa revela que as perguntas sobre a viabilidade da psicanálise nos CAPS, sobre a inserção dos analistas em suas equipes e se a psicose, o autismo e as adições são tratáveis por sua clínica foram substituídas por como o analista colabora nesses tratamentos, ou seja, que elementos são necessários para que o analista, já familiarizado com o projeto psicossocial, possa intervir.

A pergunta que surge diz respeito às modificações, ou melhor, às condições necessárias para que os dispositivos propostos pelos analistas se efetivem como analíticos e colaboradores do projeto psicossocial. De um lado, o interesse do campo psicanalítico na preservação das condições de transmissão da psicanálise, do outro lado, a abertura para uma práxis que precisa contribuir com os seus postulados. O lugar do analista, nestes novos serviços, é abordado por Laurent (2007), que defende a participação dos mesmos, junto com os demais profissionais em interlocução sobre os assuntos relativos à saúde mental, tomando partido na *pólis*, sugerindo e contribuindo com propostas que possam trazer melhorias nesses serviços, numa definição que o autor denomina como de analista cidadão. O autor reivindica uma presença ativa e criativa do analista, que este se mostre favorável ao debate democrático, autorizando-se a avaliar as práticas atuais na saúde mental e deixar a sua própria clínica ser avaliada. No que diz respeito aos entrevistados da nossa investigação, pode-se perceber por parte de P7, P8,

P2 e P4 a existência de proximidade com a proposta de Laurent, na medida em que se pôde verificar em suas narrativas elementos que discutiam a relação da clínica com a política.

Uma das primeiras constatações indicou que há, por parte dos praticantes entrevistados, o conhecimento das diferenças epistemológicas que fundam os campos discursivos de que participam. Essa leitura sinaliza que os analistas convergem favoravelmente em direção dos princípios psicossociais e vêem o discurso psicanalítico como colaborador na execução dos mesmos, revelando, com isso, uma disponibilidade para a mobilidade de lugares e de práticas que integram o projeto clínico institucional do CAPS. Da sua parte, o analista apresenta a especificidade do seu ofício assinalando o campo no qual a sua experiência se desdobra, pelo manejo do sintoma, identificado como sendo a solução singular inventada pelo sujeito para proteger-se do real. Para impulsionar esse movimento, a noção de sujeito que a psicanálise oferece surge como uma alavanca que firma seus propósitos, lançando luz na obscuridade dos discursos totalizadores pretendentes de uma hegemonia simplificadora das condições de existência.

O sujeito do inconsciente, diz Goldenberg (2006) só se apreende nos efeitos da fala, não havendo um texto anterior, escrito ou oral que nos localize o inconsciente oculto. Em um tratamento, diz o autor, só há acontecimentos discursivos, aos quais se imputa um agente que deverá, como efeito de um tempo posterior, situar um lugar ao sujeito. Assim, não será pela via da dedução do inconsciente feita pelo conhecimento prévio da genealogia de alguém, que uma interpretação vai se guiar. Esta se faz quando fornece um sujeito ao inconsciente e, isso vale, segundo o psicanalista, para qualquer estrutura de subjetivação, deixando claro que o sujeito deverá estar sempre implicado e responsabilizado pelas escolhas, conhecidas ou não, que seu padecimento comporta. A sustentação dessa posição é uma atribuição ao analista que demarca um princípio ético da sua prática. Estamos, portanto, no campo da clínica e foi por intermédio dela que os entrevistados incluídos no grupo 2 fizeram notar, em suas narrativas, essa perspectiva indicando a presença dessa aposta como necessária nos tratamentos com autistas, psicóticos, neuróticos graves e que, certamente, podem se estender para os alcoolistas e toxicômanos.

