

MYRIAM RODRIGUES FERNÁNDEZ

**A PRÁTICA DA PSICANÁLISE LACANIANA EM CENTROS DE
SAÚDE:
PSICANÁLISE E SAÚDE PÚBLICA**

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Rio de Janeiro

2001

MYRIAM RODRIGUES FERNÁNDEZ

**A PRÁTICA DA PSICANÁLISE LACANIANA EM CENTROS DE
SAÚDE:
PSICANÁLISE E SAÚDE PÚBLICA**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
FIOCRUZ
2001

*Para Billy, companheiro de vida, cúmplice sempre; e para
Olga e Guilherme, os filhos com quem tanto tenho aprendido.*

Agradecimentos

Aos três colegas que tão generosamente se dispuseram a ser entrevistados, fornecendo assim o escopo maior desta dissertação e tornando possível a sua realização, e também em especial:

– ao Antenor Amâncio Filho, orientador, que possibilitou e sustentou o desafio;

– ao Paulo Becker, interlocutor brilhante, amigo e "parceiro", que às muitas voltas deu destino;

– ao Fábio Morínigo, pela sugestão que resultou neste trabalho;

– à Nilza Ericson, pela escuta avisada e paciente, ao longo de tantos anos, da escrita de um desejo;

– ao Eduardo Vidal, por ter me apontado a via do encontro com Lacan;

– à Letícia Nobre, que além de me trazer de volta à noção freudiana de *miséria neurótica*, aceitou participar do final;

– à Maria Eliana Labra, que desde o início indicou caminhos, desfez dificuldades e muito ajudou no percurso;

– à Maria Helena Machado, por ter reconhecido a "juventude" no meu desejo de trabalhar;

– ao Luiz David Castiel, por ter aceitado verificar a minha sustentação de que a psicanálise se faz à medida do possível;

– ao Jorge Valadares, que me fez pensar na articulação do desejo com a invenção de um espaço pelo sujeito;

– ao Paulo Amarante que, por suas críticas construtivas, me levou à correção de alguns rumos;

– à Ligia Giovanella, que generosamente me possibilitou algum conhecimento sobre as políticas de saúde no Brasil;

– à Diana Mariscal e Maria Lúcia Morínigo, pela amizade e por algumas idéias e sugestões valiosas;

– à Leticia Balbi e ao José Luiz T. de Almeida, por terem aceitado com tanta prontidão ficar a postos;

– à Ana Lins, pela imensa disponibilidade e paciência no inestimável trabalho de digitação e diagramação;

– aos meus colegas de Mestrado, pelo convívio fraterno, pela alegria da troca e pela possibilidade de futuros encontros;

– à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), pela abertura com que me acolheu enquanto psicanalista, reafirmando a possibilidade de construção de uma intersecção mais operante entre Saúde Pública e Psicanálise.

RESUMO

Buscando investigar como se efetua a intersecção da psicanálise com a Saúde Pública, esta dissertação apresenta os relatos de três psicanalistas que exercem sua prática clínica em Centros de Saúde, visando dar a conhecer as condições em que a mesma vem se efetivando. A pesquisa trata do arcabouço teórico mínimo indispensável para abordar a prática da psicanálise, tendo inicialmente investigado a relação entre esta e a Saúde Mental, através do termo *psíquico*. A análise do material obtido revela que é a "in-formalidade" de uma *práxis* sustentada nos postulados teóricos lacanianos que possibilita a presença da psicanálise no campo da Saúde Pública, sendo a intersecção entre as duas possível porque, para ambas, o psíquico não é biológico, e o corpo, para a Saúde Pública, não tem uma dimensão apenas organo-biológica. As pesquisas realizadas apontam ainda que a relação paradoxal entre psicanálise e Saúde Mental, entre esta última e a Saúde Pública e entre a própria Saúde Pública e muitos dos médicos que trabalham em suas instituições, é causada por uma concepção racionalista do corpo que tem no *biológico* a sua única sustentação, o que está relacionado à formação médica e dá origem às dificuldades dos médicos em escutar seus pacientes. Assim, os dados obtidos podem ser usados para uma reflexão sobre a referida formação, no sentido de possibilitar àqueles que trabalham no campo da Saúde Pública uma escuta mais particularizada do sofrimento humano.

ABSTRACT

Attempting to investigate how the intersection of Psychoanalysis and Public Health is made, this essay presents the reports of three psychoanalysts who practice in Health Centers, aiming at divulging the conditions in which such practice comes into being. The research is about the minimal theoretical framework indispensable to the approach of the practice of Psychoanalysis, having at first investigated the relationship between this and Mental Health, through the term *psychic*. The analysis of the material thus obtained reveals that it is the “in-formality” of a praxis maintained in the Lacanian theoretical postulates which facilitates the presence of Psychoanalysis in the field of Public Health, their intersection being possible due to the fact that, in both cases, the psychic is not biological, and the body, for the sake of Public Health, doesn't have just an organo-biological dimension. The researches show that the paradoxical relationship between Psychoanalysis and Mental Health, between the latter and Public Health and between Public Health itself and most of the doctors working in its institutions, is caused by a rationalistic conception of the body having in the *biological* its only support, which is related to the medical formation and originates the doctors' difficulties in listening to their patients. Thus, the obtained data can be used for a reflection on the above mentioned formation, in order to enable those who work in the field of Public Health to listen to human suffering in a more particular way.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Um caminho a percorrer	1
Como fazer o percurso	6
CAPÍTULO I: Saúde mental e psicanálise	10
CAPÍTULO II: Pelos caminhos da psicanálise: inconsciente e pulsão; transferência e desejo do analista	
2.1 Introdução	30
2.2 Inconsciente e pulsão	31
2.3 Transferência e desejo do analista	50
CAPÍTULO III: A psicanálise à medida do possível	67
3.1 Introdução	67
3.2 Com a palavra os psicanalistas	69
3.3 Conclusão	125
CAPÍTULO IV: Um não à psicanálise: do paradoxo à alienação sobre a função do sujeito	128
CONCLUSÃO	149
BIBLIOGRAFIA	154
ANEXO	

INTRODUÇÃO

*"(...) o pobre não tem menos direitos à terapia da mente quanto os que já tem em matéria de cirurgia básica. E (...) as neuroses não constituem menor ameaça à saúde popular que a tuberculose e, (...), da mesma maneira que esta, não podem ser deixadas ao cuidado impotente do indivíduo pertencente às camadas populares (...)"**

(Freud, 1918)

Um caminho a percorrer

Como se dá a intersecção da psicanálise com a Saúde Pública, considerando-se que o exercício da prática psicanalítica em instituições da rede pública de saúde é um fato incontestável?

É esta questão complexa que buscamos investigar com a presente dissertação. Para isso, foi necessário traçar primeiro o caminho a percorrer, balizando os pontos em que precisaríamos nos deter e, sobretudo, delimitar bem o espaço de realização da pesquisa. Se não o fizéssemos previamente, acabaríamos por nos perder na amplitude e complexidade do campo vastíssimo da Saúde Pública.

O espaço escolhido foi o dos Centros de Saúde. Para delimitá-lo ainda mais, propusemo-nos a realização de um estudo relacionado ao atendimento que três psicanalistas vêm praticando em três diferentes Centros de Saúde,

* Tradução livre da edição em espanhol da Amorrortu Editores

onde exercem sua prática segundo postulados teóricos lacanianos. Obviamente, no que se refere à psicanálise, a referência fundamental será sempre Freud, o fundador. Por que, então, acentuamos os *postulados teóricos lacanianos*? É uma questão que pensamos esclarecer ao longo do próprio desenvolvimento da dissertação. No entanto, podemos desde já adiantar que se enfatizamos uma *práxis* embasada na teoria de Lacan é porque ele, no seu retorno a Freud, não privilegia a *forma* como se possa exercer a prática da psicanálise e sim, apenas, os seus conceitos fundamentais, dentre os quais vamos destacar o de transferência.

Quanto à Saúde Pública, iniciamos o percurso a partir de sua definição por Sabroza: "*O conjunto de práticas e conhecimentos organizados institucionalmente em uma sociedade, capazes de assegurar as condições necessárias à manutenção e reprodução da vida humana saudável*" (Sabroza, 1994).

Como é também nos Centros de Saúde que a Saúde Pública busca assegurar as referidas condições, consideramos apropriado o espaço de pesquisa que delimitamos. É muito pequeno se o comparamos com o campo da Saúde Pública. No entanto, é também nos Centros de Saúde que se efetivam algumas de suas práticas, principalmente no atendimento ao estrato da população designado como de baixa renda e baixa escolaridade – ou seja, no dizer de Freud, aos "*indivíduos pertencentes às camadas populares*".

Quanto à psicanálise, partimos da convicção de que o inconsciente – seu campo específico – pode se colocar para todo sujeito, trabalhando naturalmente sob as condições econômicas, sociais e culturais que o condicionam. Isto nos levou à especificidade do estatuto do sujeito em

psicanálise: o sujeito do inconsciente, dividido pela própria linguagem na medida em que fala, falando sem saber o que diz – como acontece, por exemplo, em um ato falho.

Portanto, não podemos negar que, quando o inconsciente se manifesta, suas formas de expressão variam de acordo com os condicionamentos históricos e culturais. Ao considerarmos os sintomas histéricos, por exemplo, fica-nos evidente que hoje, e aqui no Brasil, não se apresentam eles como "*esta selva de paralisias, espasmos e convulsões*" (1986:13) de que falava Freud em 1893, referindo-se às famosas histéricas de Charcot na Salpêtrière, em Paris.

A psicanálise tem como matéria-prima de sua *práxis* a palavra daquele que fala. Pelo próprio exercício desta prática, sabemos que a condição que traz sofrimento ao sujeito é sobretudo sua miséria neurótica – esta "*enorme miséria neurótica que existe no mundo e que talvez não seja necessária*" (Freud, 1986:162). Miséria que independe, portanto, de renda, escolaridade ou posição social. É desta condição miserável que vem falar aquele que chega a um psicanalista, seja em um consultório privado ou em um Centro de Saúde. Tanto em um como no outro, o analista deve estar a postos para escutar o que cada um daqueles que o procuram tem a dizer de sua condição humana de *ser falante* que sofre. E o que precisa ser escutado é a singularidade do sujeito, devendo o psicanalista intervir no discurso particular de cada paciente.

Cada um tem seu discurso singular, relacionado a sua própria história. Não podemos esperar que alguém analfabeto, que vive em situação às vezes extremamente precária, interagindo com a violência nos mais variados níveis e da forma mais explícita, possa chegar ao analista dizendo por que veio e o que

sente, da mesma maneira que um paciente que o procura no consultório. Isto não significa, no entanto, que este alguém não seja passível do inconsciente. É ao analista que caberá acolher com sua escuta o que está sendo dito para, só então, provocar a emergência do inconsciente nas brechas deste discurso da consciência.

Pensamos não ser possível "*assegurar as condições necessárias à manutenção e reprodução da vida humana saudável*" sem levar em conta o psíquico. Sabemos, através de vários pensadores da Saúde Pública, que esta não toma o corpo apenas como biológico, o que implica, portanto, em levar em consideração o psíquico.

Ao falar em *psíquico*, um termo bastante presente na psicanálise, não podemos deixar de lado a chamada Saúde Mental, até porque é ela que geralmente viabiliza o exercício da prática psicanalítica em instituições públicas de saúde, embora de forma bastante paradoxal.

Percebemos, assim, que tratar da intersecção da psicanálise com a Saúde Pública envolve, de fato, questões complexas. Optamos por fazê-lo, dando a conhecer os obstáculos com que se defronta um psicanalista que exerça a sua prática em um Centro de Saúde, mediante a verificação das condições em que o exercício da mesma vem ocorrendo em três deles. Interessou-nos conhecer também como, conceitualmente, esta *práxis* vem se efetivando. Neste sentido, privilegiamos o conceito de transferência, na medida em que uma análise só é possível a partir da instauração deste dispositivo.

Consideramos que descrever como a prática da psicanálise vem se realizando nas referidas unidades possibilitaria que, eventualmente, aparecessem as dificuldades que encontram os psicanalistas no cotidiano de

seu trabalho em Centros de Saúde.

É nossa intenção que esta dissertação contribua para desfazer a idéia tendenciosa de que ao pobre, em renda e escolaridade, a Saúde Pública só pode oferecer, quando muito, uma "psicanálise pobre". Uma pobre psicanálise que, ao não levar em conta alguns de seus próprios conceitos fundamentais, estaria mostrando desconhecer que a miséria neurótica traz sofrimento também àqueles que pertencem às chamadas classes trabalhadoras.

Esperamos ainda que esta pesquisa possa contribuir também para alguma reflexão sobre a formação dos médicos, no sentido de melhor prepará-los para uma escuta mais apropriada em relação ao sofrimento psíquico daqueles que buscam atendimento em unidades da rede pública de saúde.

Tendo definido os objetivos da dissertação, marcamos os pontos de partida e balizamos o percurso a ser feito através de **quatro capítulos**.

O **primeiro** mostra como, apesar de Saúde Mental e Psicanálise encontrarem, no âmbito da Saúde Pública, um elo de ligação no termo *psíquico*, no entanto suas concepções em relação ao referido termo são bastante distintas, como provam suas respectivas histórias. O capítulo deixa claro que esta diferença, bem como as que dizem respeito às questões da *demanda* e do *sintoma*, revelam a relação paradoxal entre os dois campos. Refere-se ainda a autores que, embasados na teoria lacaniana, apostam numa intersecção possível entre Saúde Mental e Psicanálise.

O **segundo capítulo** trata do arcabouço teórico mínimo que consideramos indispensável para abordar a prática da psicanálise. Compõe-se de duas partes: na primeira, são apresentados os conceitos de *inconsciente* e *pulsão* e, na segunda, os de *transferência* e *desejo do analista*. Estes conceitos

são tratados de maneira bastante simples, visando apenas dar a base teórica indispensável ao trabalho de campo.

O **terceiro capítulo** apresenta justamente o resultado do trabalho de campo, em que foi realizada uma entrevista – constando de duas partes – com cada um dos três psicanalistas. Destas entrevistas, gravadas e depois transcritas, escolhemos fragmentos dos discursos enunciados que, a seguir, foram trabalhados e comentados.

O **quarto capítulo** discute a posição paradoxal de alguns pensadores da Saúde Mental, em relação à presença da psicanálise nas unidades públicas de saúde. Aponta que, se a Saúde Pública pode acolher a prática psicanalítica, ainda que de maneira informal, no entanto vários dos referidos pensadores revelam certa tendenciosidade em relação à mesma – tendenciosidade que acaba por se configurar em uma certa exclusão da função do sujeito. Aborda também questões que inviabilizam a presença da chamada *psicanálise freudiana ortodoxa* no campo da Saúde Pública. Finaliza, localizando na própria formação médica a origem das dificuldades de escuta, por parte dos médicos, em relação aos pacientes.

Como fazer o percurso

A metodologia de trabalho se estabeleceu, considerando-se uma investigação a ser realizada em dois níveis: o teórico e o do trabalho de campo.

No nível teórico, investigamos textos que nos permitissem estabelecer as bases conceituais necessárias ao desenvolvimento da pesquisa, tanto no que se refere à Saúde Pública e à Saúde Mental como à Psicanálise,

implicando isso uma análise crítica de algumas leituras realizadas.

O nível do trabalho de campo teve seu primeiro momento na escolha do espaço de pesquisa, que se resumiu a três Centros de Saúde, levando-se em conta sobretudo o prazo para o desenvolvimento do mesmo. A circunscrição deste espaço se fez, considerando-se que os Centros de Saúde são a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se dá o nível primário de atendimento, de caráter universal. Foram escolhidos dois Centros situados no Município do Rio de Janeiro (um na zona sul da cidade e outro na zona norte) e um terceiro em um município do interior do Estado. Esta escolha se deu a partir de indicações obtidas de que, nestes Centros, que dispõem de atendimento em Saúde Mental, trabalham psicanalistas que exercem sua prática segundo postulados teóricos lacanianos.

Como categoria fundamental da pesquisa foi utilizada a *entrevista* que, segundo Minayo (1998:107), é um dos "*componentes do trabalho de campo*". A entrevista, semi-estruturada, realizou-se a partir de um contato preliminar com cada um dos três psicanalistas dos referidos Centros de Saúde, que generosamente nos acolheram. Nesta ocasião lhes foram colocados os objetivos da pesquisa.

O roteiro da entrevista, apresentado em anexo ao final da dissertação, foi elaborado em duas partes, o que resultou em dois encontros com cada um dos entrevistados, numa duração média de 45 minutos por encontro. Na primeira parte, as questões foram formuladas de modo a possibilitar que os entrevistados nos dessem a conhecer a sua forma de inserção nos respectivos Centros de Saúde em que trabalham, bem como as condições institucionais que obstaculizam ou favorecem o exercício da prática psicanalítica. A segunda

parte, elaborada tendo em vista a própria prática clínica, constou de questões que possibilitassem aos entrevistados revelar aspectos relativos à transferência articulada ao desejo do analista, e a como percebem os resultados clínicos de sua prática.

Fazemos nossas as palavras de Lucia Helena C. dos Santos Cunha (1997:26), quando afirma em sua dissertação de mestrado:

Abandonando o mito da neutralidade científica, a metodologia proposta supôs a presença do entrevistador como um elemento ativo no contexto do campo entrevistado; a relação de intersubjetividade que caracterizou as entrevistas não foi negativizada, tendo sido ao contrário tomada como um facilitador do processo. Com o crescente reconhecimento da validade das pesquisas qualitativas, constata-se 'a impossibilidade do objeto e do pesquisador das ciências humanas serem inertes e neutros. Há aí uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto na produção de conhecimentos, sendo este objeto construído (Leitão & Frison:1994).

A análise do material obtido foi feita, levando-se sempre em conta os objetivos propostos. Neste sentido, a análise considerou aquilo que foi mais marcante em cada entrevista, sendo recortados de cada resposta os fragmentos mais significativos dos discursos enunciados. Tais fragmentos foram trabalhados e comentados, tendo-se feito também comparações entre relatos dos entrevistados, de forma a se estabelecerem similaridades e diferenças. Assim, a análise do material respondeu aos objetivos propostos, além de ter possibilitado a emergência de temas que não constavam diretamente dos referidos objetivos, mas que se prestaram, no entanto, a

discussões importantes que também dizem respeito à intersecção entre Saúde Pública e Psicanálise.

Façamos agora o percurso. Adiante, pois!

CAPÍTULO I

SAÚDE MENTAL E PSICANÁLISE

"O futuro criará, previsivelmente, uma psiquiatria científica à que a psicanálise terá servido de introdução".

(Freud, 1923)

Com o título acima, pretendemos salientar que estes dois termos – saúde mental e psicanálise – apontam para dois campos distintos. Se, como afirma Ana Marta Lobosque (1996:40), *"a saúde mental não se pode confundir com a psicanálise"*, não se trata também de estabelecer uma oposição entre ambas. Interessa-nos, antes, a partir das diferenças, buscar relações entre dois campos que, no âmbito da saúde pública, encontram no termo *psíquico* um elo de ligação.

Se fazemos esta afirmação é porque, como já foi dito anteriormente, pensamos não ser possível à saúde pública *"assegurar as condições necessárias à manutenção e reprodução da vida humana saudável"* (Sabroza, 1994) sem levar em conta o psíquico. Além disso, se hoje a psicanálise se faz presente no campo da saúde pública, não poderia deixar de ser a saúde mental que viabiliza esta presença, uma vez que é geralmente nos serviços ou programas de saúde mental que, de alguma forma, se inserem os psicanalistas que exercem sua prática em unidades de saúde da rede pública.

Deparamo-nos, no entanto, com uma primeira dificuldade, visto que a saúde mental e a psicanálise têm concepções bastante distintas no que diz respeito ao psíquico. É a própria história de ambas que deixa clara esta diferença, desde a fundação da psicanálise por Freud.

Diz-nos Guillermo Izaguirre (1999:245) que:

Os fundamentos da saúde mental, a concepção sob a qual se pensa este tipo de práticas, a idéia de fundo que as sustenta, desenvolveu-se no mundo ocidental a partir do predomínio da burguesia sob o nome de modernidade. Baseada na idéia do desenvolvimento indefinido do homem sobre a natureza e de um homem determinado pela supremacia da razão, chegou a seu limite em fins do século XIX.

É justamente quando esta idéia de "um homem determinado pela supremacia da razão" e, portanto, da consciência, chega a seu limite que vemos surgir a psicanálise. De fato, a partir do fim do século XIX

irrompe em todas as áreas do pensamento ocidental uma forte crítica a esta (...) preeminência da razão, dando lugar ao que se chamou a 'crise da razão'. Em quase todos os terrenos do pensamento pode-se observar este novo tratamento das idéias (...). Dentro deste clima de inovação profunda do pensamento ocidental é que surge Freud (Id.Ibid:246).

Ao descobrir o inconsciente e, assim, fundar a psicanálise, Freud faz desmoronar a idéia de um homem determinado pela primazia da razão. Desde os momentos finais do século XIX, o *eu* – a sede da consciência – deixou de

ser "o senhor em sua própria casa" (Freud, 1917:135). Com *A interpretação dos sonhos*, Freud vem deixar claro que, em relação ao homem, o determinismo que tem a supremacia é o do inconsciente. Duro golpe desfechado contra o narcisismo humano, justamente ao findar do século XIX, pois se *A interpretação dos sonhos* – que Freud sempre considerou sua obra magna – só veio a público em 1900, no entanto, como afirma seu próprio autor, já estava concluída desde o inverno de 1899 (Freud, 1932).

Percebe-se então que, desde seus respectivos fundamentos, saúde mental e psicanálise configuram-se como campos distintos – o primeiro tem por centro o homem determinado pela supremacia da razão e o segundo se funda ao descentrar o homem de sua razão, quando Freud o desvela como determinado pelo inconsciente. Assim, de acordo com seus próprios fundamentos, saúde mental e psicanálise só poderão ter também concepções bastante diferentes sobre o psíquico.

Se a saúde mental tem por base o homem da razão, isto a coloca numa linhagem que nos leva a buscar sua ascendência na própria constituição da psiquiatria, remetendo-nos de saída a Foucault e a sua *História da loucura* (1999). Neste texto, o autor rediscute o velho embate entre loucura e razão, abordando-o de um ponto de vista que não o da psiquiatria; ao contrário, através do seu método singular de análise histórica dos discursos e micropoderes, ele nos mostra como a psiquiatria *nasce* desse confronto que, tributário da Idade Clássica, foi sempre marcado pela exclusão da loucura. Esta exclusão, no seu próprio nascedouro, materializa-se na invenção do internamento pelo Classicismo em meados do século XVII (Foucault, 1999). E "é entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX

encontrarão os loucos; é lá que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos 'libertado'" (Id.Ibid.:48).

Não é, pois, por acaso que Foucault inicia o capítulo sobre *A grande internação* (Id.Ibid.:45) referindo-se a Descartes que, ainda na primeira metade do século XVII, ao percorrer o caminho da dúvida, vem afirmar com o seu *cogito* a supremacia da razão. Só pode fazê-lo, no entanto, ao preço da exclusão da loucura, pois, para ele, como afirma Foucault:

A loucura é justamente a condição de impossibilidade do pensamento (...) a loucura é excluída pelo sujeito que duvida (...) o perigo da loucura desapareceu no próprio exercício da Razão. (...) O percurso da dúvida cartesiana parece testemunhar que no século XVII esse perigo está conjurado e que a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade; domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão. Doravante, a loucura está exilada (Id. Ibid.:46-47).

E assim permanecerá, durante um século e meio, sob o regime do internamento, com as suas casas de força da Idade Clássica, até que, em nome de uma suposta libertação, outra forma de exclusão surgirá em fins do século XVIII, continuando a mantê-la exilada em nome da razão.

Estamos já então falando tanto do nascimento do asilo como do nascimento da clínica psiquiátrica, com Pinel. Como afirma Bercherie (1989:34), "*Pinel foi daqueles que constituíram a clínica médica como observação e análise sistemática dos fenômenos perceptíveis da doença*". Mas daí a dizer que ele e a psiquiatria do século XIX libertaram a loucura do seu

exílio vai uma grande distância...

Se o asilo foi criado como um novo espaço onde passa a habitar a loucura, não foi para libertá-la, mas para melhor isolá-la. Sabemos por Foucault (1999) que o internamento não era apenas destinado aos loucos, mas também a outros grupos que a sociedade segregava: os pobres, os libertinos, os doentes.

Trata-se agora de um outro tempo em que a sociedade burguesa, com o advento da Revolução Industrial, passa a ver o pobre como força de trabalho necessária, e já não mais se dispõe a manter os demais grupos que antes conviviam com os loucos no internamento, restituindo-os à liberdade, "*com exceção dos próprios loucos. Estes passam a ocupar um novo espaço de reclusão isoladamente (...) – o asilo*" (Silva Filho, 2000:87). É onde, ao final do século XVIII, o pensamento médico e a prática do internamento que haviam permanecido estranhos um ao outro durante muito tempo aproximam-se "*com o objetivo de uma primeira convergência*" (Foucault, 1999:423).

A loucura agora se oferece ao olhar do médico.

Ela se torna forma olhada, coisa investida pela linguagem, realidade que se conhece; torna-se objeto. E se o novo espaço do internamento aproxima (...) a loucura da razão, ele estabelece entre ambas uma distância bem mais temível, um desequilíbrio que não mais poderá ser invertido; por mais livre que seja a loucura no mundo que lhe prepara o homem razoável (...) nunca deixará de ser para ele nada além de um objeto (Id.Ibid.:439).

É a distância do olhar que agora, como barreira intransponível, coloca a

razão a salvo da loucura. E se o louco está então livre para exprimir-se e pode ser ouvido nos seus delírios, isto só é possível no espaço fechado do asilo onde, submetida como objeto ao olhar da razão, sua loucura *"se oferece livremente a nosso saber como verdade enfim liberada. Este duplo movimento de liberação e sujeição constitui as bases secretas sobre as quais repousa a experiência moderna da loucura"* (Id.Ibid.:455).

Destas bases secretas desponta o nome de Pinel, colocado por seus contemporâneos na origem da psiquiatria moderna, e que, *"no plano do método, fundou uma tradição: a da clínica, como orientação consciente e sistemática"* (Bercherie, 1989:31). Origem e tradição que remetem ao gesto mítico de Pinel, ao liberar das correntes os alienados de Bicêtre. Mas é este mesmo gesto que, ao abrir à loucura o domínio da liberdade, demarca, no asilo, o espaço de sua exclusão. *"É bem de mito que se deve falar quando se faz passar (...) por liberação de uma verdade o que é reconstituição de uma moral"* (Foucault, 1999:476).

O tempo agora é o do tratamento moral, a que ficou para sempre ligado o nome de Pinel, e dele fará parte a encenação da justiça.

Tudo é organizado para que o louco se reconheça nesse mundo do juízo que o envolve de todos os lados; ele deve saber-se vigiado, julgado e condenado; da falta à punição, a ligação deve ser evidente, como uma culpabilidade reconhecida por todos. (...) O ciclo está duplamente encerrado: a falta é punida e seu autor se reconhece culpado (Id.Ibid.:494-495).

É assim que para Pinel a loucura como alienação é passível de cura. O

antigo alienado pode agora ser reinserido na sociedade porque, através do tratamento moral, sua loucura está normalizada e sob controle.

O asilo da era positivista (...) é um espaço judiciário (...) do qual só se consegue a libertação (...) pelo arrependimento. A loucura será punida no asilo, mesmo que seja inocentada fora dele. Por muito tempo, e pelo menos até nossos dias, permanecerá aprisionada num mundo moral (Id.Ibid.:496).

Remetendo-se também a Foucault, afirma A.M. Lobosque:

O sentido desta prática moral escapará ao médico, na medida em que, no século XIX, o positivismo veio impor-se à medicina e à psiquiatria: contudo, embora esquecida em suas origens e em seu sentido, ela permanece sempre manejada e sempre presente, imprimindo suas marcas à psiquiatria dos nossos tempos (Lobosque: 1996:41).

Foi, portanto, como autoridade moral que o médico, ao adentrar os muros do asilo, transformou-se na sua figura essencial. E foi então que a loucura adquiriu o estatuto de doença mental, na medida em que passou a ser um objeto para o conhecimento humano – um "*objeto construído pela psiquiatria*", como afirma Amarante (1999:47).

"*A psiquiatria vai tornar-se uma medicina de um estilo particular*" (Foucault, 1999:500) para a qual a origem da loucura estará nas causas orgânicas ou nas disposições hereditárias. É assim que, desde o seu início em Pinel, a clínica psiquiátrica afirmará, como seu postulado básico, que "os

distúrbios mentais devem ser concebidos como uma variedade particular dos distúrbios somáticos" (Bercherie, 1989:27). De fato, Pinel considerava a alienação mental como uma doença no sentido das doenças orgânicas, um distúrbio das funções superiores do sistema nervoso. Baseando-se na antiga medicina classificatória, destacou as grandes classes dos sintomas, mas sem levar em conta sua localização no corpo, ou seja, a anatomia patológica.

É sobretudo por isso que esta primeira escola psiquiátrica será questionada pelo saber médico "*que visa o estabelecimento da doença mental com base na racionalidade anátomo-clínica*" (Silva Filho, 2000:91), cujo princípio básico já fora formulado por Bichat: "*era a lesão local que explicava o quadro clínico, e este só fazia manifestá-la para o exterior*" (Bercherie, 1989:34). A doença mental passa a ser então sinônimo de dano cerebral, até que seja elaborada por Morel, em 1857, a teoria da degenerescência, que tem como essência o caráter de transmissibilidade desta última. Tal teoria foi posteriormente desenvolvida por Magnan, um dos representantes da psiquiatria clássica que se estende por um período de quarenta anos, até a década de 1910.

Ao tomar como objeto as funções mais complexas do sistema nervoso central, a psiquiatria de então localiza-se como um ramo da neurologia, situação que, como sabemos, não vai se sustentar.

Ao longo de todo este período, (...) era com base no arco reflexo que se concebia a atividade psíquica (...). Era uma atividade associativa, no sentido de associações de idéias dos psicólogos, mas também no sentido dos feixes associativos dos neurologistas (Id.Ibid.:134-135).

É neste período também que se situa Charcot. Apesar de ter descoberto o papel das representações na gênese dos fenômenos histéricos e, com isso, ter a princípio influenciado Freud, Charcot não deixou de ver também na sintomatologia da histeria afecções funcionais do sistema nervoso.

Mesmo na chamada psiquiatria moderna já do século XX, a questão do *psíquico* estará sempre ligada ao biológico, seja na França ou na Alemanha, os dois grandes berços da clínica psiquiátrica. Tanto é assim que Jaspers, ao contestar o paralelismo psicofisiológico, recorrerá "*a representações teóricas, a mecanismos extra-conscientes, essencialmente extraídos dos conhecimentos biológicos*" (Id.Ibid.:265) como explicação causal para os fatos psíquicos.

Ainda que, a partir do início do século XX, a psiquiatria tenha se deixado permear por algumas das formulações de Freud, isto se deu de forma parcial e geralmente ao preço da desfiguração ou mesmo da exclusão dos próprios fundamentos da psicanálise. De fato, é impossível compatibilizar uma concepção que tenha o biológico como causa do psíquico com a radicalidade da descoberta freudiana do inconsciente que vem estabelecer justamente um limite entre o psíquico e o biológico, deixando este último como resto inabordável – mas não como causa. Talvez isto justifique a necessidade sentida pelos psiquiatras, a partir do declínio da clínica, de apresentar, no plano teórico, grandes sistemas que se opusessem à psicanálise.

Esta regressão da clínica psiquiátrica, iniciada na década de 1920, foi acentuada pelas "*grandes descobertas da terapêutica biológica*" (Id.Ibid.:315).

Os modernos tratamentos químicos, a incidência dos medicamentos acabaram por dissolver a clínica, na medida em que passaram a ser o seu princípio organizador.

De fato, com o advento das novas substâncias farmacológicas a partir da década de 1950, "*a nova prática psiquiátrica pode realizar suas proposições de controle dos distúrbios dos enfermos mentais*" (Silva Filho, 2000:96). Ao reconfirmar, no corpo, a sede dos males dos chamados "*doentes*", ao mesmo tempo que conserva sua autoridade sobre a loucura, regulamentada desde o século passado, a medicina mental reconcilia-se "*com a racionalidade da medicina geral*" (Id.Ibid.:96).

Se a descoberta do inconsciente por Freud fez desmoronar a supremacia de um homem determinado pela razão, não a sepultou, no entanto. Tal como fênix que ressurgue das cinzas, a razão continua sua luta pelo domínio, e não mais apenas da loucura, uma vez que tenta agora fazer calar o homem no que este possa ter a dizer de sua condição humana de *ser falante* que sofre.

Travestida em ideologia medicamentosa, a razão apresenta-se também como solução para a "*miséria neurótica*" freudiana e até para o incurável mal-estar de *ser humano* do homem. "*Doença do pânico, fobia social, estresse do executivo, fadiga crônica, dentre tantas outras, são categorias que patologizam o cotidiano em suas bases fundamentais*" (Amarante, 1999:51).

Propomos que as "*bases fundamentais*" do cotidiano possam ser pensadas em consonância com o mal-estar na cultura sobre o qual Freud nos adverte. Assim, patologizá-lo é acrescentar ao cotidiano formas desnecessárias de mal-estar, como vã tentativa de curar o incurável. Não se trata,

evidentemente, de negar a importância da psicofarmacologia, mas de denunciar seus excessos, pois sabemos que os psicotrópicos, atuando no organismo, "*funcionam tanto melhor quando sua prescrição leva em conta a questão do sujeito*" (Lobosque, 1996:63).

É através deste longo percurso que acabamos de refazer que, paradoxalmente, a psiquiatria passa a ter então como objetivo maior do seu trabalho a promoção da saúde mental. Sem entrarmos na discussão filosófica do binômio *saúde e doença*, apontamos, com Silva Filho (2000:96), "*o deslocamento da doença para a saúde mental como objetivo prioritário dos atos médicos psiquiátricos*".

Quanto ao termo Saúde Mental, parece-nos importante marcar uma diferenciação: por um lado, ele se refere a um estado de vida mental que se costuma definir em relação ao que seria o seu oposto – doença mental; por outro, designa um campo complexo de práticas, sustentado por diversas disciplinas, dentre as quais se destaca a psiquiatria, e que se insere no âmbito mais vasto da Saúde Pública. Seja num sentido ou no outro, o caminho até aqui percorrido nos autoriza a afirmar que, para a saúde mental, a concepção do psíquico ainda continua a ser predominantemente biológica.

No que diz respeito à psicanálise, desde o início o psíquico a que Freud constantemente se refere é de outra ordem que não a do biológico. O que não se nega, no entanto, é que foi da razão biologicista da medicina que ele partiu, tendo feito uma carreira brilhante como pesquisador, seja em histologia, fisiologia, anatomia ou neurologia.

Se soube tirar de seus estudos médicos os princípios que o ajudaram a fundar a psicanálise, por outro lado Freud também afirmou em sua

Apresentação autobiográfica (1925:8) nunca ter sentido "*uma preferência particular pela posição e pela atividade do médico*". Seu interesse maior dirigia-se antes para as questões da condição humana. Talvez por isso considerasse os poetas e literatos mais próximos da psicanálise que os médicos. Assim, é com freqüência que encontramos ao longo de sua obra citações de Goethe, Shakespeare, Ibsen, dentre outros. Talvez por isso também tenha podido escutar as histéricas, lendo inclusive nas entrelinhas do seu discurso. Isto aponta, pensamos, para algo fundamental que está na base mesma da formulação do inconsciente freudiano – sua relação essencial com a linguagem, reafirmada por Lacan ao enunciar em *Radiofonia* (s/data:14) que a "*linguagem é a condição do inconsciente*".

Já no início do capítulo VI de *A interpretação dos sonhos* (1900:285), Freud aponta esta relação do inconsciente com a linguagem, ao afirmar que "*o conteúdo do sonho se nos aparece como uma transferência dos pensamentos do sonho a outro modo de **expressão**, cujos signos e leis **de articulação** devemos aprender a discernir por via da comparação entre o **original** e sua **tradução***", como procuramos destacar com os termos que grifamos. São vários os textos em que, ao tratar das produções do inconsciente, Freud trabalha rigorosamente com as palavras, indo inclusive à minúcia da letra, sem deixar dúvidas sobre a questão do inconsciente na sua relação com a linguagem.

Foi a partir do encontro com as histéricas de Charcot, foi por começar a escutá-las, que Freud pôde chegar a sua formulação do inconsciente. Formulação que poucos anos depois apresenta em *A interpretação dos sonhos*, através da elaboração de um constructo que chamou de *aparelho psíquico*. Trata-se evidentemente de um aparelho simbólico, concebido como composto

por diferentes *instâncias* ou *sistemas* que em nada fazem pensar em localizações anatômicas, cerebrais.

Ao dizer que a idéia que se põe a sua disposição "*é a de uma localidade psíquica*", Freud afirma também que terá o maior cuidado "*em não cair na tentação de determinar essa localidade psíquica como se fosse anatômica*" (Id.Ibid.:529). Diz ainda que "*representações, pensamentos e, em geral, produtos psíquicos não podem ser localizados em elementos orgânicos do sistema nervoso, mas, por assim dizer, entre eles, onde resistências e facilitações constituem seu correlato*" (Id.Ibid.:599) – ou seja, onde justamente não se trata do biológico, mas de operações psíquicas efetuadas por um aparelho simbólico.

É nesta mesma obra que, ao tratar da *realidade psíquica*, Freud faz coincidir o inconsciente com o psíquico, ao afirmar que "*o inconsciente é o psíquico verdadeiramente real*" (Id.Ibid.:600). E acrescenta mais adiante: "*O inconsciente – isto é, o psíquico – ocorre como função de dois sistemas separados e isto já acontece na vida normal da alma*" (Id.Ibid.:602).

Se para Freud ainda havia a tentação de dar ao psíquico uma localização anatômica, tal tentação sequer se coloca para Lacan. Desde os anos iniciais de seu ensinamento, ao formular a proposição *o inconsciente está estruturado como uma linguagem* – inconsciente que, em Freud, é o psíquico –, Lacan impossibilita qualquer tentativa de estabelecer uma relação de continuidade entre o orgânico e o psíquico. Este diz respeito à questão da subjetividade que se instaura a partir do significante, implicando a particularidade do sujeito.

Foi seguindo Freud, no entanto, que vimos se estabelecer, desde o

início, uma diferença fundamental entre psicanálise e saúde mental, no que se refere ao termo psíquico. Se, como afirmamos, saúde mental e psicanálise encontram neste termo um ponto de conjunção, trata-se de uma conjunção disjuntiva que impossibilita a inclusão da psicanálise no campo da saúde mental.

Não é apenas no que diz respeito ao termo *psíquico* que se evidencia a dificuldade de relação entre saúde mental e psicanálise. Outros impasses existem, quando consideramos que é na psiquiatria que está a raiz mesma da saúde mental. Detenhamo-nos apenas em dois – aqueles que se referem às diferenças quanto às questões da *demanda* e do *sintoma*, tanto na psiquiatria como na psicanálise.

Quanto à demanda, tomando primeiramente a que é dirigida ao psiquiatra, apresenta-se em geral como uma demanda social que visa essencialmente à readaptação do paciente à sociedade. Muitas vezes sequer é feita pelo próprio paciente, quando este é pressuposto como incapaz de formular uma demanda. E ainda que o faça, dificilmente será validada como discurso: serão elementos da anamnese que se enquadrarão numa nosologia – o que significa que as questões do sujeito não serão valorizadas.

No que se refere à psicanálise, a demanda que o paciente dirige ao psicanalista é de outra ordem e implica fundamentalmente suas questões de sujeito. É por estas questões, e ainda que sem saber bem quais sejam, que ele sofre, expressando-as, também sem saber, nos seus sintomas. O que ele sabe é que tais sintomas o fazem sofrer e, deles falando ao analista, o paciente lhe demanda que deste sofrimento o liberte. Já estamos então na questão do sintoma e de suas diferenças, no que diz respeito à psiquiatria e à psicanálise.