Essa dimensão ética é apresentada pelo analista aos demais integrantes da equipe, deixando entrever que existem tantos sintomas quanto são os sujeitos em tratamento, definição que impede qualquer homogenização terapêutica para a clínica

institucional. Tal posição ética busca destacar o sujeito do emaranhado coletivo que acompanha as ações nos CAPS e seus projetos protocolares. Assim, contrariamente à disposição de universalização e burocratização dos dispositivos, os analistas acompanham o percurso do sujeito em tratamento, resguardando as condições que lhes possibilite uma intervenção guiada pela direção que o próprio sujeito apresenta, sabedor de que esta não pode ser antecipada. A disponibilidade do analista não é pensada como uma espera passiva, mas vista como uma atitude instigadora e provocadora de efeitos no sujeito, conforme as declarações colhidas dos entrevistados do grupo 2, ao se referirem às intervenções realizadas nos ambientes de convivência entre analista e sujeito com o apoio de um laço transferencial mínimo.

Essa abertura merece atenção nos CAPS ad, de acordo com o que podemos perceber nas entrevistas de P1 e P3 que compuseram o grupo 1. Nesse modelo de CAPS há pela frente, um caminho a percorrer, no que diz respeito, à reflexão e à problematização dos dispositivos clínicos para o tratamento de alcoolistas e toxicômanos, que leve em consideração tanto a estrutura psíquica dos sujeitos quanto a dinâmica institucional. Vale lembrar que os analistas que compuseram esse conjunto integram CAPS ad tem nos atendimentos individuais padrão e no trabalho de grupo, os principais dispositivos de tratamento. A clínica com alcoolistas e toxicômanos não compõe um conjunto firmado a partir de uma única estrutura psíquica, recebendo sujeitos situados na neurose, na psicose e outras formas limítrofes. Portanto, apresenta uma complexidade maior com relação aos projetos terapêuticos dentro da instituição. Entretanto, o que se denotou das entrevistas não foi essa situação, mas a dificuldade dos entrevistados em mostrar o trabalho clínico e a construção dos dispositivos levando em consideração, tanto o aspecto do sintoma na relação com o sujeito, quanto a inscrição do dispositivo clínico fundamentado pela psicanálise.

Em consideração com o acima exposto, salientamos que a função clínica move o analista no seu ofício, deixando claro que a instituição de que ele participa, neste caso, os CAPS, possui uma função social que não pode ser desconsiderada ou desarticulada da sua origem. Diante disso, algumas demandas de natureza política são endereçadas ao analista, enquanto integrante de uma equipe orientada pelos princípios da reinserção psicossocial. Nesse caso, torna-se imprescindível ao analista, perceber a dupla função que ocupa nesse contexto e responder a partir de cada uma delas, no que tange à ampliação das ações no território, a composição de atividades com outros profissionais, a intervenções de fortalecimento da rede e na colaboração com ações que visam

combater representações excludentes e estigmatizadoras que dizem respeito aos sujeitos acolhidos nos CAPS, em acordo com o projeto defendido por Laurent (2007). Com efeito, essa não é uma imposição forçada de trabalho ao analista, contrariamente, ele consente com esses princípios e toma o discurso da psicanálise como fundamento que ratifica essa interpretação, conforme manifestação de Laurent.

Tendo em consideração que o sintoma é uma resposta singular e que cabe ao analista intervir dentro desta lógica, vislumbram-se, no contexto institucional, dispositivos marcadamente determinados por um caráter de invenção. Para esclarecer mais sobre o caráter de invenção que determina e marca as intervenções clínicas dos analistas pesquisados nos CAPS, destaca-se uma primeira demarcação teórica com repercussão no contorno do dispositivo: a de que o dispositivo precisa guardar afinidade com as estruturas psíquicas dos sujeitos em atendimento.

Viganó (2006) ajuda a pensar essa formulação. Segundo ele, diante de novos sintomas, a clínica não pode se limitar ao binário neurose/psicose o que representaria a reintrodução de um critério fenomenológico, a presença ou ausência da estrutura clássica do sintoma analítico. Para o autor, a clínica “deve reencontrar o critério estrutural em nível de toda resposta subjetiva, religando-se ao último Freud que reavaliava a defesa na base do sintoma” (p.29). Pensar o tratamento desta forma tem como consequência que o diagnóstico se garante unicamente pela estrutura particular do sujeito. Com essa formulação, os analistas entrevistados convertem a clínica do CAPS num laboratório de dispositivos, o que, por outro lado, requer o balizamento dessas criações.