Podemos dizer que, de certa maneira, o sintoma psiquiátrico é constituído pelo psiquiatra, na medida em que é ele quem o observa, o descreve e o classifica, dando-lhe então um nome.

Quanto ao sintoma psicanalítico, trata-se de algo muito diferente. Em primeiro lugar porque, para que exista como tal, é preciso que seja falado ao psicanalista pelo próprio paciente, embora isto não baste para que um sintoma se constitua como psicanalítico. Aquele que chega ao analista queixando-se de seu sintoma, sente-o como um corpo estranho, como um sofrimento que lhe vem de fora. Será então necessário que o sujeito possa se perceber também como responsável por aquilo que o faz sofrer e, nisto, o analista está implicado. Assim, é na experiência analítica mesma, no endereçamento do discurso do paciente ao analista e na medida em que o próprio analista passa a fazer parte do sintoma do sujeito que este sintoma se torna psicanalítico.

Se, como vimos até agora, há questões fundamentais que impossibilitam a inclusão da psicanálise no campo da saúde mental, busquemos, no entanto, o possível de uma relação entre ambas que possa se configurar ao menos como um campo de intersecção.

Comecemos por Freud e por seu desejo de que tal seja possível, quando, nos *Dois artigos de enciclopédia: "Psicanálise" e "Teoria da libido"*, escreve sobre a relação da psicanálise com a psiquiatria:

A psicanálise não se encontra em oposição a ela, como se acreditaria pela conduta quase unânime dos psiquiatras. Ao contrário, na sua qualidade de psicologia do profundo – psicologia dos processos da vida anímica subtraídos da consciência –, está chamada a oferecer-lhe a base indispensável e a remediar

suas limitações. O futuro criará, previsivelmente, uma psiquiatria científica à que a psicanálise terá servido de introdução (Freud: 1923:247).

Desde algum tempo, há autores que pensam e trabalham no sentido de estabelecer, na prática, esta possibilidade de relação, sem desconhecer que se tratará sempre de uma relação não-toda, na medida em que implica também uma permanente disjunção. Lendo alguns deles, percebemos que aquilo a que apontam é um caminho a construir, através de algumas experiências que vêm sendo feitas e que incluem a questão de uma escolha e de uma aposta.

Parece-nos fundamental, se se trata de buscar uma intersecção possível entre saúde mental e psicanálise, que uma primeira escolha se faça e esta diz respeito à coisa mental, ou seja, ao psíquico. Assim, concordamos com Lobosque (1996:36-37) quando, ao colocar sua escolha, afirma: "*(...) é à coisa mental freudiana que se pode referir a formação do trabalhador de saúde mental quando está em causa sua responsabilidade como clínico*". A autora deixa claro que deseja que a formação em saúde mental esteja articulada ao psíquico freudiano e, nisto, seu desejo está em consonância com o de Freud, quando este escreveu sobre a relação da psicanálise com a psiquiatria.

Pensamos que é justamente o psíquico freudiano, ou seja, o inconsciente, a base indispensável que a psicanálise tem a oferecer à saúde mental e, se esta aceita a oferta, pode-se inaugurar então a possibilidade de um campo de intersecção entre ambas. Certamente isto terá conseqüências e talvez a primeira delas seja colocar em questão as próprias definições oficiais, tanto de *saúde* como de *saúde mental*.

Relembremos aqui a definição de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – "*não só a ausência de doença, mas o completo estado de bem-estar físico, mental e social*" (Izaguirre, 1999:253) –, e os termos em que se expressa a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), sobre saúde mental:

Na atualidade saúde mental não é apenas sinônimo da tradicional higiene mental, nem da clínica psiquiátrica, mas implica um sentido muito mais amplo e abrangente e inclui a problemática de saúde e doença, sua ecologia, a utilização e avaliação das instituições, seu pessoal, o estudo das necessidades da comunidade e os recursos para satisfazê-la... (Id.Ibid.:248).

Como falarmos, no entanto, em "*completo estado de bem-estar mental*", quando o mental a que Freud se refere é o psíquico, isto é, o inconsciente? Há que se reconhecer o impossível disto, o "nirvânico" desta proposta, pois o inconsciente emerge exatamente onde se manifesta, no discurso, a incurável divisão do sujeito que fala sem saber bem o que diz, revelando, assim, a sua incompletude. Ou ainda: poderá a saúde mental ser "*sinônimo da tradicional higiene mental*" ao aceitar tomar como base a que lhe oferece a psicanálise? Como fazer a higiene do inconsciente? E se o inconsciente implica a particularidade do sujeito que se constitui a partir do significante, poderá a saúde mental estudar as necessidades da comunidade sem levar em conta a singularidade do sujeito?

Pensamos que são questões assim que levam Lobosque a afirmar (1996:40): "*Não estamos condenados às definições da OMS*", não sem antes

ter escrito: "*Eis aí o interesse político da questão*" (Id.Ibid.:39-40). Isto é fundamental, uma vez que as definições acima mencionadas são expressões de uma política de saúde mental.

Ao dizer *política*, estamos nos referindo, com Izaguirre (Id.Ibid.:248), a:

Decisões tomadas a níveis de organismos que têm a ver com determinada prática social; que decidem ações tendentes à obtenção do equilíbrio entre as pessoas e entre diferentes setores sociais; que tendem a prometer o que se define como o bem-estar geral ou, ao menos, o bem-estar para o maior número de pessoas de um universo definido. Se se quer ser mais amplo em sua definição, podemos dizer que se trata da obtenção da felicidade para todos ou, ao menos, para a maioria. É uma promessa de felicidade.

Uma promessa que a psicanálise não tem como fazer, quando Freud nos adverte justamente sobre o mal-estar na cultura.

Assim, ao aceitar como base o inconsciente, a saúde mental estaria ao mesmo tempo propondo, através de suas práticas, a subversão de uma política institucionalizada. E não poderia ser de outra forma, quando sabemos que o inconsciente é subversivo na sua radicalidade.

É esta radicalidade que Lacan sustenta e faz valer quando, na sua obra, formaliza o inconsciente freudiano. Por isso, referimo-nos aqui a autores que, tendo uma prática embasada na teoria lacaniana, apostam numa intersecção possível entre saúde mental e psicanálise, buscando "*um espaço rigoroso de articulação*" (Lobosque, 1996:62) entre psiquiatria e psicanálise, sem tentar uma síntese entre ambas. Não desconhecemos, no entanto, que,

através de percursos teóricos diferentes, há outros autores que trabalham também no mesmo sentido.

Como já dissemos anteriormente, trata-se de um caminho ainda em construção que vem sendo aberto através de experiências importantes, como as narradas por Lobosque (1996), em Minas Gerais, ou como as que vêm sendo realizadas em Buenos Aires, a partir do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires, relatados por Izaguirre em *Salud Mental y Psicoanálisis* (1999).

São estes apenas dois exemplos – um deles argentino –, mas certamente, e aqui no Brasil, vários outros poderiam ser mencionados. Se não o fazemos, é porque limites se impõem a este nosso trabalho, inclusive quanto ao tempo necessário para uma busca maior na literatura. Assim, um recorte é preciso – um recorte que, não podemos negar, implica também uma escolha.

Importante se nos afigura incluir ainda, no marco desta escolha, uma outra autora – Ana Cristina Figueiredo –, cuja "*atuação como docente tem se pautado na formação de profissionais que se propõem a desenvolver um trabalho clínico referido à psicanálise, voltado para o atendimento ambulatorial em instituições públicas de saúde*" (1997:9).

Nosso interesse aqui é marcar que a autora, embora tomando um viés de atuação diferente daqueles tomados pelos dois autores acima referidos, aponta também dificuldades e divergências que emergem, quando se trata de buscar uma relação possível entre saúde mental e psicanálise. Neste sentido a citamos, quando escreve sobre a clínica psicanalítica no ambulatório público (Id.Ibid.:10-11):

Uma das críticas feitas freqüentemente ao ambulatório, especialmente pelos ideólogos da saúde mental, é que sua estrutura e modo de funcionamento são análogos aos do consultório, como se esta prática, com seu caráter privado, fosse indevidamente transposta para o serviço público. Penso justamente o contrário. O ambulatório não é um simulacro do consultório; é o próprio consultório tornado público.

Desenvolvendo, no entanto, seu trabalho no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a autora está necessariamente no campo da chamada saúde mental, também construindo, na prática, uma intersecção possível da psicanálise com a saúde mental. E, ao fazê-lo, está provando que o ambulatório não é um simulacro do consultório privado justamente porque, nele, *"qualquer pessoa tem o direito de ser atendida"* (Id.Ibid.:11) – diríamos nós, de ser escutada na sua singularidade de sujeito.

Com a afirmação acima, estamos evidentemente nos referindo à escuta psicanalítica que nos remete, então, ao campo da psicanálise, de que trataremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO II

PELOS CAMINHOS DA PSICANÁLISE: INCONSCIENTE E PULSÃO; TRANSFERÊNCIA E DESEJO DO ANALISTA

"A suposição de que existem processos mentais inconscientes; a admissão da doutrina da resistência e do recalque; a apreciação da sexualidade e do complexo de Édipo; aí estão os principais conteúdos da psicanálise e as bases de sua teoria, e quem não possa admiti-los todos não deveria contar-se entre os psicanalistas".

(Freud, 1923)

2.1 Introdução

Trataremos aqui do arcabouço teórico mínimo que consideramos indispensável para abordar a prática da psicanálise, onde quer que esta se faça presente. E o faremos através de alguns recortes nas obras de Freud e Lacan: isto nos permitirá trabalhar com as entrevistas que fizemos, visando a atingir os objetivos propostos.

Não é fácil, porém, estabelecer este mínimo quando se trata de fazer um recorte na teoria psicanalítica, na medida em que esta se compõe de uma trama de conceitos entrelaçados, em que um sempre remete a outro.

Freud partiu do pensamento científico de sua época e foi ele mesmo surpreendido pela descoberta do inconsciente. Fundou então a psicanálise, construindo passo a passo o que hoje chamamos de campo freudiano. Um

campo que, posteriormente separado da medicina, desde então faz parte da cultura.

Por isso, talvez, muitos dos termos que nomeiam alguns de seus conceitos são hoje utilizados pelo senso comum – até porque Freud não os inventou, tendo-os encontrado à mão no vocabulário existente. Termos como o inconsciente, a transferência e a repetição já eram usados anteriormente. No entanto, ao empregá-los como conceitos psicanalíticos, Freud estabeleceu um corte, separando-os do sentido comum.

Por isso, trabalharemos os conceitos acima propostos e alguns outros que se façam necessários.

2.2 Inconsciente e pulsão

Se Freud fundou a psicanálise a partir de sua escuta das histéricas, certamente foi porque percebeu que a razão médica, ao considerar o psíquico como biológico, esgotara-se diante das dificuldades que este psíquico lhe apresentava. Difícil situação para quem, como homem das ciências de seu tempo, estava marcado pelo *cogito* cartesiano, que afirmava a supremacia da razão. Ao se dispor a escutar as histéricas, é justamente esta primazia que Freud vai pôr em questão.

Assim, onde Breuer renunciou, fugindo assustado da gravidez histórica de Anna O. – "*a primeira manifestação dos efeitos do amor de transferência na história da psicanálise*" (Silvestre, 1991:13) –, Freud, ao poder escutá-la, inaugurava "*a via que para sempre levará seu nome*" (Lacan, 1998:871). Ao aceitar a direção da *talking cure* (cura de conversação) que lhe indicara esta

famosa histérica, iniciava um percurso novo em relação ao psíquico. Um percurso que lhe permitiria avançar na clínica da neurose – foram sempre os impasses clínicos que o impulsionaram na construção da psicanálise.

Àquela altura, Freud já compreendera que a dimensão humana, justamente a que permite ao homem falar, não é da ordem do biológico. Ao contrário, esta dimensão só se instaura quando, ao entrar no mundo da linguagem, o homem sai da sua condição de *infans*, ainda incapaz de falar, subsumindo o que tinha de apenas biológico ou animal na nova dimensão simbólica. É esta perda constitutiva, inaugural para o ser falante, que vai lhe permitir desejar: só se pode desejar porque algo falta, e a falta tem sempre a ver com o que, de saída, se perdeu.

Voltemos, porém, àquele tempo inaugural das primeiras históricas da psicanálise quando Freud, na tentativa de decifrar o carácter enigmático dos sintomas histéricos, decide abandonar o método hipnótico que até então empregara, juntamente com Breuer, e seguir a direção que lhe apontara Anna O. Ele aprendera com Charcot que, nas pacientes histéricas, os sintomas se produziam e se dissolviam apenas pelo efeito da palavra.

Foi este carácter de enigma com que se apresentavam em sua clínica os sintomas neuróticos que levou Freud à necessidade de construir o conceito de inconsciente. Enigma que também se fazia presente, na vida cotidiana, em uma série de fenômenos aparentemente tão banais que, até então, não tinham merecido qualquer atenção especial: sonhos, chistes e operações falhas que afetam tanto a memória (esquecimentos), como a fala, a leitura, a escrita (lapsos) ou as ações (atos sintomáticos). É a todos estes fenômenos, incluindo os sintomas, que Lacan chamará de formações ou produções do inconsciente,

tendo inclusive lhes dedicado um dos livros do seu *Seminário*, o de número cinco – *As formações do inconsciente*.

Antes, porém, de chegar a conceituar o inconsciente, Freud o formulou como hipótese:

Quase todos [os sintomas histéricos] se haviam formado como restos (...) de vivências plenas de afeto que, por isso, chamamos depois de 'traumas psíquicos'; e sua particularidade se esclarecia por referência à cena traumática que os causou. (...) eram determinados pelas cenas cujos restos mnêmicos eles representavam, e já não se devia descrevê-los como operações arbitrárias ou enigmáticas das neuroses. Anotemos só um desvio a respeito daquela expectativa. Nem sempre era uma única vivência que deixava como seqüela o sintoma; freqüentemente haviam concorrido para esse efeito numerosos traumas, às vezes de um mesmo tipo. Toda esta cadeia de lembranças patogênicas devia ser reproduzida em sua seqüência cronológica, e certamente em sentido inverso: as últimas primeiro e as primeiras por último; era de todo impossível avançar até o primeiro trauma, que costumava ser o mais eficaz (...) (Freud, 1910:11).

Este trecho faz parte da primeira das *Cinco conferências sobre psicanálise*, pronunciadas por Freud nos Estados Unidos em 1909 e publicadas em 1910. Estas conferências resumem o que, desde 1893, vinha ele formulando de sua teoria. As idéias expostas acima foram desenvolvidas em *A etiologia da histeria*, de 1896.

Naquela época, ainda sob a influência de Charcot, Freud aceitava e procurava desenvolver, a seu modo, a teoria da origem traumática da histeria. Acreditava que os traumas psíquicos se relacionavam a acontecimentos de fato

vivididos na realidade prática, concreta. Por exemplo, podemos ler neste mesmo texto: "*Em alguns casos, certamente, são vivências que devem ser reconhecidas como traumas graves: uma tentativa de defloração que revela à menina imatura, de um só golpe, toda a brutalidade do prazer sexual*" (Freud, 1896:200).

Sabemos que, pouco depois, abandonará esta teoria, ao perceber que:

A análise havia levado por um caminho correto até estes traumas sexuais infantis e, no entanto, eles não eram verdadeiros. (...) Se os histéricos reconduzem seus sintomas a traumas inventados, aí está precisamente o fato novo, a saber, que eles fantasiam estas cenas, e a realidade psíquica precisa ser levada em conta junto à realidade prática (Freud, 1914:17).

Ao dizer isto, Freud não está desconhecendo ou negando que, de fato, ocorrem situações como a relatada no exemplo acima. Sabemos, inclusive, que se trata de ocorrências relativamente frequentes e que não são sem conseqüências psíquicas para quem as sofre. Há, no entanto, dois aspectos a ressaltar: o primeiro é que tais conseqüências são particulares para cada sujeito, na medida em que dependem de como cada um vivenciou o trauma sofrido. O segundo aspecto – justamente aquele que Freud ressalta – é que os sujeitos neuróticos, mesmo sem terem vivido na realidade prática situações desse tipo, podem vivenciá-las como fantasias inconscientes.

Na primeira das *Cinco lições*, que remete às idéias desenvolvidas em 1896, Freud colocava alguns aspectos fundamentais de sua teoria que nunca abandonou. Ao falar em *cena*, relacionava-a ao trauma psíquico. Portanto, o

psíquico e sua cena só poderiam ser compreendidos com o conceito de inconsciente.

Ao afirmar que "*nem sempre era uma única vivência que deixava como seqüela o sintoma*", está se referindo ao conceito de sobredeterminação; ou seja, à questão de que o sintoma "*remete para elementos inconscientes múltiplos*" (Laplanche & Pontalis, 1975: 641), o que acontece também com as demais formações do inconsciente. Trata-se de *cen*as cujas lembranças em cadeia são reproduzidas em palavras. São várias "*cadeias ramificadas à maneira de uma árvore genealógica*" (Freud, 1896:196) cujas lembranças devem ser reproduzidas, sempre das mais recentes para as mais antigas.

Tais lembranças, que em se tratando dos sintomas são patogênicas, devem produzir associações. Mas há um ponto em que estas associações se detêm; é de todo *impossível* avançar até o *primeiro* trauma, geralmente o mais eficaz. E aí está uma questão fundamental, também aqui adiantada por Freud: o primeiro está sempre perdido, só deixando como marca da perda um traço inacessível à fala. No entanto, esta perda primeira possibilita que a criança se humanize pela entrada no mundo simbólico da linguagem; e é esta a sua eficácia fundamental.

Pensamos que cabem aqui algumas palavras sobre os três registros postulados por Lacan, a partir de 1953, cuja formulação irá desenvolver ao longo de todo o seu ensinamento. No entanto, ele só os pode postular como simbólico, real e imaginário porque, desde o princípio, detectou-os em Freud, embora tenha sido ele, Lacan, quem os formulou como tais.

O simbólico – conjunto dos significantes necessariamente incompleto – é a estrutura na qual nos constituímos como humanos, seres falantes, pela

entrada na linguagem. Acabamos de ver, porém, que é com uma perda primeira – o primeiro trauma – que pagamos o preço dessa entrada no simbólico. Perdendo o que tínhamos numa época mítica, primeva, de apenas biológico, animal, fundamo-nos como sujeitos, mas sujeitos assujeitados à linguagem. E o que se perde é irrecuperável; por isso, é impossível avançar até o primeiro trauma. Se diante dele as associações se detêm, é justamente porque se trata de algo desde sempre perdido para o simbólico e, como dissemos antes, inacessível à fala. Estamos já então no registro lacaniano do real.

Neste momento, o real é o que se perde. Por isso, Lacan formulou também o real como impossível e, lendo-o, A. C. Figueiredo pode afirmar: "*Real e trauma se equivalem*" (Figueiredo, 1997:143). E pode afirmá-lo porque, a modo de pergunta, é Lacan quem o diz em *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*: "*Não é notável que, na origem da experiência analítica, o real seja apresentado na forma do que nele [está se referindo ao traumatismo] há de inassimilável – na forma do trauma (...)?*" (Lacan, 1979:57).

Quanto ao registro do imaginário, relaciona-se com o que o sujeito imagina como completude que poderia encobrir a perda, a partir da qual se constitui. Ainda muito pequena, a criança se reconhece no espelho do outro como imagem completa antecipada, em relação a sua maturação neurológica; ou seja, escapando a qualquer determinismo biológico.

A imagem é sem dúvida a sua, mas, ao mesmo tempo, é a de um outro, uma vez que ela [criança] está em déficit com respeito à mesma. É devido a este intervalo que a imagem, de fato, a captura e que [a criança] se identifica a ela (Miller, 1984:12).

Voltemos a Freud. Nos trechos de seus artigos citados, e já aqui apresentados, podemos perceber como, ao ir formulando sua hipótese do inconsciente, Freud inicia também a construção do conceito psicanalítico de sintoma. Este conceito estará, por sua vez, relacionado à questão do recalque e do desejo sexual.

Freud vai tecendo a intrincada rede conceitual da teoria psicanalítica. Este tortuoso caminho, só o poderá construir a partir do campo da transferência que se instaura na particularidade de cada análise. Particularidade que reconheceu ao escutar a histérica e aceitar seguir, a seu modo, a indicação de Anna O. à associação livre que, desde então, instituiu como a regra fundamental da psicanálise.

Esta regra ele a descreve na terceira das *Cinco conferências sobre psicanálise*, logo depois de definir o "complexo", de acordo com Jung e outros, como "*um grupo de elementos de representação investidos de afeto*" (Freud, 1910:27). Diz então que:

Se para buscar um complexo recalçado partimos em certo doente do último que ainda recorda, temos todas as probabilidades de desvendá-lo desde que ele [doente] ponha a nossa disposição um número suficiente de associações livres. Deixamos então o doente dizer o que quiser, e nos atemos à premissa de que não pode ocorrer-lhe nada senão aquilo que de forma indireta dependa do complexo buscado. Se este caminho para descobrir o recalçado lhes parece fatigante, posso assegurar-lhes que é o único transitável (Id. Ibid.:27).

Freud acrescenta que o doente deve renunciar a qualquer seleção crítica, dizer tudo que lhe passe pela cabeça, especialmente se lhe for desagradável ocupar seu pensamento com determinada associação. "*Por meio de sua obediência a essa regra, garantimo-nos o material que nos põe na pista dos complexos recalçados*" (Id. Ibid.: 28).

Como diz, no entanto, M. Silvestre, há uma ironia da regra fundamental – "*É a constatação da extrema coerção da palavra (...). Não apenas o sujeito não diz o que quer, mas aquilo que diz, diz outra coisa que não o que pensava dizer. Surpresa dupla, que motiva em Freud a hipótese do inconsciente*" (Silvestre, 1991:51).

Na *Etiologia da histeria*, Freud afirma a importância da sexualidade na etiologia das neuroses em geral. Àquela altura, acreditava que os traumas sexuais a que os neuróticos remetiam seus sintomas, via associação livre, tinham de fato acontecido. Ainda não percebera que as cenas sexuais traumáticas eram criadas como fantasias inconscientes. Constituíam-se, pois, numa outra cena – a cena do inconsciente – ou seja, numa realidade que era psíquica. Como reafirma cerca de duas décadas depois, na 23^a. das suas *Conferências de introdução à psicanálise – Os caminhos da formação de sintoma* –, "*elas possuem realidade psíquica, por oposição a uma realidade material, e pouco a pouco aprendemos a compreender que no mundo das neuroses a realidade psíquica é a decisiva*" (Freud, 1917a: 336).

No entanto, não é fácil obter, a partir dos sintomas, esta realidade das fantasias inconscientes. Realidade que Lacan postula como um revestimento do real por uma certa montagem que comporta o simbólico e o imaginário. Compreende-se a dificuldade de aproximação a esta realidade psíquica, uma

vez que, se é encobrimento da perda real, ao mesmo tempo é o último bastião, antes que o sujeito com ela se depare. Por outro lado, mesmo sem saber, o sujeito se prende a esta realidade, na medida em que, paradoxalmente, ela lhe permite gozar com o mesmo sintoma que o faz sofrer. É o que Freud nos diz na quinta das *Cinco conferências sobre psicanálise*:

O homem enérgico e vencedor é aquele que consegue transpor, mediante o trabalho, suas fantasias de desejo em realidade [material]. Toda vez que, pelas resistências do mundo exterior e pela fraqueza do indivíduo isto não acontece (...), retira-se para seu mundo de fantasia que lhe proporciona satisfação [nome freudiano do gozo] e cujo conteúdo, no caso de adoecer, transpõe em sintomas (Freud, 1910: 46).

Se isto acontece sem que o sujeito conscientemente o saiba é devido ao recalque, de que não apenas o sintoma é tributário, como também as demais formações do inconsciente.

Ainda que Freud tenha afirmado que "*a teoria do recalque é o pilar fundamental sobre o qual repousa o edifício da psicanálise, sua peça mais essencial*" (Freud, 1914:15), evidentemente não vamos aqui desenvolvê-la. Não podemos, porém, nos furtar a tocar em alguns pontos.

Verdrängung é o termo alemão para *recalque*, também traduzido por *repressão*, cujo "*verbo verdrängen genericamente significa 'empurrar para o lado', 'desalojar'*" (Hanns, 1996: 355). Assim, se o recalque freudiano implica o esforço de desalojar algo da consciência, este algo desalojado só poderia ficar como inconsciente.

Freud, no entanto, logo percebeu que o inconsciente não era apenas uma qualidade do que não está presente na consciência em um dado momento. Embora seja apenas na *Interpretação dos sonhos* que irá, pela primeira vez, formular o inconsciente como uma estrutura, com seus mecanismos próprios de funcionamento, a leitura de seus textos anteriores já revela que o recalque estabelece uma separação. Se é uma separação entre inconsciente e consciência, isto já aponta para lugares distintos e não apenas para estados diferentes.

O recalque é a operação fundante do inconsciente e também da neurose; por isso, é a pedra angular sobre a qual repousa o "edifício da *psicanálise*". Afinal, foi primeiro investigando os sintomas neuróticos, a partir das histéricas, que Freud pôde chegar à fundação do inconsciente, tendo percebido que os sintomas implicavam sempre o sexual. Recalque, inconsciente e sintoma aparecem então interligados. É Freud quem o diz, quando deles falou, por exemplo, na segunda de suas conferências nos Estados Unidos, referindo-se aos tempos ainda inaugurais da psicanálise:

Mediante a indagação dos histéricos e outros neuróticos, convencemo-nos de que neles fracassou o recalque da idéia enlaçada com o desejo insuportável. É certo que a expeliram para fora da consciência e da lembrança e, com isso, se pouparam aparentemente de uma grande soma de desprazer; mas a moção de desejo recalçada perdura no inconsciente, à espreita da oportunidade de ser ativada; e logo consegue enviar à consciência uma formação substitutiva, disfarçada e irreconhecível, do recalcado, à qual logo se enlaçam as mesmas sensações de desprazer que se acreditou evitar por meio do recalque (Freud, 1910: 23-24).

Se Freud fala em *fracasso* do recalque é porque o mesmo já se efetivara anteriormente, separando o inconsciente da consciência. O que estava recalçado era a idéia e esta permanece inconsciente, sem poder ser lembrada, porque se trata de uma idéia cuja lembrança é insuportável. E é insuportável porque remete ao que Freud chamava na época de cenas sexuais traumáticas que, na verdade, são criadas como fantasias inconscientes relacionadas ao sexual. Mas esta moção de desejo (sexual) continua no inconsciente. Assim que algo a coloca em atividade, envia à consciência uma *formação substitutiva*. "*Esta formação substitutiva da idéia recalçada*" (Id.Ibid.: 24) é o *sintoma*. Sintoma que vai causar o mesmo desprazer que se acreditou evitar por meio do recalque da idéia insuportável, e que o sujeito percebe como um corpo estranho, tal o grau de desfiguração sofrido. O sintoma, assim como as demais formações do inconsciente, é então um retorno ou um derivado do recalçado que não é reconhecido como tal. Nele, porém, se pode comprovar,

junto aos indícios da desfiguração, um resto de semelhança com a idéia originariamente recalçada; os caminhos pelos quais se consumou a formação substitutiva podem ser descobertos no curso do tratamento psicanalítico do enfermo (..) (Id.Ibid.: 24).

Sabemos que antes de Freud todas as formas de inconsciente conhecidas designavam o que não era consciente. O inconsciente era apenas uma propriedade daquilo que não era dado à consciência.

Até Freud, o sujeito era sinônimo de consciência, um sujeito cujo

pensar consciente o levava a produzir e acumular saber, sempre mais. É este sujeito que Freud subverte. Ao escutar seus primeiros pacientes neuróticos, aos poucos se dá conta de que há um pensar inconsciente, um pensamento que constitui um saber, ainda que saber não sabido. Saber inconsciente que divide o sujeito, fazendo-o falar sem saber o que diz e dizendo outra coisa que não o que pensava dizer. Por isso, podemos afirmar com Lacan que, quanto ao inconsciente, não se trata de buscá-lo em nenhuma profundidade. É na superfície mesma do discurso que ele se manifesta, justamente onde o discurso da consciência tropeça e falha.

O inconsciente descoberto por Freud, mesmo quando ele o formulava ainda apenas como hipótese "*nada tem a ver com as formas ditas do inconsciente que o precederam, mesmo as que o acompanhavam, mesmo as que o acompanham ainda*", como afirma Lacan (1979: 29) em *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*.

É, no entanto, em *A interpretação dos sonhos* que Freud dá ao inconsciente um estatuto novo, substantivo. Conceitua-o como um sistema que nomeia de " '*o inconsciente*', *sistema que se dá a conhecer pelo sinal distintivo de serem inconscientes os processos singulares que o compõem*" (1912b:277). Propõe, para designar este sistema, as letras *Ubw*, abreviatura da palavra "inconsciente" em alemão – *Unbewusst*. Trata-se da instância fundamental dentre as três que vão compor o *aparelho psíquico*.

Se Freud pode reafirmar, em 1910, o que já dissera anteriormente, ou seja, que "*a interpretação dos sonhos é a via régia para o conhecimento do inconsciente*" (1910:29), é devido à estrutura de linguagem que descobriu nos sonhos. Percebeu que "*os processos singulares*" que compõem o sistema

inconsciente que operam tanto na estruturação do sonho como nas suas demais produções são, na verdade, mecanismos de linguagem – fundamentalmente a *condensação* e o *deslocamento*. Para Lacan, eles têm seus respectivos protótipos nas categorias lingüísticas da metáfora e da metonímia.

Estes mecanismos são os principais responsáveis pela desfiguração dos desejos sexuais recalçados da qual o sintoma resulta como formação substitutiva. No caso dos sonhos, tais mecanismos em ação constituem o próprio trabalho do sonho, isto é, a elaboração onírica. É este trabalho de disfarce que permite a transcrição dos pensamentos inconscientes em um sonho que se pode relatar conscientemente. Este relato do sonho é sempre incompleto e parece às vezes tão absurdo e estranho que, nele, o sujeito não se reconhece implicado.

Por isso, diz Jorge M. Gimenez (1999:51), "*quem sonha, faz um chiste, padece um sintoma ou produz um ato falho, está habitado por um sentido que ignora*". É este sentido ignorado que uma análise buscará fazer emergir por um caminho inverso àquele que foi, no caso dos sonhos, o da elaboração onírica. Trata-se da interpretação dos sonhos que, via associação livre, irá desfazer, até certo ponto, as distorções cujo resultado é o relato do sonho.

Mas Freud deixa claro que não há interpretação completa. Esta só vai até um certo lugar que *deve permanecer em sombras*, porque aí existe "*um novelo de pensamentos oníricos que não se deixam desenredar (...). É o umbigo do sonho, o lugar em que ele [sonho] se assenta no não conhecido*" (Freud, 1900:519). É deste lugar opaco que "*se eleva o desejo do sonho como o cogumelo de seu micélio*" (Id.Ibid.: 519). Podemos pensar este umbigo do

sonho, lugar do não conhecido, mas a partir do qual "*os pensamentos oníricos ramificam-se em todas as direções*" (Id.Ibid.: 519), em analogia com o primeiro trauma de que já falara Freud.

Ora, o umbigo, como metáfora da vida, remete à origem sempre perdida, buraco que se fecha, mas deixa uma cicatriz, um traço, como marca do que se perdeu.

Se é a partir deste ponto central que os pensamentos se expandem no inconsciente em todas as direções, por outro lado, este ponto também fica como um limite à interpretação. E os pensamentos oníricos que a partir daí se ramificam, suportam o *desejo* que só pode se elevar, como o cogumelo se eleva do seu micélio, onde uma perda real é circunscrita por uma trama de pensamentos inconscientes. Trama do simbólico, na medida em que os pensamentos inconscientes são, para Freud, cadeias de representações e, para Lacan, cadeias de significantes.

É no item sobre *Regressão*, do capítulo VII da *Interpretação dos Sonhos*, que Freud marca o inconsciente como *outra cena*, ao afirmar que "*a cena dos sonhos é outra que não a da vida de representações da vigília*" (1900:529). Diz também qual é "*o caráter psicológico mais geral e notável do sonhar: um pensamento, geralmente pensamento desejado, é objetivado no sonho, é figurado como cena, (...), é vivenciado*" (Id.Ibid.: 528).

A partir daí vai poder afirmar que "*o sonho não é outra coisa senão uma realização de desejo*" (Id.Ibid.: 543). A condição para tal realização Freud a apresenta quando descreve o que ficou conhecido em psicanálise como a primeira "*experiência de satisfação*". Descrevê-la é também uma forma de apresentar a fundação do inconsciente e a constituição do desejo. Trata-se de

uma experiência que podemos considerar como mítica, no sentido de que remete a uma perda originária. Diz-nos Freud: "*Das percepções que nos chegam, em nosso aparelho psíquico fica um traço (...)*" (Id.Ibid.: 531).

Fica um traço porque a própria percepção se perde. E é a partir destes traços primeiros que o inconsciente poderá se constituir. Quando um bebê recém-nascido grita ou chora pela primeira vez, a mãe, supondo-o com fome, interpreta a necessidade manifestada pelo grito ou choro da criança como necessidade de mamar. Dá-lhe então o seio, oferece-lhe este objeto particular. A fome, como necessidade, é satisfeita e, neste sentido, a criança faz "*a experiência da vivência de satisfação que cancela o estímulo interno*" (Id.Ibid.: 557). Mas "*um componente especial desta vivência é a aparição de uma percepção particular*" (Id.Ibid.: 537) do seio; esta, no entanto, se perde. Porém, sua "*imagem mnêmica fica, daí em diante, associada ao traço que deixou na memória a excitação produzida pela necessidade*" (Id.Ibid.: 557). Algo ficou, portanto, definitivamente marcado na memória como traço do que se perdeu. Fica a lembrança de uma percepção perdida que implicou uma satisfação a mais. Esta satisfação a mais que se perde está relacionada com a excitação produzida pela necessidade.

É justamente no contato da boca com o seio, quando a criança recebe o alimento, que se dá a percepção desta satisfação a mais que, com a própria percepção, se perde. E se perde no instante mesmo da experiência, deixando-a, então, como incompleta. É, pois, uma satisfação perdida, mas que deixou lembrança, que a criança tentará repetir porque dela ficou no seu próprio corpo um resto de satisfação a mais. Podemos aqui falar de instauração da sexualidade, na medida em que este resto de gozo se relaciona com a

erogeneização da boca.

Por outro lado, quando a mãe interpreta o grito ou choro da criança como necessidade de mamar e oferece-lhe o seio, esta interpretação se dá a partir do próprio desejo da mãe. É ela que, ao dar-lhe o seio, deixa no corpo da criança a marca de seus próprios significantes – aqueles com que, por seu desejo, traduziu o grito ou choro como demanda de mamar.

A partir de então, o grito da criança interpretado passa a ter um sentido. Separado do que seria apenas necessidade, este grito é agora uma *demand*a rudimentar, possibilidade da linguagem. Linguagem que é então recebida de um Outro – a mãe –, mas que nada permitirá que a criança diga sobre o a mais que, no corpo, como resto, lhe ficou. Podemos aqui nos referir também ao primeiro trauma: trauma sexual, na medida em que a sexualidade chega sem que dela a criança possa falar.

É enlaçada a esta mítica primeira experiência de satisfação que Freud inicia a conceituação do desejo. Voltemos ao texto.

Da próxima vez que sobrevenha [a necessidade] (...) surgirá um impulso psíquico que procurará investir novamente a imagem mnêmica daquela percepção, isto é, (...), restabelecer a situação da satisfação primeira. Um impulso desta natureza é o que chamamos desejo; a reparição da percepção é a realização do desejo, e o caminho mais curto para isto é o que leva da excitação produzida pela necessidade até o investimento completo da percepção. Nada nos impede supor um estado primitivo do aparelho psíquico em que este caminho era realmente percorrido desta maneira e, portanto, o desejo terminava em um alucinar (1900:557-8).

O desejo surge então como busca da satisfação com um objeto perdido que apenas na alucinação do sonho pode encontrar. Nasce como um impulso psíquico que o empurra por um caminho regressivo. Este caminho é o que vai dos traços de memória à imagem mnêmica de uma percepção que só alucinatoriamente se produz, justamente porque o objeto não está lá.

A partir da chamada primeira experiência de satisfação surgem três termos – necessidade, demanda e desejo – que necessariamente convocam o conceito de *pulsão*.

A linguagem do Outro primordial – a mãe – constitui o sujeito na sua impossibilidade quando, ao separar a necessidade da demanda, estabelece o objeto como perdido. É o que possibilita que o desejo se instaure como impulso psíquico. E o que desde então o impulsiona é a pulsão.

Há um enlace fundamental entre pulsão e desejo. Este enlace se dá pela via da sexualidade que se instaura, como já foi dito, no momento em que os significantes do Outro, ao marcarem o corpo da criança, ao mesmo tempo o erogeneizam. É a partir de então que se constituem simultaneamente a pulsão e o desejo.

À diferença do instinto (*Instinkt*), determinante biológico que rege o comportamento animal, a pulsão (*Trieb*) é definida por Freud como uma "*força constante*" (Freud, 1915a:114) que tem como meta alcançar a satisfação. Buscará então repetir uma satisfação perdida que deixou no corpo um resto de gozo. Percorrendo o traçado do mesmo caminho, o desejo, que nasce então como sexual, impulsionado pela força constante da pulsão, tratará de realizar-se, mas apenas na alucinação do sonho isto será possível – só a imagem mnêmica da percepção perdida pode ser reinvestida. Não há como continuar a

regressão, pois esta não pode avançar além dos primeiros traços deixados pela percepção que se perdeu. Isto leva a uma torção da pulsão. A força constante impulsiona agora progressivamente.

Há, pois, um movimento que se repete em um sentido regressivo-progressivo. Assim, ao buscar satisfazer-se com o que está perdido, é apenas em seu próprio movimento que a pulsão pode encontrar satisfação.

Como "*uma medida da exigência de trabalho*" (Id.Ibid.:117) psíquico, a pulsão abre caminho ao desejo que vai, então, fazendo seu percurso, através dos significantes que se inscreveram no inconsciente como representantes psíquicos da pulsão. Neste sentido, é pelas voltas da pulsão que o desejo também vai dando a sua volta. Mas se a pulsão busca a satisfação completa, impossível – e aí está a questão do gozo –, o desejo sexual só pode encontrar a realização possível e, portanto, sempre faltosa. É neste sentido que lemos a afirmação de J. C. Cosentino: "(...) *em Freud, enquanto o desejo aponta à realização, a pulsão aponta à satisfação, e introduz o gozo, que não é prazer*" (Cosentino, 1993:109).

Ao falarmos de desejo e pulsão, é ao campo do inconsciente que estamos nos referindo, considerando sempre que o recalque é a operação que o funda.

Se antes dissemos apenas que o recalque separa o inconsciente da consciência, fazendo coincidir o inconsciente com o recalçado, lemos agora Freud na introdução a *O inconsciente*, de 1915:

Todo o recalçado tem que permanecer inconsciente, mas queremos deixar claro desde o começo que o recalçado não recobre todo o

inconsciente. O inconsciente abrange o raio mais vasto; o recaiado é uma parte do inconsciente (Freud, 1915b:161).

Com isto antecipa o que afirmará em 1923: "*Discernimos que o lcc não coincide com o recaiado; continua sendo correto que todo recaiado é lcc, mas não todo lcc é, por sê-lo, recaiado*" (Freud, 1923:19).

Há, pois, algo que, sendo inconsciente, permanece fora do recaiado e, portanto, sem inscrição possível. Retomamos aqui novamente a experiência mítica da primeira vivência de satisfação, também uma forma de apresentar a fundação do inconsciente, mas tomando-o agora já no seu "*raio mais vasto*": tanto o recaiado como o inconsciente não recaiado. O que se coloca então é o *recaiado originário*. Não mais o que separa o inconsciente da consciência – para Freud o recaiado propriamente dito –, mas o traço que opera ao nível mais primário.