Em contrapartida a precariedade da produção discursiva do grupo 1, inscreve-se o grupo 2 com analistas participantes de CAPSi e CAPS II que destacavam de suas experiências uma elaboração que leva em conta o componente de solução que o sintoma comporta, o *a posteriori* da intervenção e o componente simbólico que a operação comporta no tratamento do real. Por força disso, os analistas têm clareza quanto ao que envolve a expansão do horizonte clínico da psicanálise e identificam os marcadores simbólicos da experiência que pretendem promover no encontro com os sujeitos. Isso aparece nas narrativas dos analistas P2, P4, P5, P6 e P7, que descrevem as ações clínicas realizadas nos ambientes de convivência, nas salas, nos corredores e nos pátios. Vale lembrar que pensar o dispositivo a partir da estrutura psíquica de cada sujeito significa, justamente, entender que a subjetivação se efetiva como um modo singular de

sintomatizar a relação com o Outro. Com isso, o sintoma adquire status de ser índice de singularidade e não apenas representante psicopatológico.

Ora, é esse quadro que admite o caráter de invenção ao dispositivo analítico que se postula para a clínica psicossocial. Essa definição lembra de que a disposição para a invenção deve se distinguir, obviamente, daquelas atividades improvisadas que não comportam nenhuma direção de tratamento e que podem ser facilmente percebidas como tarefas. O CAPS é forjado a partir do contexto institucional, cenário que tende a se representar conservador no que diz respeito ao manejo com os pacientes, ordenando o fluxo do serviço pela imposição de ações burocráticas, de mais fácil execução e aplicáveis em série. Essa prática pode ser questionada pelo analista nas reuniões de equipe, convertidas em dispositivos clínicos, se o mesmo tomar os projetos terapêuticos singulares como um instrumento para interrogar a equipe acerca dos ideais que orientam a noção de cura de cada um. O que surge dessa leitura é a possibilidade ética de situar o desconhecimento que cada integrante da equipe tem com relação ao seu ato.

Assim, a reunião de equipe pode vir a ser um dispositivo de trabalho e um dispositivo analítico que convoca a posição ética de cada integrante com relação aos sujeitos em tratamento ao suspender os saberes prévios em troca de um saber vazio que permita a emergência de significantes que resultem na construção do caso clínico. A distinção qualitativa sobre como esse dispositivo é inserido nos CAPS apareceu entre os dois grupos pesquisados. No conjunto 1, a reunião de equipe é citada como um espaço de ajuda e de troca de conhecimento, numa idéia limitadora de interdisciplinariedade onde os especialistas dialogam de uma posição de saber. Nas vinhetas do grupo 2, o que aparece nas narrativas indica que a reunião de equipe deve implicar na possibilidade de construção de um saber, entendimento que demonstra uma diferença radical entre os dois pontos de vista e que, neste segundo caso, aponta pela transformação da reunião de equipe num dispositivo clínico por conta da suspensão dos saberes.

Tomando a reunião de equipe e o aspecto multidisciplinar da mesma, a pesquisa trouxe como interrogação a qualidade clínica das intervenções quando o analista compõe uma equipe em que, dentre os integrantes desse conjunto, ele é o único analista num CAPS sem a orientação da psicanálise e quando compõe com pares num CAPS constituído e orientado pela psicanálise. Mesmo que a reunião em torno de um ideal não garanta a qualidade dos tratamentos, os analistas que abordaram o assunto em suas narrativas assinalam que uma composição de equipe com pares analistas ou com um serviço orientado pela psicanálise responderia favoravelmente na qualificação da

clínica. Independentemente dessa situação, a realidade se mostra diferente e o mais comum é a ausência de analistas nos CAPS ou a presença de apenas um compondo a equipe. Sobre isso, vale trazer a posição de Figueiredo (2010) e acompanhar o norte que ela propõe para o debate, de onde se destaca que, fundamentalmente, a transferência que conta é relativa ao *modus operandi* que o analista faz ver aos colegas pela referência a psicanálise, visto que não se trata de conhecer e dominar os conceitos do campo psicanalítico. Assim, não haveria a exigência de uma equipe composta somente por analistas ou por integrantes com domínio da psicanálise. Diz a autora:

Mas há uma condição para que o trabalho na orientação da psicanálise opere seus efeitos de sujeito e permita que a construção do caso seja de fato um saber em construção: deve haver ao menos um psicanalista sustentando entre tantos outros essa qualidade da experiência a partir do sujeito, a cada caso. Que seja um entre estes profissionais, ou que exerça a função de supervisão ou matriciamento, que é um modo de transmissão desse “saber”, em um fazer- junto. Senão, nos enredamos em terapias e pedagogias infundáveis na busca de normatizar, regular e controlar o que nos escapa incessantemente” (p.17).

Tradicionalmente, os tratamentos previstos para os quadros graves tinham em sua composição, a oferta de oficinas como uma modalidade terapêutica privilegiada. Não é diferente no modelo concebido pelo projeto psicossocial enquanto destinado para o CAPS II. Os analistas participantes da pesquisa e integrantes do grupo 2 recolhem o elemento psicossocial da reinserção social pela produção de um objeto e o articulam com o componente psicanalítico que intervém nesse processo visto como possível de produzir efeitos de subjetivação. Assim, segundo os entrevistados, as oficinas são intervenções que permitem forjar um arranjo sintomático pela intermediação do recurso material da oficina que adquire a capacidade de atrelar a pulsão à cadeia significante. Dessa forma, haveria a construção de alguma borda que se apresenta ao sujeito como um significante que o situa no laço social ao servir de expediente na modulação do gozo, determina que o sujeito se perceba destacado do Outro.

Os CAPS ad, por sua vez, incluem na sua proposta terapêutica, a oferta de grupos de pacientes, onde a fala é o recurso que movimenta o dispositivo. Esse formato clínico é uma prática comum no tratamento dessa população. As participantes P1 e P3, que fizeram referência a esse dispositivo, tiveram dificuldades para situar aspectos essenciais para o trabalho analítico como com relação aos conceitos de interpretação e transferência. Como se pode observar, a presença de sujeitos neuróticos nesse modelo de CAPS posiciona a palavra como o recurso simbólico privilegiado, tanto nos grupos,

quanto nos tratamentos individuais que costumam ocorrer nos CAPS ad. Com efeito, não parece viável, tampouco desejável, que os efeitos terapêuticos proporcionados pelos grupos, deixem de se fazer presentes nos CAPS. Entretanto, permanece a necessidade de esclarecer como esse dispositivo pode ser situado como analítico ou onde encontra o seu limite.

A partir disso, cabe precisar que a precariedade da qualidade analítica nas narrativas identificadas no grupo 1, sugere: a falta de uma apropriação teórica mínima que precede a própria intervenção, no que diz respeito a formação do analista no seu percurso conceitual; à necessidade de que esse saber possa ser suspenso para o analista ocupar-se do lugar de não saber na transferência com os sujeitos, de qualquer CAPS, posição clínica referida ao alcance do percurso da análise pessoal de cada participante; a necessidade de que essa experiência possa ser apreendida num momento posterior como elaboração do próprio ato e indicador da apreensão clínica que o analista conduziu. Tais elementos sinalizam uma direção necessária para qualquer analista que opera sua clínica nesse cenário.