Ao fundar o inconsciente como recaiado, o recaiado originário só pode fazê-lo deixando fora algo do inconsciente como irrepresentável, como real excluído da ordem do simbólico. "*A experiência de satisfação introduziu estruturalmente a perda (...). Agora podemos agregar: a perda inaugural – esta mítica primeira satisfação – do gozo*" (Cosentino, 1993:221).

Sabemos que é da mãe, enquanto primeiro Outro, que a criança, no seu desamparo inicial, recebe o seio, instaurando-se assim a sexualidade como vivência de gozo. Gozo que é um resto da satisfação perdida que deixou lembrança, possibilitando que o inconsciente recaiado se constitua. Mas isto só pode acontecer porque há uma lei separadora, estrutural, que desde o início vigora, interditando o gozo primordial mãe/filho.

Estamos nos referindo à barreira do incesto que implica a função do pai. É esta lei dita do pai que, ao operar como interditora, estabelece o recalque fundante, originário.

Dizemos "dita" do pai porque, em verdade, o pai é apenas o significante do desejo da mãe, que a criança vai encontrar como limite que a relança ao seu próprio desejo. Esta é a estrutura que de fato sustenta o famoso Complexo de Édipo, pilar da teoria psicanalítica e de outros campos do saber.

O que é excluído do recalcado, como objeto irremediavelmente perdido, deixa uma falta real que a fantasia inconsciente busca encobrir. Nisto o analista está implicado em uma análise e é no terreno da transferência que vamos perceber como se dá esta implicação.

2.3 Transferência e desejo do analista

Ao privilegiarmos o conceito de transferência, escutamos Freud ao iniciar seu texto de 1915 *Pontuações sobre o amor de transferência*, quando afirma que das dificuldades que se apresentam ao psicanalista, "*as únicas realmente sérias são aquelas com que se depara no manejo da transferência*" (Freud, 1915:163).

São inúmeras as dificuldades com que se defronta um analista na direção de um tratamento, mas se Freud dá tal ênfase à transferência é porque somente a partir de sua instauração uma análise é possível. Por isso, diz Lacan em sua *Proposição de 9 de outubro sobre o psicanalista da Escola*: "*No início da psicanálise está a transferência*" (Lacan, 1968:18).

Ainda no texto acima mencionado, Freud afirma que o fenômeno do

amor de transferência "*constitui uma das bases da teoria psicanalítica*" (Id.Ibid.:164), isto é, um de seus fundamentos. É o que reafirma Lacan em 1964, com *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*.

Se no texto de 1915 Freud enlaça a transferência ao amor, foi bem antes, nos seus *Estudos sobre a histeria*, de 1895, que "*a transferência (Übertragung), comparada a uma falsa ligação, assumiu a acepção que mantém hoje, a de envolver o analista na psicanálise de um sujeito*" (Porge,1996:548). Vejamos como Freud o diz, na parte IV de seu texto, intitulada *Sobre a psicoterapia da histeria*:

*A transferência para o médico acontece por **enlace falso**.(...) Primeiro havia aflorado na consciência da paciente o conteúdo do desejo, mas sem as lembranças colaterais que poderiam tê-lo ressituated no passado; e em virtude da compulsão a associar, dominante na consciência, o desejo agora presente foi enlaçado a minha pessoa, com quem era lícito que a paciente se preocupasse; por causa desta **mésalliance** – eu a chamo enlace falso – desperta o mesmo afeto que muito antes forçara a paciente a repudiar este desejo proibido (Freud, 1895:306-307).*

Em nota de rodapé à página 306, está afirmado que é neste trecho onde aparece pela primeira vez o termo *Übertragung* (transferência) no sentido psicanalítico, embora numa acepção muito mais restrita que em escritos posteriores.

Em 1917, na 27ª conferência das suas *Conferências de introdução à psicanálise*, Freud apresenta uma outra definição mais ampla: "*Cremos que se trata de uma transferência de sentimentos sobre a pessoa do médico*" (Freud,

1917b:402). No entanto, esta "*transferência de sentimentos*" se dá no discurso, através da articulação de significantes – é *falando* que o analisando se dirige ao analista.

Como afirma L. Hanns (1996:418), "*aos poucos o conceito freudiano de 'transferência' abarca fenômenos cada vez mais complexos e de maior alcance teórico e clínico*". Portanto, se o amor é um fenômeno essencial e mesmo inaugural da transferência, a ponto de Freud dedicar um de seus *Trabalhos sobre técnica psicanalítica* (1911-1915) ao amor de transferência, ele não é, no entanto, o único – *resistência* e *repetição* lhe fazem companhia, participando ativamente da sua dinâmica.

São dois fenômenos que fazem parte da própria estrutura do inconsciente e que, como tais, se atualizam na transferência psicanalítica. Uma análise é trabalho do inconsciente e o campo deste trabalho é a transferência. Campo que, no entanto, só pode se constituir na própria análise, como diz Freud no seu texto de 1912 *Sobre a dinâmica da transferência*, ao afirmar que esta "*se produz necessariamente em uma cura psicanalítica e alcança seu conhecido papel durante o tratamento*" (Freud, 1912a:97). Trata-se, pois, de um dispositivo indispensável, que deve ser produzido, e sem o qual não há possibilidade de análise. Um dispositivo que vai implicar o analista, ainda que produzido pelo analisando.

O analista está em causa. Ele deve estar a postos com o seu desejo quando alguém o procura para uma análise. Trata-se do *desejo do analista*, um conceito formulado por Lacan, a que vamos nos referir mais adiante.

É o desejo do analista que deve provocar a transferência, desencadear a sua *mis-en-scène* quando o paciente lhe chega, às vezes com um simples

pedido de ajuda de alguém que sofre e não sabe por quê. Não sabe que, sofrendo por seus sintomas, queixando-se dos outros, da vida ou do próprio destino, é de sua miséria de neurótico que está falando. Não sabe o quanto ele mesmo é responsável por aquilo de que se queixa e que o faz sofrer. Vem nesta condição miserável, na esperança de que, assim como seu sofrimento é percebido como lhe sendo infligido de fora, também poderá ser-lhe extirpado por um outro que, no caso, seria o analista. A expectativa é, pois, de uma relação de pessoa a pessoa; trata-se, no entanto, de um sujeito que deve ser conduzido a sua verdade, e de um analista que está em sua função, operando com o desejo. Mas se quem sofre com seu sintoma ainda não pode sequer se reconhecer implicado no mesmo, sentindo-o como um corpo estranho, fica-nos claro que uma análise não começa apenas porque o paciente ali chegou.

Há um tempo prévio, preliminar ao início do trabalho analítico propriamente dito, necessário à instauração da transferência. Tempo que é lógico e não cronológico, uma vez que obedece à temporalidade do inconsciente, particular a cada sujeito.

Um tempo é então necessário para que o sujeito possa reconhecer a sua responsabilidade pelo que o faz sofrer – e nisto o analista está implicado. Ao invés de responder diretamente às perguntas que lhe são formuladas, o analista questiona o sujeito, no sentido de que este mesmo possa se perguntar sobre o que lhe acontece, sobre o que ele próprio tem a ver com o seu sintoma: Por que faço isso? Por que sinto isso? Afinal, quem sou eu? O que querem de mim?

São perguntas que já revelam uma implicação do sujeito nas suas próprias questões, ainda que sejam elas dirigidas ao analista, suposto ter sobre o sujeito este saber que lhe é demandado. Aqui está outro conceito formulado por Lacan – o de *sujeito suposto saber*.

Não tendo este saber, caberá ao analista pontuar as perguntas que lhe são dirigidas, devolvendo-as ao próprio sujeito, de tal forma que este possa nelas se reconhecer. Por isso, afirma Lacan em seu escrito *Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano*: "(...) é do Outro que o sujeito recebe a própria mensagem que emite" (1998:821).

Quanto a este Outro lacaniano, cabe dizer que foi a partir da apresentação feita por Freud da estrutura do chiste que Lacan pode nela situar, como afirma E. Vidal em seu texto *Na trilha do sujeito suposto saber*,

(...) o lugar do Outro radical, terceiro necessário para que o discurso se articule e realize a verdade como estrutura de ficção (...). À diferença do cômico, que se limita a dois elementos – o sujeito e o objeto – o chiste inclui três termos na sua estrutura. Freud introduz a função da terceira pessoa, o ouvinte, (...) lugar em que se espera a realização do efeito de prazer (Vidal,:20).

Se o chiste é tomado por Lacan como o modelo das formações do inconsciente, é porque revela a posição do analista por excelência, enquanto lugar do ouvinte. "*O chiste prova que o sujeito constitui a sua mensagem no Outro, de quem a recebe em forma invertida.(...).* O analista enquanto Outro se constitui em endereço do inconsciente" (Id.Ibid.:20).

Ao demandar-lhe que responda e encontrando, ao revés, o valor de

sua própria pergunta, aos poucos o analisando entra na via da associação livre. O inconsciente se põe a trabalhar para que se elabore o saber que responda à pergunta do sujeito. O analisando, de certa forma, se dá conta de que não há que esperar do analista respostas sobre questões que são suas, que ele mesmo terá que construí-las, embora necessitando do analista como causa e testemunha do seu trabalho. Há agora uma transferência instaurada; de fato, começou uma análise.

Mas, afinal, o que é a transferência?

Já sabemos que se trata de um dispositivo "*necessariamente produzido em uma cura analítica*", causado pelo analista, e que envolve a questão do amor: "*O amor transferencial (...) é provocado pela situação analítica*" (Freud, 1915:171) e "*não temos o direito de negar o caráter 'genuíno' ao enamoramento que aparece no tratamento analítico*" (Ib.Ibid.:171). A transferência então é amor. A questão é saber que amor é esse.

Se a necessidade de amor de alguém não está inteiramente satisfeita – e nunca estará porque não há objeto que a satisfaça –, "*ele se verá forçado a se aproximar com representações libidinais antecipadas de cada nova pessoa que apareça*" (Freud, 1912:98) – o que já coloca a questão da repetição. "*E é muito provável que as duas porções de sua libido, a que é capaz de tornar-se consciente e a inconsciente participem dessa acomodação*" (Id.Ibid.:98).

Assim, tanto o que é da ordem do inconsciente recalcado quanto o que ficou como inconsciente sem representação possível participam na determinação da vida erótica do sujeito, isto é, da sua sexualidade. E "*é perfeitamente normal e inteligível que o investimento libidinal pronto por antecipação de alguém que está parcialmente insatisfeito se dirija para a*

peessoa do médico" (Id.Ibid.:98). É assim que o analista se torna o suporte da transferência.

"Este investimento incluirá o médico em uma das 'séries psíquicas' que o paciente já formou" (Id.Ibid.:98). Neste momento, Freud se refere aos protótipos edípicos, dizendo inclusive que *"responde aos vínculos reais com o médico que para semelhante seriação se torne decisiva a 'imagem paterna"* (Id.Ibid.:98), embora acrescente que a transferência também pode produzir-se seguindo a imagem materna ou a de um irmão.

O analista é, pois, incluído na própria estrutura do inconsciente e a transferência é esta estrutura trabalhando em análise. Como afirma Lacan em *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, *"A presença do psicanalista (...) deve ser incluída no conceito de inconsciente"* (1979:123).

Continuando seu percurso no referido texto, mostra-nos Freud que *"a transferência, comumente o mais poderoso fator de sucesso"* (Freud,1912:99) numa análise, é, ao mesmo tempo, *"o meio mais poderoso de resistência"* (Id.Ibid.:99) ao tratamento. Freud enlaça esta resistência ao analista, enlace que diz respeito ao lugar que o mesmo ocupa na estrutura inconsciente do sujeito:

Se perseguirmos um complexo patogênico desde sua representação no consciente (...) até sua raiz no inconsciente, logo entraremos em uma região onde a resistência se faz sentir com tanta nitidez que a associação seguinte tem de levá-la em conta e aparecer como um compromisso entre suas exigências e as do trabalho de investigação. Neste ponto, segundo testemunha nossa experiência, ocorre a transferência. Se algo do material do complexo (...) é apropriado para ser transferido sobre a

*pessoa do médico, esta transferência se produz, dá como resultado a associação seguinte e se anuncia por indícios de uma resistência – por exemplo, por uma detenção das associações. Desta experiência inferimos que a idéia transferencial irrompeu até a consciência à frente de todas as outras associações possíveis **porque** ela acata também a resistência (Id.Ibid.:101).*

Se o trecho acima é bastante complexo, está, no entanto, de acordo com a própria complexidade do lugar que o analista ocupa na transferência.

Esse ponto em que ocorre a transferência e onde, ao mesmo tempo, se anuncia uma resistência que detém as associações, é o que Freud está chamando de "*raiz no inconsciente*" (lembramo-nos do umbigo do sonho), ponto impossível de entrar nas associações porque se trata daquilo que do inconsciente está fora do recalcado, sem representação possível. Temos aqui o registro lacaniano do real, onde o que está em jogo é a falta de objeto, resistente a toda significação e, portanto, a qualquer associação.

No entanto, na análise há momentos em que se dá uma aproximação excessiva deste ponto em que o sujeito terá, inevitavelmente, que se confrontar com sua falta essencial. A fantasia inconsciente – que Lacan formulou como *fantasma* – já quase não serve de tela para velar o real. É então que ocorre a transferência: algo do material do complexo é transferido para a pessoa do analista que é assim incluído na própria fantasia inconsciente do sujeito. Irrompe como objeto imaginarizado, para tamponar a emergência do real da falta de objeto.

A idéia transferencial, isto é, "*uma associação que concerne ao analista*" (Silvestre, 1991:61) "*irrompeu até a consciência à frente de todas as*

outras associações possíveis porque ela acata também a resistência. Um processo assim se repete inúmeras vezes na trajetória de uma análise" (Freud, 1912a:101) e se manifesta freqüentemente através de hostilidades, reclamações ou elogios ao analista, podendo mesmo chegar, por exemplo, a "confissões" de sonhos eróticos com o mesmo.

São os momentos de fechamento do inconsciente, quando o analista deve intervir com a interpretação que levará a sua abertura, possibilitando que a análise prossiga. A este respeito, afirma Lacan:

O que Freud nos indica, desde o primeiro tempo, é que a transferência é essencialmente resistente (...). A transferência é o meio pelo qual se interrompe a comunicação do inconsciente, pelo qual o inconsciente torna a se fechar. Longe de ser a passagem de poderes ao inconsciente, a transferência é, ao contrário, seu fechamento. Isto é essencial para marcar o paradoxo que se exprime muito comumente nisto – que pode ser encontrado mesmo no texto de Freud – de que o analista deve esperar a transferência para começar a dar interpretação (Lacan, 1979:125).

De fato, *"vencida aquela parte, os outros ingredientes do complexo oferecem já poucas dificuldades" (Freud, 1912a:101). E Freud nos diz como, pela interpretação, vence a transferência na sua face de resistência:*

Fica excluído ceder às demandas do paciente derivadas de sua transferência, e seria absurdo recusá-las inamistosamente ou com indignação; superamos a transferência quando demonstramos ao paciente que seus sentimentos não provêm da situação presente

e não valem para a pessoa do médico, mas repetem algo que lhe aconteceu uma vez, anteriormente. Desse modo o forçamos a mudar sua repetição em lembrança (Freud, 1917:403).

Diante da resistência em lembrar e elaborar, o paciente repete a *mis-en-acte* de sua fantasia – como está claro em outro texto de Freud, de 1914, *Recordar, repetir e elaborar*.

O que Freud sempre afirmou é que a transferência é o único campo possível de trabalho em uma análise, pois é nele que "*todos os conflitos têm que ser franqueados*" (1912a:102), ao mesmo tempo que, no tratamento analítico, "*nos aparece sempre, desde o início, como a arma mais poderosa da resistência*". E se pergunta então: "*Como é possível a transferência servir tão excelentemente como meio da resistência?*" (Id.Ibid.:102). Responde, dizendo:

É claro que se torna muito difícil confessar um impulso de desejo proibido diante da mesma pessoa sobre quem este impulso recai. Este constrangimento dá lugar a situações que parecem quase inviáveis na realidade. Mas essa é a meta que o analisando quer alcançar, quando faz coincidir o objeto de seus impulsos emocionais com o médico (Id.Ibid.:102).

Não se trata apenas da difícil confissão de um desejo proibido. Trata-se do impossível de dizê-lo porque o terreno aqui é o da fantasia inconsciente, instância de gozo por excelência. Gozo é uma categoria de que Freud só poderá se aproximar mais tarde, ao reconhecer que há um *mais além* que o princípio de prazer não regula, um excesso que a este escapa. E é chamando-

o de satisfação que Freud se aproxima do gozo. Ainda em 1912, no entanto, só pode reconhecê-lo como "*impulso proibido de desejo*" que proporciona satisfação na fantasia inconsciente.

Ao fazer coincidir o objeto de seus impulsos emocionais com o analista, isto é, ao colocar o analista no lugar do objeto imaginarizado do fantasma, é ao gozo que o sujeito visa. Gozo da ordem do real, impossível de confessar porque dele não há como falar, mas que leva o sujeito a viver situações só viáveis na fantasia inconsciente. Por isso lhe é tão difícil se desfazer do seu sintoma que, se o faz sofrer, ao mesmo tempo lhe permite gozar, como já foi dito anteriormente. E é por isso também que a transferência para o analista, ao invés de facilitar a "confissão", a impede.

Acompanhamos até aqui a dinâmica da transferência na sua face de resistência. Percebemos como esta resistência se relaciona ao lugar que o analista ocupa na fantasia inconsciente, o que impede a emergência do real da falta de objeto, possibilitando o gozo fantasmático do sujeito.

Mas a transferência não é apenas fechamento do inconsciente, não se apresenta somente como resistência. Se assim fosse, não haveria possibilidade de análise. Quando Freud aponta que é pela interpretação que o analista pode ir vencendo a transferência, é justamente porque há um outro aspecto da mesma que não se apresenta como resistência.

Não vamos entrar na discussão sobre a interpretação. Nem tudo em uma análise é interpretável, assim como não se trata, na interpretação, de dar explicações ao paciente. Disto, só bem mais tarde Freud pôde se dar conta e por isso escreveu, em 1937, *Construções em análise*. O aspecto da transferência que considera como "*portador do êxito*" (1912a:103) de uma

análise ele o relaciona à sugestão. Não se trata, porém, de sugestão no sentido de influenciar o paciente, dirigindo-o no tratamento. Tanto é assim que afirma:

Velamos pela autonomia última do paciente, aproveitando a sugestão para fazê-lo cumprir um trabalho psíquico que tem como consequência necessária uma melhora duradoura de sua situação psíquica (Id.Ibid.:103).

É esta "*autonomia última do paciente*" que Lacan reafirma em seu escrito *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*:

O psicanalista certamente dirige o tratamento. O primeiro princípio desse tratamento (...) é o de que não deve de modo algum dirigir o paciente. A direção da consciência, no sentido do guia moral que um fiel do catolicismo pode encontrar neste, acha-se aqui radicalmente excluído(...). A direção do tratamento é outra coisa (Lacan, 1998:592).

Talvez possamos dizer que a Freud faltam elementos que lhe permitam formular melhor esta vertente da transferência que Lacan tão bem conceituou como *sujeito suposto saber*. Certamente, porém, para a formulação deste conceito, a Lacan não escapou o que diz Freud em 1917, ao falar da relação do analisando com o analista:

Na medida em que sua transferência é de signo positivo, reveste o médico de autoridade e se transforma em crença nas suas comunicações e concepções. Sem esta transferência (...), sequer daria ouvido ao médico ou a seus

argumentos. A crença (...) é um derivado do amor e, no princípio, não necessitou de argumentos (1917b:405).

Este trecho pode ter servido a Lacan para falar da transferência como instauração do sujeito suposto saber, função que o analista deve sustentar, mesmo sabendo que não tem o saber que lhe é demandado. É neste sentido que Lacan marca que o amor de transferência se instaura como demanda de amor ao saber – saber que ao analista é suposto.