Com o exposto acima, cabe esclarecer que esse estudo não se arvora da pretensão de emitir qualquer comentário que possa surgir como julgamento sobre a qualidade dos analistas. Nesse sentido, a leitura que fundamentou a análise dos dados se fez por intermédio de trechos das narrativas e não pela totalidade de uma narrativa que pudesse representar o analista. O caso de P5 é confirmatório deste cuidado ético, por situarmos as suas vinhetas em ambos os grupos, oscilação destacada na forma como suas narrativas traduziam as intervenções ora com propriedade conceitual, ora com precariedade na apreensão do processo clínico.

Com efeito, quais seriam os elementos balizadores do fazer de um analista na clínica dos CAPS, sem os quais o mesmo não teria tal caracterização? A resposta para essa pergunta constitui-se na parte mais relevante do trabalho, pois permitiu a introdução das noções de ética e sintoma, vindos do campo psicanalítico, como conceitos fundamentais dessa operação que se vislumbra como invenção. Essas noções foram destacadas, direta ou indiretamente, das narrativas produzidas pelos participantes quando referiam a relação com o ideal, com o não saber, com o tratamento ao gozo, com a noção de inconsciente.

Cabe dizer que esses elementos não estavam previstos na idéia original da pesquisa, tendo sido produzidas no transcorrer da mesma, não apenas nesse momento final de elaboração da escrita da dissertação, mas no decorrer do próprio processo de

entrevista, no período da transcrição e da leitura das mesmas, culminando na análise final dos conteúdos. Esses conceitos, agregados aos já reconhecidos, pulsão, repetição, inconsciente e transferência, abrem o espaço para a clínica em seu viés de invenção e criação.

A particularidade do sujeito em tratamento nos CAPS, demonstra o enredamento do sintoma sobre o seu modo de vida, naquilo que envolve o contexto familiar, as relações profissionais, o âmbito afetivo e as condições relativas à saúde física. Nesse contexto, o sintoma, muitas vezes, não se apresenta demandando interpretação, tampouco suas manifestações usam a palavra como recurso de expressão, irrompendo sem a evocação do Outro, mudo, violento, intenso e angustiante. Sob esta luz, tal descrição desenha o caráter de sintoma que se veicula na totalidade das narrativas dos entrevistados, sugerindo que essa representação se encena no cotidiano dos CAPS, sem fazer distinção entre CAPSad, CAPSi ou CAPS II. Creio que podemos encontrar, aí, partindo dessa concepção de sintoma, uma direção teórica e clínica fundamental para o exercício clínico no horizonte psicossocial. De acordo com Laurent (2006), “o sintoma é nossa dimensão de ex-sistência no mundo” (p. 173). Diz mais:

Nós ex-sistimos ao sintoma, pois há uma tensão no sintoma. De um lado ele é um envelope formal: de outro, pedaço de nós mesmos, acontecimento de nosso corpo. Por intermédio desse pedaço de corpo que posso reconhecer como meu, tenho acesso ao significante do Outro em mim, a essa mensagem vindo de alhures. Quando estou em face do Outro, este não é exterior a mim, está em mim. Eu sou o Outro que está lá (p.174).

Nessa nova proposta, o sintoma alcança o estatuto de solução psíquica, de recurso estabilizador da existência, privilegiando uma abordagem diferente às patologias psíquicas graves, onde o analista, do seu lugar, visa promover algum tipo de aproximação do sujeito com o Outro, via sintoma, relação cavada pela introdução de suportes simbólicos, que possam engajá-lo no laço social. O tratamento dos analistas nos CAPS pela via do sintoma se faz guiado pela dimensão simbólica que caracteriza seu trabalho, intermediando na relação problemática do sujeito com seu corpo e com a alteridade, decorrente da particular presença do Outro ou da precária presença deste, explicitada na frágil inserção do laço social, conforme as vinhetas registradas pelos analistas ao descreverem situações com pacientes em que entra em jogo a relação com os contornos e limites do corpo, com a fissura das drogas e com a irrupção da violência.

O analista, então, mais do que escutar um doente falar sobre a doença, escuta o que se expressa como efeito da medição entre sujeito e linguagem. Em consideração a isso, a prática do analista não é reabilitadora de um ideal perdido ou de uma homogeneização coletiva, ela se traduz no esforço de promover uma inscrição do sujeito no laço social, à medida das suas condições. Nesse sentido, a função do psicanalista é acolher a surpresa que se promove ao sujeito e que funciona como uma saída para o real que está confrontado. Nessa direção, Quinet (2009), declara:

A psicanálise é uma prática efetivamente terapêutica, pois não visa colocar um band-aid nas feridas do sujeito, e sim confrontá-lo com o impossível do gozo e a falta de sentido, de saber e de complementaridade do sexo. E, assim, permitir que ele abra mão de seus sintomas como formação de compromisso entre o ideal e o real e se identifique com o sintoma que inventou como manifestação de sua singularidade de gozo (p.100).

Cabe lembrar que, apesar de tudo o que foi dito acima, nos CAPS, a noção de doença e doente, ainda é marcadamente médica, no que diz respeito a um diagnóstico que desimplica o sujeito, para quem o sintoma é um incômodo a ser debelado, como podemos ver, regularmente, nos casos de alcoolismo e toxicomania. Identificados a essa referência, os sujeitos inscrevem-se no mundo por um sinal: a doença, resistindo a historicização e à produção de enigmas que poderia envolvê-los de maneira ativa naquilo que surge como gozo e sofrimento. Diante disso, esses mesmos sujeitos, mostram-se em perfeita sintonia com as práticas institucionais regidas pelo discurso biológico onde o sintoma que os aflige é atribuído a causas orgânicas, seja o delírio, a sensação de despersonalização, as alucinações e as dependências químicas.

Por outro lado, percebe-se uma resistência desse mesmo sujeito ao discurso que lhe assujeita, nas recaídas do uso de substâncias, na interrupção do uso de medicação, entre outros fatos. Assim, apesar de reconhecer a pregnância do discurso que exclui o sujeito da relação com seu sintoma, pode-se perceber que há um ponto na estrutura do sujeito que não cede ao projeto que tira o valor do seu sintoma. Esse é sem dúvidas um dos ensinamentos que fica para o trabalho dos analistas nos CAPS e na contribuição que pode dar para os demais colegas através das reuniões de equipe, nos trabalhos de matriciamento e nas supervisões, modalidades clínicas destacadas por P8, P6 e P5.

Ao instaurar uma distância dessas representações, o analista toma o sintoma como um elemento que faz o sujeito falar, na suposição de que a relação que ambos estabelecem é de sobredeterminação e não de exclusão. Fica clara, que essa perspectiva

diz respeito à inclusão do sintoma como manifestação relativa à existência do sujeito, que se articula na produção do laço social, interrogando sobre a contribuição que o psicanalista pode oferecer sobre o sintoma e sobre o estatuto de cura, articulado à noção de ética. Assim, o trabalho do analista pressupõe tomar o tratamento ao gozo como recurso que permite a construção de algum vínculo com o laço social, tomando o ambiente institucional e de convivência dos CAPS como mediador desse projeto terapêutico, direção que se mostrou nas narrativas dos analistas do grupo 2.

Portanto, a constatação da presença de uma parcela de gozo, do real, inapreensível e irrepresentável no simbólico, não exclui o compromisso de possibilitar brechas para que um quantum dessa energia se vincule, num outro gozo, no gozo fálico, inscrito e reconhecido. A pulsão não é eliminável, mas fazê-la passar pela linguagem, permite incluir a dimensão do inconsciente, do Outro. É o gozo absoluto do entorpecimento da droga que prescinde de qualquer intermediação ou o gozo na psicose que se processa pela invasão avassaladora do Outro sem mediação. Essas são as particularidades dos sintomas nos CAPS e deste ângulo, o que faz um analista no contexto institucional diz respeito a fazer com que algo desse gozo passe pela referência ao Outro. Assim, a posição ética do analista é criar condições para que o sujeito possa emergir como efeito de um significante e pelo anteparo simbólico module a experiência sem sujeito do sintoma a partir de um traço que se inscreva, progressivamente, no simbólico. Tal formulação, marcada pela noção de ética, foi trazida pelos analistas do grupo 2, P6 e P4, nas vinhetas que relatam a escrita no quadro negro e a marcação na parede como tentativa do real sair do corpo e habitar a linguagem.