O caminho percorrido até agora não deixa dúvidas quanto às dificuldades com que se defronta o analista no manejo da transferência, dado o lugar paradoxal que deve ocupar. Por um lado, ao ser incluído na fantasia inconsciente do sujeito, presta-se a servir de obstáculo à emergência do real da falta de objeto, ao seu reconhecimento e aceitação; justamente aquilo com que o sujeito deve se confrontar. Por outro lado, o analista deve sustentar a função de sujeito suposto saber, na medida em que é esta "*transferência afetiva*" (Freud, 1912a:104) que possibilita a análise.

Se já nos referimos à questão da repetição associada à resistência, cabe aqui colocar o que diz Freud em *A dinâmica da transferência* sobre a repetição em ato, uma expressão também da resistência:

Os impulsos inconscientes não querem ser recordados como o tratamento analítico o deseja (...) o paciente atribui condição presente e realidade objetiva aos resultados do despertar de seus impulsos inconscientes: quer atuar (agieren) suas paixões sem atender `a situação objetiva (Id.Ibid.:105).

Não se trata de que os impulsos inconscientes não queiram ser recordados, porque não há como recordá-los. O que aqui está em jogo é a *posta em ato* do gozo fantasmático, fora do recalado e, portanto, sem representação possível. Não há como recordar o que não está como cadeia de significantes recalados. Por isso, o sujeito *repete em ato* ao invés de recordar, põe em ação a fantasia inconsciente, montando diante do analista a cena fantasmática, justamente porque não pode incluí-la em uma cadeia associativa – que seria o recordar.

É ao analista que, na transferência, se dirige esta encenação. Cabe-lhe, pois, dar em troca uma interpretação para que ao menos algo deste até então irrepresentável possa vir a entrar no simbólico.

Como já dissemos, disto Freud ainda não sabia em 1912. No entanto, desde os tempos inaugurais da psicanálise já apontava que é em torno do analista com o seu desejo que se dá o percurso de uma análise. Lacan o reafirma em 1964, no texto já citado *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, quando designa "*pelo nome de **desejo do analista** (...) esse ponto pivô (...) em torno do que o movimento gira (...) no processo em que [o analista] conduz seu paciente*" (Lacan, 1979:218-19).

Sem entrarmos no desenvolvimento deste difícil conceito ao longo da teoria lacaniana, marcamos que, desde o início de sua formulação, Lacan aponta que o desejo do analista está diretamente relacionado a sua própria análise, é o que dela resta, e deve operar em cada análise que o analista conduza, funcionando como causa do trabalho analítico.

Enlaçado a este conceito, Lacan apresenta no mesmo texto o *sujeito suposto saber* como estrutura da transferência, afirmando: "*Desde que haja (...)*

o sujeito suposto saber (...) há transferência" (Id.Ibid.:220). Na sua já mencionada *Proposição de 9 de outubro de 1967*, dirá: "O sujeito suposto saber é, para nós, o pivô no qual se articula tudo o que se relaciona com a transferência" (Lacan, 1968:19). Voltando ao texto anterior, lemos também: "O analista mantém esse lugar, no que ele é objeto da transferência" (Lacan, 1979: 221).

Trata-se do analista em sua função de causa, relacionada ao desejo do analista que nada tem a ver com o analista como sujeito. Lacan pergunta: "*Quem, desse sujeito suposto saber, pode sentir-se plenamente investido? Não é aí que está a questão*" (Id.Ibid.: 220). E continua mais adiante:

Enquanto o analista é suposto saber, ele é suposto saber também partir ao encontro do desejo inconsciente. É por isso que eu digo que o desejo é o eixo (...) graças ao qual se aplica o elemento-força (...) que há por trás do que se formula primeiro, no discurso do paciente, como demanda, isto é, a transferência. O eixo, o ponto comum desse duplo machado é o desejo do analista, que eu designo aqui como uma função essencial.(...) esse desejo (...) é precisamente um ponto que só é articulável pela relação de desejo a desejo (Id.Ibid.: 222).

O analista tem a hipótese de um saber inconsciente do lado do analisando e, por isso, o faz falar. O analisando, por sua vez, supõe um saber ao analista – é, pois, deste lado que fica o sujeito suposto saber. Mas, se sujeito suposto saber e desejo do analista coincidem no mesmo ponto, são, no entanto, operadores diferentes, até que o trabalho de análise revele que só há saber inconsciente, sem sujeito, seja de um lado ou do outro. O desejo

permanece e qualquer sujeito suposto ao saber será destituído. A elaboração deste saber inconsciente será o trabalho de análise, trabalho da transferência a ser realizado pela via da associação livre, sustentado pelo desejo do analista. *"A direção da cura é assim retificada pelo analista com o apoio que deve encontrar em seu desejo, no qual é preciso reconhecer (...) o desejo do analista (...)"* (Silvestre, 1991: 61).

Ao paciente que chega alienado em sua miséria neurótica, com uma demanda ainda inespecífica, mesmo que o pedido de ajuda seja às vezes direto, o que o analista tem a oferecer é seu desejo posto em ato. Ato que é oferta de uma escuta avisada e vai, por isso, possibilitar ao sujeito fazer de sua demanda inicial uma questão sobre o seu desejo.

Se esperava respostas ou sugestões, agora é ao trabalho psíquico que o sujeito está lançado. Trabalho que não é sem tropeços, paradas e voltas na repetição que o gozo impõe. A este gozo, no manejo da transferência, contrapõe-se o desejo do analista, forçando o caminho para a frente.

Algo do gozo o sujeito vai perdendo e, com isso, surge o inédito do desejo. Ao ir deixando para trás a antiga miséria neurótica, o sujeito promove agora mudanças em si e pode agir de forma transformadora sobre o mundo que o cerca.

É este o caminho possível para aquele que se decide a fazer uma análise; independe, portanto, das condições econômicas, sociais e de escolaridade, podendo ser construído por qualquer um que seja passível do inconsciente. Para iniciá-lo, se não pode pagar em dinheiro para trabalhar, basta que encontre em um Centro de Saúde, por exemplo, um analista decidido com o desejo posto em ato.

Através das entrevistas realizadas com três destes analistas, vamos nos deter agora nas vicissitudes e possibilidades que encontram no exercício de sua *práxis* nos respectivos Centros de Saúde em que a exercem.

CAPÍTULO III

A PSICANÁLISE À MEDIDA DO POSSÍVEL

3.1 Introdução

Concordamos com L.D. Castiel quando afirma que "*a psicanálise se faz à medida do possível*", como reitera na dedicatória com que nos agraciou no lançamento de seu último livro. A primeira parte do título é justamente *a medida do possível...* (embora com o *a* sem crase).

Se a prática da psicanálise se dá à medida do possível, e isto se evidencia nos Centros de Saúde, não se trata, porém, de tentar sua adequação à demanda, buscando torná-la possível. Esta pesquisa também não visa estabelecer a medida impossível da *práxis* psicanalítica nestes Centros, pois ela constrói o seu possível ao fazer valer a falta inaugural do sujeito, reduzindo o quantitativo da pura demanda ao qualitativo ou singular do desejo.

Nosso objetivo era, a partir da palavra dos analistas entrevistados, dar a conhecer as condições em que se efetiva a prática da psicanálise em três Centros de Saúde. Neste sentido, dois aspectos foram considerados: o primeiro se refere à maneira como se inserem estes psicanalistas nas respectivas instituições em que trabalham; o segundo diz respeito a sua própria prática clínica, tomando como eixo central o conceito de transferência articulado ao desejo do analista. Estabelecidos estes pontos, buscamos então conhecer os

fatores que possibilitam ou se constituem como dificuldades para os analistas que exercem ali a sua *práxis*.

Partindo dos pressupostos teóricos já expostos nos capítulos anteriores, seja no que diz respeito ao campo específico da psicanálise, seja no que se refere à relação paradoxal desta última com a saúde mental, fizemos então as entrevistas já mencionadas. À medida que as mesmas eram realizadas, surgiram alguns aspectos importantes colocados pelos próprios analistas que não estavam diretamente incluídos no roteiro da entrevista.

A nortear-nos, esteve sempre presente a convicção freudiana de que o sofrimento que a miséria neurótica traz ao sujeito independe das condições econômicas, sociais ou de escolaridade daquele que em suas malhas está enredado.

É o trabalho com estas entrevistas, realizadas com os três psicanalistas que generosamente se dispuseram a nos falar do cotidiano de sua prática nos respectivos Centros de Saúde em que a exercem, que agora apresentamos. E o faremos lançando mão de fragmentos dos discursos enunciados em resposta a algumas perguntas fundamentais, comentando-os à medida que julgarmos necessário. Estes fragmentos, se bem que textuais, foram retrabalhados e sintetizados. Comparando-os, extraímos os temas diretamente relacionados ao objetivo de nossa pesquisa, assim como outros que emergiram igualmente importantes, apontando similaridades e diferenças.

3.2 Com a palavra os psicanalistas

Iniciamos as entrevistas basicamente com uma questão sobre a forma de inserção dos psicanalistas nos respectivos Centros de Saúde em que trabalham. Buscávamos saber se fazem parte de algum programa ou se o serviço em que exercem sua prática é de Saúde Mental. Resumimos o que escutamos com a proposição abaixo:

A psicanálise nos Centros de Saúde: um paradoxo

A primeira resposta é de uma jovem psicóloga, graduada somente há dois anos, e que apenas iniciou sua formação psicanalítica lacaniana. Há um ano e oito meses vem exercendo sua prática em um Centro de Saúde do interior do Estado, onde existem as mais variadas especialidades médicas e de outros profissionais da saúde. Diz-nos:

Não temos nenhum Serviço. Cada um faz o seu trabalho da forma que quer, atende quantos pacientes quer e não há controle nenhum sobre isso, a não ser numérico, para ver a sua produtividade no final do mês. Há uma pessoa que participa de umas reuniões [entendemos que na Secretaria Municipal de Saúde] – seria chefe de Saúde Mental –, mas eu não sei até que ponto isso realmente funciona ou visa apenas a gratificação porque nós não participamos de nada... [o "nós" inclui os demais psicólogos]. Somos os psicólogos e não sabemos absolutamente nada.

Ao perguntar-lhe como se posiciona a direção do Centro em relação a isso, obtemos a seguinte resposta:

Não tem nenhuma posição. Há um ponto em que isto ajuda e há um ponto em que atrapalha. Ajuda, no sentido de que você pode fazer o seu trabalho e ninguém vai se meter, dizer o que pode e o que não pode, achar que psicanálise não pode ser feita aqui. Isto é um ponto bom. Mas há um aspecto ruim que é você ficar totalmente solta. Eu faço o meu trabalho e ponto final. Vejo aí uma única vantagem – eu tenho essa liberdade.

Para atender seus pacientes, a entrevistada paga uma supervisão particular, considerando-a como parte da sua formação psicanalítica. É a única profissional que, neste Centro, trabalha com a psicanálise. Deixou-nos claro que não há nenhuma articulação da sua prática com os demais profissionais, nem qualquer coordenação de programas ou serviços.

É interessante observarmos que esta jovem praticante da psicanálise considera que o mesmo fator que se constitui como um aspecto negativo – o isolamento em seu trabalho –, por outro lado lhe dá *liberdade* para exercer a sua prática. Que não se confunda, no entanto, a liberdade para exercer a prática da psicanálise, por exemplo, em um Centro de Saúde – sentido que a entrevistada dá aqui ao significante *liberdade* –, com liberdade do analista no exercício de sua *práxis*. Ao trabalharmos anteriormente o conceito de transferência e a formulação lacaniana do desejo do analista, esperamos ter deixado ao menos relativamente claro quão pouco livre é o analista na direção

de um tratamento. Quanto a isso, constatamos que nossa entrevistada já não se engana, ainda que esteja apenas no início do árduo percurso para tornar-se analista. E, mesmo assim, trabalha neste Centro de Saúde em que falta estrutura para a assistência ambulatorial em psicanálise ou mesmo em psicologia, como nos deixou perceber.

Se a única preocupação institucional é com a produtividade numérica – quantos pacientes atendidos ao final do mês –, isto não a impede de escutar seus pacientes, cujo número aliás não é pequeno, e parece satisfazer os anseios de produtividade da instituição.

Em resposta à mesma pergunta sobre a forma de inserção, escutamos de um segundo entrevistado que exerce sua prática em um Centro de Saúde da zona norte:

*É, chamamos aqui de Programa de Saúde Mental as atividades em que trabalho. Isto não está formalizado, **acho que não há nenhum organograma, nenhum programa de fato a não ser na prática.** A quantidade de profissionais aqui varia bastante. No momento estamos eu, um psiquiatra que trabalha em um programa de alcoolismo com idosos na linha da psiquiatria biológica, uma psicóloga que atende crianças seguindo uma orientação que não é psicanalítica e uma outra psicóloga que chegou recentemente. Esta faz formação em psicanálise.*

No entanto, só o entrevistado trabalha com os referenciais teóricos lacanianos.

À nossa pergunta sobre como se articula a sua prática com os demais profissionais e serviços do Centro, responde-nos:

Como um Centro de Saúde onde se trata do nível primário de atendimento, aqui só há as atividades consideradas básicas: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Essas áreas se organizam em um Programa do Adulto, um Programa da Mulher e um Programa da Criança – como se mulher não fosse adulto...

Antes de eu vir para cá, havia aqui uma psiquiatra que tinha uma formação em psicoterapia de grupo. Trabalhava como psiquiatra, com um procedimento medicamentoso, e fazia o atendimento de grupo – chamavam-se Grupos de Nervosos. Acho que esta era a única atividade de Saúde Mental que existia aqui.

Também neste caso, o isolamento no trabalho é apontado pelo psicanalista, no que diz a seguir:

Acho que não há muita articulação da minha prática com os demais profissionais por uma questão teórica. É uma relação apenas de encaminhamento. Os profissionais destes outros programas, quando consideram conveniente, encaminham-me o paciente, solicitam que eu o atenda – e eu atendo. Mas não temos tido muita oportunidade de troca, de discussão conjunta de casos. Na prática isto não tem efetivamente funcionado. A relação acaba sendo essencialmente de encaminhamento.

Trata-se aqui de um psicanalista com formação médico-psiquiátrica que, num primeiro momento, se aproximara da psicanálise, chegando mesmo a exercer a sua prática, mas que, pouco depois, dá outro rumo a sua vida. Cerca de quinze anos mais tarde se reaproxima da psicanálise e começa uma

formação psicanalítica lacaniana, iniciando então a sua *práxis* neste Centro de Saúde onde trabalha há onze anos. Interessante percurso que nos faz pensar nas voltas que o desejo dá. Neste caso, desejo de ocupar o lugar do analista que, por ter deixado suas marcas, chama-o de volta à psicanálise, como que por uma escolha forçada. Lembramo-nos aqui de Lacan, ao parafrasear a parábola: "*Há talvez (...) muitos chamados e poucos escolhidos, mas não haverá certamente outros além dos que são chamados*" (Lacan, 1979:50).

À diferença do Centro em que trabalha a primeira entrevistada, aqui o psicanalista se refere a um Programa de Saúde Mental, mas deixando claro que se trata mais de uma denominação do que de sua existência de fato, como um programa estruturado. Da mesma forma que no primeiro Centro, a psicanálise lacaniana está aqui porque há um psicanalista que, por seu desejo, a exerce. Não se trata da psicanálise articulada à Saúde Mental, mas é a Saúde Mental que viabiliza neste Centro a presença da psicanálise.

Escutamos agora uma outra psicanalista, com graduação em psicologia, que trabalha no mesmo Centro de Saúde da zona sul há mais de vinte anos, dando também supervisão a estagiários. Sobre a sua forma de inserção no referido Centro faz-nos um extenso relato que inclui vários outros aspectos importantes.

*Quando entrei aqui havia um programa de Medicina Escolar que hoje em dia não existe mais. Foram contratados pediatras, psiquiatras, psicólogos, etc. Pela primeira vez entravam psicólogos. Aqui é um local de saúde pública, não é um hospital. Quando você vê o organograma, trata-se sempre da prevenção. Então, quando fui contratada, era para prevenção. **O problema é como a gente se encaixa.** Primeiro foi na Medicina Escolar: para*

a criança se matricular na escola tinha que estar com a carteira de vacinas em dia e tinha que passar pelo pediatra, pelo neurologista e pelo psicólogo. Isto era um grande problema, pois estava escrito: 'para a prevenção de dificuldades de aprendizagem e distúrbios de conduta'. As crianças tinham que passar pelo psicólogo porque, do contrário, não podiam fazer a matrícula. Este foi um trabalho de início e o que salvou foi que tínhamos uma coordenação oficiosa de psicologia na Secretaria Municipal de Saúde. Não era de Saúde Mental.

Quando a coordenadora passou a ser uma psicóloga que é psicanalista, mudamos bastante. Mas isto foi um longo trabalho... [inclusive produzindo escritos sobre a impossibilidade de prevenir doença mental].

A questão da "coordenação oficiosa de psicologia" mostra bem como a presença da psicanálise nas instituições de saúde pública vai se concretizando geralmente por caminhos marginais ou alternativos, mas que, ao serem percorridos por um desejo decidido, possibilitam o exercício de sua prática.

Vicissitudes da oferta e da demanda

A entrevistada relata-nos então como foi feito todo um trabalho para criar uma demanda de tratamento:

*No início eu dizia: **Não é para quem precisa, é para quem quer.** Hoje em dia o 'precisa' passou a ser um critério. À medida que se for oferecendo, a procura passa a vir.*

De fato, a psicanálise não é para quem quer, mas para quem precisa. O

importante, no entanto, é que haja a oferta nos Centros de Saúde para quem precisa e não pode pagar em dinheiro. O *que* e o *como* se oferece modularão a demanda, na medida em que se trata de oferta a partir da escuta avisada de um psicanalista.

Mais adiante, diz-nos:

Fui criando ao longo do tempo uma forma de ver como fazer para não perder tempo, porque senão é uma procura enorme de gente que não fica e há muita gente que quer e fica. Às vezes dava para fazer com a criança uma coisa mais de entrevista com os pais, com a mãe, com a criança e tentar dar uma resolução. O autor que nisto me ajudou um pouco, além de Freud e enquanto eu não conhecia Lacan, foi Winnicott. Me ajudou a escutar um pouco essa história de pais, de criança.

Não há dúvida de que aqui está a postos o desejo do analista. Ao relatar-nos sua busca de um caminho para a *práxis* da psicanálise, é deste desejo que nos fala a analista. Recorreu a Winnicott, que podemos considerar o inventor da psicanálise sob demanda, justamente a partir da psicanálise com crianças. E assim chegou a Lacan.

Construindo a posição do analista

"Eu me tornei psicanalista aqui" – diz-nos, referindo-se ao seu trabalho no Centro de Saúde. É também em um Centro de Saúde que a jovem graduada em psicologia há apenas dois anos inicia o seu percurso, visando tornar-se psicanalista. Portanto, se o ambulatório é "o *próprio consultório*

tornado público", como afirma A.C. Figueiredo, pode ser também o lugar a partir do qual alguém pode vir a autorizar-se analista.

"Essa história do 'setting', de ser um mesmo material para todas as crianças, de ser na sala que for, não tem a menor importância. Você chega aqui e caem por terra várias destas coisas", continua.

De fato, se há um analista com o desejo posto em ato, tendo a norteá-lo os conceitos fundamentais da psicanálise, cai por terra o ideal de que a psicanálise necessita uma boa *forma* para o exercício de sua *práxis*.

Refere-se então a entrevistada à questão de alguns autores afirmarem que aqueles que buscam atendimento em instituições da rede pública de saúde querem *"uma coisa mais curta, mais imediata"*. E diz: *"Não era nada disso que eu via. **Eu acho que aí está também a resistência do analista**"*.

Há aqui um questionamento da posição do analista, uma interrogação sobre a posta em ato de seu desejo, pois sabemos bem que o querer *"uma coisa mais curta, mais imediata"* não é apanágio daqueles que, no dizer de Freud, pertencem às *"camadas populares"*. Escutamos o mesmo nos consultórios privados, uma vez que este *"querer"* é inerente não a uma classe social, mas à própria miséria neurótica do sujeito, com a resistência ao inconsciente que lhe é própria.

Diz-nos Lacan:

Eis o que manifesta para vocês o que é entrar no jogo do paciente – é colaborar com a sua resistência. A resistência do paciente é sempre a de vocês, e quando uma resistência é bem sucedida, é porque vocês estão dentro até o pescoço (...) (Lacan, 1985-60).

Concordamos, portanto, com Leticia Nobre quando, ao referir-se em sua tese de doutorado a esta mesma citação de Lacan, afirma:

*Nessa conjugação de **resistências** (...), observamos, sob as mais diversas formas, a lamentável produção de desvios – que podem mesmo levar à inviabilização – da prática analítica, desvirtuada em seus princípios, afastada de seu rigor ético. É assim também que observamos, de acordo com a **resistência** do analista em sua prática, uma certa caracterização do 'pobre' que parece aí ocorrer, levando a uma interpretação generalizada e absolutamente inadequada, das necessidades deste.*

Perde-se, com isso, a possibilidade de escuta do sujeito em sua singularidade – marca original da clínica psicanalítica (Nobre, 1998:135).

Continuando o seu relato, a mesma psicanalista nos diz então como lhe foi possível participar de um trabalho de prevenção da AIDS com adolescentes, sem abrir mão da escuta psicanalítica:

*O negócio era o seguinte: como convencer a usar camisinha. Era um trabalho em que tentávamos ajudar, que fazíamos junto com a enfermeira. [Tratava-se de trabalhar com adolescentes a questão da informação sobre a AIDS.] Então eu disse: **Se nós não os escutarmos falarem, não vai adiantar nada mesmo.** Não adianta ir lá e fazer um discurso. É a própria pessoa que precisa ir 'sacando'. Então, nisso, a gente tentava ajudar.*

Neste fragmento, aponta a intersecção possível e até desejável entre a

psicanálise e a prevenção. À diferença do exemplo anterior, em que "estava escrito: '*para a prevenção de dificuldades de aprendizagem e distúrbios de conduta*' " – o que se constitui de fato em impossibilidade para a psicanálise –, o exemplo acima deixa claro como, a partir de sua escuta, o psicanalista pode se "encaixar" em um trabalho de saúde que visa a prevenção. É dessa forma que a psicanálise pode entrar na prevenção – "**Só entra se você escutar o sujeito mesmo**", afirma a entrevistada.

À nossa pergunta sobre como se dá atualmente a sua inserção no Centro de Saúde, se trabalha em algum programa de Saúde Mental, respondemos:

Nos hospitais há mais psiquiatras e psicólogos, há uma chefia de Saúde Mental. Aqui não. Ficamos subordinados a uma coordenadora de programas. São os programas que têm a ver com os desgarrados. Há neurologista, fonoaudiólogo, psiquiatra, psicólogo, nutricionista. Somos poucos e todos coordenados por ela. Ao nível central há uma coordenação de Saúde Mental. O que exigem é mais uma coisa de números.

Também neste Centro, onde atualmente trabalham três psicólogas, duas das quais com formação psicanalítica lacaniana, e alguns estagiários coordenados pela entrevistada, o único registro que parece interessar à instituição é o numérico – é esta a produtividade que conta.

Mais uma vez apontamos, agora através do significativo "*desgarrados*" enunciado pela psicanalista, a difícil articulação, que chamamos de conjunção disjuntiva, entre psicanálise e saúde mental.

Neste "desgarramento", no entanto, o desejo determinado pode ir abrindo algum espaço, inclusive físico, para a escuta da demanda dos pacientes que chegam. Por exemplo, se antes não havia sequer uma sala para a psicologia – "ficávamos na sala que estivesse vaga" –, agora este espaço existe (é na psicologia que os psicanalistas, neste Centro, se "encaixam"). Com isso, a marcação para atendimento não é mais feita "lá embaixo", como acontece para as consultas médicas. "Preferimos que não seja lá embaixo; [os pacientes] têm que vir falar com a gente. Fomos determinando isso ao longo do tempo".

Chegada e encaminhamento dos pacientes: uma questão de escuta

Da primeira entrevistada – a que trabalha em um Centro de Saúde no interior do Estado –, obtivemos o seguinte relato como resposta à pergunta sobre este tema:

No princípio havia no Centro uma coisa assim: achavam que o paciente só podia chegar se tivesse um encaminhamento médico. Eu comecei a deixar claro que isso, para mim, não era o mais importante. Agora as pessoas chegam e, se houver vaga, me procuram ou então vão para uma fila de espera.

Neste Centro, onde não há registro dos pacientes, os que chegam pela primeira vez dirigem-se ao guichê na entrada e dão o nome. Se há vaga, são atendidos na hora; se não há, ficam na fila de espera. O número de vagas, no caso da entrevistada, é fornecido por ela.

Continua:

*Não é feita triagem. Algumas pessoas hoje em dia já chegam e me procuram diretamente [porque já ouviram falar desta "psicóloga"]. Outras passam por algum médico do Centro e este faz o encaminhamento ao psicólogo. Eu estranho a forma como às vezes é feito este encaminhamento porque muitas pessoas não têm necessidade de tratamento. É aquela coisa: quando a pessoa vai ao médico e este não sabe o que ela tem – às vezes porque **nem ouve o que o paciente está falando** –, então joga para a psicologia.*

Ao perguntar-lhe que médicos lhe encaminham pacientes, diz-nos: "*Normalmente é o clínico geral. É ele quem faz mais encaminhamentos*".

Além de não haver registro dos pacientes que, para a instituição, ficam como anônimos, sem marca simbólica – só interessa o quantitativo da produtividade –, confirma-se aqui a freqüente questão da não escuta do paciente por parte de profissionais que trabalham na rede pública de saúde, principalmente médicos.

Como diz a entrevistada, o médico "*às vezes nem ouve o que o paciente está falando – então joga para a psicologia*". Assim, além de anônimo, o paciente é tratado como objeto que se joga para outro lado. Pode às vezes até cair no lugar apropriado, por exemplo se suas dificuldades são passíveis de uma escuta psicanalítica e o psicólogo que o recebe ocupa o lugar do analista. Muitas vezes, porém, nada tem a fazer aí porque o que procurava era mesmo uma consulta médica. Não desconhecemos, entretanto, que há fatores externos que contribuem para esta pressa em se livrar do paciente, sendo a

exigência de um excesso de produtividade, excesso de pacientes, certamente o mais freqüente.

Reproduzimos aqui o que lemos em A.C. Figueiredo:

Não cabe ao psicanalista exigir dos médicos que sejam menos médicos, mas pode-se ousar provocá-los sobre o que mais podem fazer para atender seus pacientes sem pressa de passá-los adiante (Figueiredo, 1997:53).

À nossa indagação sobre como distingue um encaminhamento feito de forma adequada de outro que não é, responde:

Pelo que vou escutando para saber se esta pessoa tem uma queixa, um motivo para estar aqui ou se veio apenas porque o médico disse que tinha que vir. E tudo que um médico diz dentro de um Centro de Saúde tem muito valor. A palavra do médico é fundamental. Mas algumas vezes são encaminhadas pessoas que realmente precisam.

Mais adiante veremos que não são apenas os pacientes que atribuem tanto peso à palavra do médico, ao qual é suposto um saber (e um poder) quase absoluto.

Na prática, o lugar do analista

De um outro entrevistado ouvimos o seguinte relato sobre como lhe chegam os pacientes:

*Pelos mais diversos percursos. Chegam através dos outros profissionais, dos médicos, numa linha que seria tradicionalmente um programa de Saúde Mental dentro de um Centro de Atenção Primária. Neste caso, chegam pela clínica – são encaminhados pelos médicos quando, ao longo do atendimento, por algum motivo, consideram conveniente que um paciente me procure. Acho que não há nenhum programa, nenhuma orientação neste sentido, mas, na **prática**, os Centros de Saúde onde existe um programa de Saúde Mental como esse [mas não formalizado, como dissera anteriormente] acabaram se colocando para a população como uma alternativa especial. **É uma alternativa de fato, que se estabeleceu na prática**. Alguns pacientes, sabendo através de outros pacientes ou familiares que existe esta alternativa aqui, acabam vindo ou sendo trazidos.*

*Também na **prática** ficou estabelecido como rotina que me encaminhassem diretamente estes pacientes. Então o primeiro contato que eles têm é comigo mesmo. Os pacientes dos outros setores são recebidos primeiro pela triagem, depois há um procedimento de enfermagem (limpeza, preparo e tal). Isso é uma coisa muito complicada. Achei mais fácil sugerir que estas pessoas me procurassem. Sabendo disso, os outros profissionais, especialmente a enfermagem, encaminham diretamente para o meu serviço.*

Neste fragmento de relato chamou-nos a atenção a insistência com que aparece o significante *prática*. Tal insistência revela que, nos Centros de Saúde, é na prática mesmo que vão se construindo as alternativas ambulatoriais de assistência àqueles que, pertencentes às chamadas "*camadas populares*", necessitam ser escutados em seu sofrimento psíquico.

Este psicanalista não faz críticas à maneira como lhe chegam os pacientes:

Não existe nenhuma dessas formas que existem em outras instituições – procedimentos de grupo, de triagem e tal. A ausência de rotinas e coisas pré-estabelecidas permitiu que eu fosse criando formas de trabalhar que me pareceram mais convenientes.

Embora trabalhando também de forma isolada, isto não faz com que o entrevistado se sinta "solto", como acontece com a psicanalista iniciante. Sem dúvida, a diferença se relaciona à experiência maior deste psicanalista, inclusive com mais aprofundamento na própria formação analítica. De qualquer forma, podemos questionar se é desejável que as coisas se passem assim em um Centro de Saúde, apesar de, na *prática*, isto acontecer com tanta frequência.

Há exemplos interessantes de trabalhos em equipe, no que diz respeito à chegada do paciente à instituição, ao primeiro atendimento e posterior encaminhamento (ou não). A. C. Figueiredo cita a *recepção*:

O termo designa genericamente o primeiro atendimento, em geral em grupos [mas pode não ser], e é usado muitas vezes no lugar do termo triagem, que dá uma idéia mais burocrática e menos acolhedora do atendimento (Figueiredo, 1997:42).

Tomando como referência os trabalhos de alguns autores, A. C. Figueiredo discorre sobre a recepção de pacientes, dizendo então:

Definido o modelo, a primeira questão é saber se só os psicanalistas, ou pessoas referidas à psicanálise, estariam aptos para a tarefa. Penso que não só estes, mas, sem dúvida, o paradigma que sustenta a proposta é psicanalítico (...). O trabalho implica um contato direto e permanente com os diferentes profissionais que atuam no serviço, dos atendentes aos médicos, atravessando as hierarquias funcionais e burocráticas. A recepção pode ser um bom termômetro da instituição ao tornar mais públicos, portanto mais transparentes, seus procedimentos clínicos, seus problemas e soluções no percurso de cada paciente (Id.Ibid.: 43-44).

A. M. Lobosque, uma outra autora já anteriormente citada, com experiência clínica em Centros de Saúde, menciona a instituição do chamado Pronto Atendimento em um Distrito Sanitário de Belo Horizonte:

Qualquer pessoa que demande atendimento à Saúde Mental é encaminhada a um dos membros da equipe, o qual, depois de uma rápida avaliação, decide qual a maior ou menor urgência do atendimento: assim, o paciente pode ter sua consulta marcada para o mesmo dia, para daqui a uma semana, ou daqui a um mês. (...) Todas as pessoas que nos procuram são atendidas ao menos uma vez, mas para boa parte delas não nos parece adequada a permanência na Saúde Mental (Lobosque, 1996:47).

Trabalhando com a demanda ou despachando a demanda

Voltando aos nossos entrevistados, a psicanalista que trabalha em um

Centro de Saúde da zona sul nos fala sobre como lhe chegam os pacientes:

*A procura é enorme porque já sabem do serviço, sabem que aqui atendemos e que isto não acontece em todo local. Mas há muito encaminhamento errado. Embora aqui eu ache que até funciona muito bem, há alguns médicos que fazem um atendimento muito rápido. Têm que atender, além do número de pacientes já marcados, não sei quantos mais que são agendados na porta. Então isto é um problema. **Às vezes os pacientes querem conversar um pouco com o médico e não podem.** Há então um tipo de encaminhamento que é feito por uma falta de paciência do médico, mas também de tempo.*

Trata-se aqui da mesma questão que já fora enunciada por outra entrevistada. No entanto, aqui, se a pressa em se desfazer do paciente corresponde à não escuta do médico, corresponde também a uma demanda que se torna excessiva, diante da pouca oferta.

Não deixa de ser interessante, porém, a diferença que a entrevistada descreve entre encaminhamentos feitos por uma fonoaudióloga e por uma psiquiatra. Depois de dizer que a maior parte dos encaminhamentos é feita por médicos, coloca:

Hoje em dia há uma coisa que funciona quando se trata de crianças que é a fonoaudiologia. Há uma fono excelente e trabalhamos muito em conjunto. Ela conversa bem com os pais, faz um certo trabalho preliminar e só encaminha os casos de que não dá conta. Encaminha bem e estes pacientes ficam.

Relata então que uma estagiária fizera entrevistas, para um trabalho do

seu curso de graduação, com profissionais do Centro que encaminham pacientes, e diz: "*Era gritante a diferença entre o que a fono respondeu e o que disse a psiquiatra*".

A título de exemplo, reproduz a fala de pacientes que lhe chegam encaminhados por esta última:

*'Eu vim porque a doutora mandou', 'Eu adoro ela'. Em suma, a psiquiatra está me transferindo o problema, e aí eu digo: 'Então continua com ela'. E a resposta é: 'Eu quero continuar com ela, eu só vim porque ela mandou'. 'Tudo que a doutora mandar eu faço'. E o que falou na entrevista a psiquiatra? **'Eu mando logo embora para não criar o vínculo'**.*

Vínculo que a psiquiatra não suporta diante, talvez, do excesso de demanda, mas que sequer escuta como já estando estabelecido, tal a pressa em passar adiante o paciente.

Felizmente, percebe-se que os encaminhamentos feitos de forma inadequada não trazem grande dificuldade à psicanalista entrevistada, uma vez que reafirma: "*Eu acho que aqui, no geral, as coisas funcionam muito bem*". Certamente para isto conta e muito a sua longa experiência neste Centro e um desejo decidido que a fez ir sempre buscando uma forma possível de exercer a sua *práxis*. Foi assim que resolveu criar os grupos que ora chama de recepção, ora de triagem, como forma de modular a demanda:

Eu marco de dois em dois meses um grupo
[deixa na sua porta um aviso afixado com a

data]. *Mesmo assim interrompem, batem na porta, mas aí você diz: 'É dia tal'. Qualquer pessoa vai ter que passar pela triagem [mesmo os pacientes encaminhados por outros profissionais do Centro]. Antes de iniciar, eu faço um discurso: 'Não tem vaga...'*

O preço a pagar

Faço então a triagem mais grosseira em grupo, converso um pouco, aviso que vai ter uma fila de espera. Para conversar uma vez digo que sempre tem vaga, mas para atendimento (isso eu não digo) nunca tem vaga logo. O que digo – e é verdade – é que a gente sempre chama, só não sei dizer quando.

É com sua escuta que, nesta triagem, a psicanalista pode contar como único instrumento para modular a demanda. Neste sentido, a situação aqui não é diferente da que se coloca para o psicanalista também no consultório – é sempre da escuta da demanda que se trata. Portanto, no que diz respeito às instituições públicas de saúde onde a psicanálise se faz presente, o problema não está na demanda e sim na oferta que o Estado disponibiliza. E isto, como bem sabemos, não se refere apenas à psicanálise. A questão, para o psicanalista, é como lidar com as diferentes demandas, inclusive de "*produtividade*", com que se vê confrontado. Para esta psicanalista, uma resposta foi a criação dos grupos mencionados: "*No grupão de triagem eu não deixo a pessoa entrar com muito enredo. Às vezes dá para perceber um pouco o que é...*" Pelo menos os encaminhamentos inadequados já são resolvidos aí, bem como algumas buscas de tratamento equivocadas.

Alem disso, o fato de o tratamento ser de graça contribui também para uma demanda inicial um tanto selvagem. A este respeito, diz a entrevistada: "**Então resolvi que tinha que dificultar, no sentido de: Quer mesmo? Pensa um pouquinho**". Claramente tal colocação tem o significado de um preço a pagar.

Diz-nos então:

As dúvidas ou as pessoas que podemos encaminhar para algum lugar que não seja outro serviço público – porque aí vai sair da minha fila de espera para a do outro –, a estas pessoas eu digo que fiquem para conversarmos depois.

Uma postura de escuta está aqui implicada, em que à demanda massiva outra resposta é dada que não o passar adiante o paciente de forma apressada.

Ao perguntar-lhe sobre que pacientes ficam, responde-nos:

*Há uns com os quais nem converso depois porque a pessoa fala um pouco e eu já vejo que é caso para aqui, que vai ter que esperar para ser atendido. Há casos que são mais urgentes, vão para a fila de espera [mas com uma indicação de urgência]. Há muitos que não vêm, quando chamamos alguns meses depois. E aí, se perdeu a vaga, **para conseguir de novo vai custar. Esse é que é o preço.***

Mais uma vez o tempo de espera é aqui colocado como um preço a pagar por aqueles que não o podem fazer com os meios convencionais. Não se

trata, portanto, de que só pode haver psicanálise se esta for paga em dinheiro. Se o desejo do analista está a postos, certamente ele poderá inventar também outras formas de pagamento, em que algo o sujeito terá que perder. E assim, tendo que esperar um novo momento de ser chamado, quem sabe lhe advenha o desejo de iniciar uma análise?

As condições institucionais: facilidades e obstáculos à prática da psicanálise

Sobre este tema, diz-nos a mesma psicanalista:

Eu acho que [a instituição] nem facilita nem dificulta. Por um lado talvez dificulte porque é uma instituição médica. Antes vinham ordens assim: 'O atendimento tem que durar seis meses', 'O atendimento tem que ser em grupo'. E eu ia fazendo o que achava que era importante. Porque o que querem é que você trabalhe e, é claro, eu estou aqui para trabalhar. Então eu vou ver por onde posso trabalhar. Já estou aqui há vinte e dois anos – muda chefe, muda diretor e eu continuo; portanto, não têm muito como mandar.

Ao mesmo tempo que percebemos neste fragmento de discurso o que parece ser um lugar comum no que diz respeito ao exercício da prática da psicanálise em Centros de Saúde – a falta de entrosamento, de procedimentos pactuados –, por outro lado fica patente que o lugar é produzido por quem trabalha. Se a entrevistada nos diz que não encontra obstáculos na instituição, é porque foi aos poucos construindo aí o seu lugar de analista:

Fomos conseguindo instituir uma coisa meio diferente. Por exemplo, a marcação não é feita lá embaixo. Embora haja uma ordem de cima quanto ao número de pacientes que cada profissional tem que atender por horário (de quatro ou cinco horas), conseguimos que o nosso atendimento fosse de meia hora e não de quinze minutos, que é o tempo considerado para a consulta dos médicos – e que eles fazem em cinco minutos. Assim, o número de pacientes diminui e eu atendo no tempo que quiser [trata-se aqui, é claro, do tempo variável das sessões, de acordo com o postulado lacaniano do tempo lógico, e não de um tempo que depende da vontade do analista].

Quer dizer: "*Conseguimos manobrar um pouco, mas dando também um pouco do que eles estão querendo*".

Neste sentido, acentua que ao psicanalista não cabe fazer oposição, mas aproveitar as brechas possíveis para construir seu lugar.