Assim, o que se delibera da pesquisa é que o rigor do trabalho do analista deve ser localizado na invenção de dispositivos que, se não guardam afinidade com o divã, mantém a possibilidade de localizarmos na diversidade de suas modalidades, a função do sintoma e a posição ética que assume na condução das mesmas. Com isso, contrapõem-se às demandas e respostas homogenizadoras da clínica institucional, conforme observado nas narrativas do grupo 2. Em síntese, não existe fazer analítico se este não puder ser apreendido na narrativa do analista que reconta o que faz, afirmando que, no início de qualquer experiência analítica, devem vigorar princípios que permitem formalizar a experiência, para, *a posteriori*, saber dos efeitos alcançados pela experiência clínica que dispôs.

REFERÊNCIAS

- ABADI OLIVEIRA, I. Quando o discurso burocrático invade a clínica. **Correio da Apspp. Psicanálise e Saúde Pública**. Porto Alegre, ano 14, n. 158, p. 12-14, junho de 2007.
- ABREU, D. N. A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Revista estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, ano 8, numero 1, p 74-82. 1º semestre 2008.
- AMARANTE P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma Psiquiátrica no Brasil**. 4ª reimpressão, 2 ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BARROS, R. R. O dispositivo analítico. In: QUINET, A. (org.) **Jacques Lacan: A psicanálise e suas conexões**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- BEZERRA, D S; RINALDI, D. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** São Paulo, v. 12, n. 2, Junho, 2009.
- BIRMAN, J. A direção da pesquisa psicanalítica. In: **Psicanálise, ciência e cultura**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar editores, 1994.
- CHEMAMA, R. (org.) **Dicionário de psicanálise**, Porto Alegre: Artmed, 1995.
- CONDE, H. **Sintoma em Lacan**. São Paulo, Editora Escuta, 2008.
- DELGADO, P. OS CAPS: a revolução silenciosa da saúde mental. Projeto cultura e pensamento 2006. **Rev. Global/Brasil**, n.7, 2007.
- DELGADO, S. M. A dimensão ética da psicanálise na clínica da atenção psicossocial. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 8, n 1, p.58-66, 2008.
- ELIA, L. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Orgs.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p.19-35, 2000.
- FIGUEIREDO A. C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na saúde mental. **Rev. Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, p 43-55, 2005.

_____ Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. in **A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Guerra, A. e Moreira, J. (orgs.) Curitiba: editora CRV, 2010.

_____ Conferencia no X Congresso, Curitiba. 2010.

_____ A função da psicanálise (e do psicanalista) na Clínica da Atenção Psicossocial. Nascimento, E. & Gonzáles, R. C. (orgs.). **Psicanálise e os desafios da clínica na contemporaneidade**, n.2. Salvador: EDUFBA, p.81-89, 2007. (Série Teoria e Clínica Psicanalítica)

_____ **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos. A clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, A.C; MACHADO, O. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Rev. Ágora**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, dez. 2000.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica** (1963). Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária. 6ª edição, 2008.

FREUD, S. **Obras completas**. ESB, Rio de Janeiro: Imago,1995.

GARCIA-ROZA. **Introdução à Metapsicologia Freudiana**. Artigos de Metapsicologia. 6ª ed, vol 3.. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2004.

GOLDENBERG, R. **Política e psicanálise**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editores, 2006.

GUERRA, A. C. A lógica da clínica e a pesquisa em psicanálise: um estudo de caso. **Rev. Agora**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 85-101, jan/jun 2001.

KEHL, M. R. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KIRRILOS, F. O campo discursivo em serviços abertos de saúde mental: problemáticas para o surgimento do sujeito. **Pulsional, Revista de Psicanálise**, São Paulo, ano 20, n. 189, 2007.

LACAN J. O Estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelado na experiência psicanalítica. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, p 96-103, 1998.

_____ Função e campo da fala e da linguagem em Psicanálise. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998.

_____ Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998.

_____ Seminário **Os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998.

_____ Seminário **A relação de Objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1995.

_____ Seminário **A ética da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1991

_____ Seminário **A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1999.

_____ Seminário **O sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editores, 2007.

LAURENT, E. **A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje**. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 2007.

LERNER, R. **A Psicanálise no discurso dos agentes de saúde mental**. São Paulo, Casa do Psicólogo: Fapesp, 2006

MARON, G. Grupos de recepção: interrogando (n)os grupos. In: A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, vol. 6, n.17, p.47-58, 2000.

MEZAN, R. Psicanálise e pós-graduação: notas, exemplos, reflexões. In: **Interfaces da psicanálise**, p. 395-435. São Paulo: Companhia das Letras, 2002

MONTEIRO, C. & QUEIROZ, E. A clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental. **Psicologias clínica**. Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.109-121, 2006.

PALMA, C. A prática clínica no âmbito público: do que se trata? **Correio da Appoa. Psicanálise e Saúde Pública**. Porto Alegre, ano 14, n. 158, p. 15-18, junho de 2007.

_____ Como abordar os efeitos de um tratamento ofertado em um Serviço de Psicanálise no âmbito público. **Revista Ágora**. No prelo, 2009.

QUINET, A. **A estranheza da psicanálise: A escola de Lacan e seus analistas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2009.

RINALDI, D. Reunião Lacanoamericana da Bahia. **Revista do Corpo Freudiano**, n.7, dez.1997.

_____ Clínica e Política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. in Altoé, S. e Lima, M. **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

RINALDI, D. e ALBERTI, S. Psicanálise, Saúde Mental e Universidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, UERJ, ano 9, n. 2, p. 533-545, 2009.

RIBEIRO, A. M. O lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses: algumas reflexões. **Rev Psychê**. São Paulo, ano IX, n. 16, p. 165-182, jul-dez/2005.

_____ Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 16, n 4, p.33-56, 2005.

SAMPAIO, C. P. Algumas idéias sobre pesquisa em psicanálise. **Jornal da Psicanálise**, v. 39 n.70, São Paulo, junho 2006.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TREVISAN, E. Atelier de escrita: um lugar possível de endereçamento. In: **Psicose, aberturas da clínica**. Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA): Libretos, 2007.

TURATO, E. R. Método qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, p.507-514, 2005.

VIGANÓ, C. Basaglia com Lacan. **Rev. Mental**, Barbacena, ano IV-n.6, p.15-26, jun-2006.

_____ A palavra na instituição. **Rev. Mental**, Barbacena, ano IV-n.6, p.27-32, jun-2006.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- ENSP FIOCRUZ.

ZENONI, A. Psicanálise em instituição. **Abrecampos - Revista de Saúde Mental do IRS-FHEMIG**, Belo Horizonte, Instituto Raul Soares, ano I, n. 0, 2000.

ANEXO - Roteiro para entrevista semi-estruturada

1. -Descrever a formação como psicanalista
2. -Situar a relação com saúde pública, saúde mental, reforma psiquiátrica e CAPS.
3. -Exemplificar tipos de demanda recebe.
4. -Atividades realizadas no serviço (o que faz?).
5. -Motivos e Critérios para oferta de determinado tipo de dispositivo clínico.
6. -Objetivos clínicos das intervenções.
7. -Como os mesmos são realizados (descrição pormenorizada de clientela, frequência, duração, formas de dirigir a atividade, objetivos, tipos de intervenções, ou seja, como faz?).
8. -Como inclui o seu trabalho para as instituições psicanalíticas?
9. -Expectativas quanto ao avanço desse campo para a psicanálise;