De fato, a questão que se coloca não é a de não fazer oposição e sim a de tratar a demanda da instituição sobre ela, analista, com a operação lógica do tempo, devolvendo-lhe o que é impossível. Ao mostrar a via do manejo da demanda, fazendo aparecer o que é impossível de responder, a psicanalista está dando a resposta possível à instituição – uma resposta que nada tem a ver com o quantitativo e sim com o instrumental que Lacan propõe para tratar a demanda. Fazer oposição seria, na verdade, responder à demanda institucional com uma contra-demanda. Por isso, diz-nos esta entrevistada:

Os psicanalistas que conheço estão sempre tendo um pouco que marcar posição. Não é se opondo, mas cabe a nós mostrar o que é o

nosso trabalho, não só porque os outros profissionais não conhecem, mas também porque a resistência à psicanálise existe.

Como exemplos do que pode ser feito neste sentido, refere-se às palestras que faz e aos casos que às vezes apresenta no Centro de Estudos da instituição:

Eu acho interessante porque é uma instituição médica, e é preciso que você vá marcando aos poucos o seu lugar. Como querem que a gente faça prevenção, não se trata de se opor a isto, mas de ir mostrando. Um exemplo que eu sempre dou no Centro de Estudos é o daquele trabalho com adolescentes [de prevenção da AIDS e da gravidez precoce]. Fazia-se todo um trabalho sobre a sexualidade, dava-se informação, e aquela que era a adolescente mais interessada ficou grávida. Digo que não acho que isso seja um fracasso, mas tento mostrar que os discursos são diferentes [o da prevenção e o da psicanálise]. Uma vez levei um caso de psicanálise com criança e a pediatra perguntou: 'Você não tem dificuldade de colher as histórias com as mães das crianças aqui?' Respondi: 'Eu não, porque a história que vou colher é outra. Não preciso saber direitinho como nasceu, em que idade andou, etc.'

São exemplos interessantes que nos levam a pensar no que pode ser feito pelo psicanalista que trabalha numa instituição pública de saúde, no sentido de tentar despertar os médicos para uma escuta mais atenta de seus pacientes. Como diz a entrevistada: "**O psiquiatra é capaz de não perceber a ligação que o paciente tem com ele**".

Respondendo à mesma questão sobre a organização do Centro de

Saúde em relação ao exercício de sua prática, afirma a entrevistada que trabalha no interior do Estado que não há dificuldades porque "**não há uma organização**". E continua: "*Eu acho que o único interesse da chefia é mesmo com a produtividade, é chegar ao final do mês e ter um bom número de atendimentos*".

Apesar das críticas que faz à falta de organização institucional, considera-a ao mesmo tempo um facilitador do seu trabalho.

Fica muito tranqüilo porque eu tenho a vantagem de poder trabalhar da forma que quero. Não há ninguém tomando conta de quantas pessoas entram e de quanto tempo ficam na sala. Com uma chefia, neste aspecto, podia ser mais complicado, podia não aceitar esta forma de trabalho.

À diferença da psicanalista anterior que, por ter uma longa experiência no Centro de Saúde em que trabalha, podia dizer: "*Muda chefe, muda diretor e eu continuo; portanto, não têm muito como mandar*", aqui o discurso é outro. Há menos de dois anos no Centro, esta jovem praticante da psicanálise diz, por exemplo, que uma chefia poderia "*tomar conta*" e "*não aceitar*" sua forma de trabalho. Apesar de tão diferentes, os dois fragmentos de discurso marcam que cabe aos psicanalistas a construção do seu lugar na instituição pública de saúde, a partir de seu próprio trabalho.

Percebemos, no caso da entrevistada de agora, que é também desde a simples marcação dos atendimentos que ela vai estabelecendo uma diferença de posição, inclusive em relação aos demais psicólogos (são ao todo cinco; os outros trabalham numa linha comportamental).

Diz-nos:

Tenho a minha agenda, onde abro em média quarenta horários, e aí vou marcando a hora de cada paciente [como a psicanalista do outro Centro, esta aqui também reserva meia hora para cada atendimento]. Então os meus pacientes não precisam ir ao balcão pegar ficha ou falar com alguém. É só irem à sala onde estou e, na sua hora, são atendidos.

O estranho nisto é que, na instituição, não há registro de que estes pacientes foram atendidos por ela. Como anônimos, são englobados no cômputo numérico da "produtividade".

Continua:

Para os outros psicólogos a marcação é feita no balcão e há um número certo de fichas. Se o paciente consegue uma ficha, ótimo. Se não consegue, terá que tentar na semana seguinte [isto acontece mesmo com aqueles que já estão em atendimento...].

Quanto aos pacientes que chegam pela primeira vez, já sabemos que lhe serão enviados, caso haja horários vagos, cujo número é fornecido por ela a quem atende no balcão de entrada.

O psicanalista e o médico

À nossa pergunta sobre se encontra dificuldades em relação aos

demais profissionais de saúde, responde-nos:

Não. Eu não tenho nenhum contato com eles porque o Centro gira em função do médico. Para os atendimentos médicos a coisa funciona muito bem, é muito organizado. É a palavra do médico que tem valor – o que ele diz ou quer é o que conta. O resto é o resto. Se houver apenas uma sala vaga e eu a ocupar porque é meu dia de trabalho, se chegar um médico que veio atender porque resolveu trocar seu dia, com certeza quem vai ficar sem sala sou eu.

Ao indagarmos se isto já lhe acontecera, responde-nos que sim e relata como a questão foi resolvida:

Fui falar com o administrador, ele me pediu muitas desculpas e me perguntou se eu poderia ficar em outra sala – aceitei, mas disse-lhe que isto não era o correto.

Perguntamos se não considerava a ocorrência de situações deste tipo como uma dificuldade quanto aos demais profissionais. Diz-nos então:

Neste aspecto sim porque parece que o médico é alguém com quem não se pode mexer. Tanto assim que alguns funcionários achavam que podiam entrar na minha sala a qualquer hora só porque um médico queria algum material. Fui deixando claro que não se funciona assim e que se o médico quer alguma coisa que aguarde.

Neste Centro não há nenhuma sala destinada à psicologia. Os psicólogos usam as salas de atendimento médico quando os médicos não as estão usando.

De fato, os Centros de Saúde funcionam como instituições médicas, em que a saúde é considerada apenas como uma questão médica, no sentido biológico mesmo. Quando um *"psiquiatra não é capaz de perceber a ligação que o paciente tem com ele"* – como dissera a outra psicanalista entrevistada –, está provando que considera o psíquico como biológico. Então, se achar que não é o caso de medicar, o melhor é mandar o paciente embora o mais rápido possível para *"não criar o vínculo"*...

Neste contexto, o médico emerge como senhor e mestre quase absoluto, cuja palavra tem peso de lei no imaginário tanto dos pacientes como dos funcionários do Centro de Saúde. No entanto, ao dizer a um destes últimos que *"se o médico quer alguma coisa que aguarde"*, é neste imaginário que, em sua posição de analista, como resto mesmo, a entrevistada vai estabelecendo um furo.

Esta jovem psicanalista revela, porém, uma posição por demais ressentida em relação ao lugar que o médico ocupa em uma instituição que, afinal de contas, é médica em seus próprios fundamentos.

A medicina não poderia deixar de estar no centro de uma instituição que é um Centro de Saúde. Além disso, como diz L. Hegenberg em seu livro *Doença – um estudo filosófico*, *"é provável que a Medicina tenha surgido com a humanidade. Vítima e testemunha do sofrimento, o ser humano deve, desde logo, ter-se debruçado sobre os doentes, com o desejo de curá-los"* (Hegenberg, 1998:18).

Talvez seja neste sentido que M. Foucault afirme em *O nascimento da clínica*: "Antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da Humanidade consigo mesmo (...)" (Foucault, 1998:60).

Se é longa a história do saber médico, uma coisa é certa: foi a partir da medicina que surgiu toda a problemática da saúde e da não-saúde. Sendo condição de possibilidade de resgate do vivo, a medicina colocou também o invisível da morte no discurso.

*Foi quando a morte se integrou epistemologicamente à experiência médica que a doença pôde se desprender da contranatureza, e **tomar corpo no corpo vivo** dos indivíduos. É, sem dúvida, decisivo para a nossa cultura, que o primeiro discurso científico enunciado por ela sobre o indivíduo tenha tido que passar por este momento da morte (Id.Ibid.: 227).*

Que a medicina esteja no centro de um Centro de Saúde é a única possibilidade, da mesma maneira que a psicanálise não poderia ter surgido a não ser a partir da medicina.

Do psicanalista que é também médico psiquiatra, obtivemos a seguinte resposta à questão sobre a organização do Centro de Saúde e sobre os demais profissionais, em relação ao exercício de sua prática:

A instituição nunca criou obstáculos ou dificuldades. Eu acho até que facilitou em relação ao programa de Saúde Mental exatamente por esta informalidade** [anteriormente já mencionara a ausência de normas pré-estabelecidas]. **Sempre me deixou à vontade para que eu trabalhasse da maneira

que achasse mais conveniente. Quanto aos outros profissionais, tenho a impressão que ficam todos muito satisfeitos pelo fato de terem esta alternativa porque boa parte da demanda de atendimento em instituições como esta, de atenção primária, inclui componentes psicológicos e psicossomáticos, em maior ou menor grau. Então, a existência de um programa de Saúde Mental aqui na instituição é bem vista pelos médicos. Eu acho que eles tratam isso com certa externalidade, como se eu fosse um outro especialista para o qual encaminham os problemas que não conseguem resolver.

O significativo "*informalidade*" aqui empregado nos parece mais adequado à psicanálise do que ao programa de Saúde Mental. É a prática da psicanálise que, nas instituições de saúde pública, parece estar sempre presente de maneira informal, viabilizada um tanto alternativamente por um programa de Saúde Mental. Programa que, às vezes, não passa de uma denominação, como apontara anteriormente o entrevistado.

Se a chamada Saúde Mental mostra freqüentemente um distanciamento tão grande entre o seu discurso e a existência de um programa efetivo, mais evidente ainda é a falta de articulação entre o discurso da saúde mental e o da psicanálise. A "*in-formalidade*" não será então a condição de possibilidade mesma para que haja inserção do psicanalista nas instituições da rede pública de saúde?

Outro ponto a marcar no fragmento de discurso acima é o lugar que, neste Centro de Saúde, é dado ao psicanalista médico, justamente por ser médico e não por ocupar o lugar de analista. Para os colegas médicos ele é um dos pares, um "*especialista*" que resolve os "*problemas*" que eles mesmos não

conseguem resolver.

A diferença é enorme se compararmos o seu relato com o da psicanalista psicóloga, já citada anteriormente. Isto só faz reafirmar, um pouco pelo avesso e apesar de sua posição ressentida, o que esta nos dissera a respeito do lugar do médico nos Centros de Saúde.

Consideramos importante marcar ainda uma diferença entre o Centro de Saúde da zona sul e o da zona norte. O primeiro atende a uma extensa região que compreende seis populosos bairros.

Quanto ao Centro de Saúde da zona norte, relata-nos o psicanalista entrevistado:

Aqui há uma situação boa, pois a clientela deste Centro de Saúde é restrita à população que reside aqui. Há uma certa área demarcada, com uma população de trinta mil pessoas. Isto nos permite fazer um trabalho continuado; as pessoas têm facilidade de vir porque o Centro é próximo às suas residências.

Aparece assim a importância da proximidade do local de atendimento como uma condição que facilita o trabalho clínico deste psicanalista, o que já não acontece no que diz respeito ao Centro de Saúde da zona sul. Este, por atender a seis bairros, certamente tem na distância um fator que dificulta a vinda de vários pacientes, até porque implica em gastos com a condução. Trata-se, mais uma vez, da questão de pouca oferta: um único Centro de Saúde que atende a seis bairros populosos é um bom exemplo de que é na patologia da oferta – e não na demanda – que reside o problema.

Sobre a rotatividade: os que abandonam e os que ficam

Sobre a questão da rotatividade de pacientes, diz-nos a psicanalista que trabalha no interior do Estado:

Há uma certa rotatividade sim. Tenho quatro pacientes que estão comigo desde que comecei aqui, há quase dois anos. Mas a média de permanência é de seis meses mais ou menos. As pessoas chegam com uma queixa, mas conforme o problema se resolve, acham que não têm mais necessidade de continuar vindo. Há casos em que acho que a pessoa deveria continuar o tratamento, mas há outros em que concordo com a saída.

Nem todos os que chegam a um psicanalista iniciam de fato uma análise. Mesmo nos consultórios privados são vários aqueles que não passam das entrevistas preliminares, ou seja, do tempo prévio, preliminar ao início do trabalho analítico propriamente dito, necessário à instauração da transferência. São sempre poucos, na verdade, os que se decidem a fazer uma análise e entram no dispositivo da transferência. Afinal, se esta é causada pelo desejo do analista, há que se pensar que não se trata de um desejo todo poderoso que sempre levará a uma análise aquele que chega ao analista. O desejo do analista tem limites.

O que importa, no entanto, é que haja um psicanalista a postos com seu desejo para escutar cada um daqueles que o procuram e que não podem pagar em dinheiro por esta escuta. Se há pessoas que chegam com uma queixa e, "*conforme o problema se resolve, acham que não têm mais*

necessidade de continuar vindo", é justamente porque foram acolhidas por uma escuta que certamente não foi passiva. Se "o problema se resolve" é porque algo desta escuta operou. E por saber que a psicanálise se faz à medida do possível, a psicanalista aceita que estes pacientes deixem o tratamento, mesmo achando que deveriam continuar e, em "outros casos", até concorda com sua saída.

Um outro entrevistado relata o seguinte:

*Muito freqüentemente as pessoas interrompem o tratamento. A maior parte delas vem, faz algumas entrevistas e depois interrompe. Talvez a situação específica que leve a isso seja a forma de chegada dessas pessoas que, por vezes, são encaminhadas pelos clínicos – alguma forma de chegada desse tipo, a partir da qual não se estabelece o vínculo transferencial. Vêm um pouco por curiosidade, um pouco por obrigação porque o clínico sugeriu que viessem. **Não é uma coisa que parta da própria pessoa.** Eu acho que isso é muito claro numa situação institucional como a daqui. Quando as pessoas vêm pela primeira vez, chegam com uma demanda terapêutica como se fosse a um médico de outra especialidade qualquer. Quando não se consegue uma rotação nesta demanda, as pessoas abandonam. Acho que talvez seja esta uma das fontes de abandono do tratamento num momento precoce. Mas com algumas, **no meio desse caminho, algo de novo surge.***

Este mesmo psicanalista não fizera críticas à maneira como lhe chegam os pacientes encaminhados por outros profissionais do Centro de Saúde, especialmente médicos. No entanto, aponta agora este fator como uma das causas do abandono precoce do tratamento – o que se constitui, portanto,

em dificuldade advinda de outros profissionais ao exercício de sua prática.

Aqui também aparece o peso da palavra do médico: os pacientes "*vêm um pouco por obrigação porque o clínico sugeriu*". Se dele aceitam a sugestão é porque foi com ele que estabeleceram algum vínculo transferencial; era a escuta do médico que buscavam e não encontraram. Mas não é a sugestão que leva alguém a um tratamento psicanalítico; como deixa claro o entrevistado, é preciso que a busca "***parta da própria pessoa***".

Ao dizer que, quando não consegue "*uma rotação na demanda terapêutica*" que lhe é dirigida como a um médico, as pessoas abandonam o tratamento, o entrevistado está apontando também ao limite do desejo do analista. Por outro lado, se com alguns pacientes "*algo de novo surge*", ou seja, uma transferência psicanalítica pode se instaurar, é justamente porque, em um Centro de Saúde, encontraram um psicanalista a postos para escutá-los no sofrimento que a sua miséria neurótica lhes traz. Nestes casos, era isto mesmo o que tais pacientes buscavam, ainda que sem saber bem como expressá-lo.

Sobre a mesma questão, diz-nos a outra psicanalista:

*Há muitos que abandonam, mas eu acho que a questão toda é na procura. Muita gente procura e a porcentagem dos que ficam é pequena. Quando chegam os estagiários novos e começamos a chamar a fila de espera, dos dez que cada um chama ficam quatro, três, às vezes dois. **Há uma facilidade na procura porque é de graça.** Então, eles vêm mais facilmente do que iriam a um consultório particular. Por isso, eu dificulto [dá como exemplo a triagem]: 'Foi em maio, agora só em julho tem triagem'. Mesmo assim podem chegar e dizer: 'Não, não vou ficar falando. Quero um conselho, quero um remédio'. Aqui é uma instituição médica; então, as pessoas procuram*

muito por um remédio ou esperam encontrar um médico. Quando chegam aqui, às vezes começam agradecendo muito – 'Que bom, consegui uma vaga, muito obrigada' –, mas quando vêem que é outra coisa, quando vêem o que é, ou param de agradecer e começam a trabalhar ou saem rápido.

Acho que há toda uma questão do momento em que chegam, como são encaminhados, se têm mesmo uma demanda de análise ou não. Às vezes podem não ter antes, mas podem chegar e isso se estabelecer. Penso que é mais um problema das entrevistas preliminares. Mas aqueles que ficam, ficam mesmo e aí a questão é saírem – não há jeito de largarem...

Há aqui pontos em comum com o relato do entrevistado anterior. Neste Centro de Saúde também muitos pacientes se vão logo no início. A diferença está em que, enquanto esta psicanalista atribui um peso maior ao fato de o atendimento ser de graça, o que facilita a procura inicial, mas leva a um abandono precoce, o psicanalista anterior dá maior ênfase à forma como os pacientes são encaminhados pelos médicos. Se diz, no entanto, que há os que vêm por curiosidade, certamente não desconhece que isso se relaciona ao fato de se tratar de um atendimento gratuito. Neste sentido, é interessante percebermos que a entrevistada de agora volta a colocar o tempo de espera pela triagem como um certo preço inicial a pagar, uma primeira forma de fazer surgir alguma demanda de análise. **"Por isso eu dificulto"**, diz, para acrescentar em seguida: **"Não é um dificultar por dificultar"** – ou seja: não se trata apenas de um artifício para reduzir a fila de espera. É nos referenciais teóricos da psicanálise que se sustenta para estabelecer esta interdição inicial que, ao introduzir uma falta (o atendimento não é imediato, há que esperar), vai possibilitar, ao menos a alguns, a emergência de algo da ordem do desejo que

se articulará em uma demanda primeira de análise.

Também aqui muitos pacientes se dirigem de início ao psicanalista como "*se fosse a um médico de outra especialidade qualquer*": querem um remédio ou, no mínimo, um conselho médico. Afinal, vêm a uma instituição médica que, apesar de não ser apenas médica, faz com que o saber seja suposto sobretudo ao médico. Mas, como diz o entrevistado anterior, "*com algumas pessoas, no meio desse caminho, algo de novo surge*". É o que reafirma a entrevistada de agora: "*Às vezes podem não ter antes [uma demanda de análise], mas isso pode se estabelecer*". Quer dizer, pode se dar uma rotação da "*demanda terapêutica*" dirigida ao médico a uma demanda de análise. Quando isto acontece, sabemos que o desejo do analista operou, no sentido de provocar a transferência. Um saber já é então suposto ao analista que vai, assim, sendo instituído como sujeito suposto saber.

Diz a psicanalista: "*É um problema das entrevistas preliminares*". De fato, é neste tempo prévio que a transferência se instaura – ou não. No caso negativo, os pacientes não entram em análise e interrompem o tratamento. No caso positivo, pode então se iniciar o trabalho de análise: pela via da associação livre o inconsciente se põe a trabalhar.

O problema que está agora se colocando para esta psicanalista é o que fazer com a transferência quando, depois de anos de tratamento em um Centro de Saúde, com a "*fila de espera do tamanho de um bonde*" (como diz mais adiante), "*não há jeito*" de o paciente ir embora... A isso voltaremos ao final do trabalho com as entrevistas.

É possível uma análise porque "um sujeito quer falar"

A respeito de como percebe quando uma análise é possível, diz-nos a jovem psicanalista:

Penso que o que há de mais fundamental é a questão da fala e de como esta é escutada. Você pode ouvir achando que é você quem sabe sobre aquele sujeito e que é você que vai resolver sua vida. Mas você pode escutá-lo de outra forma, trabalhando na transferência – penso que é por aí. Apesar de não haver pagamento, de o Centro não dar condições físicas, como um divã, por exemplo, e uma série de outras coisas, é possível fazer [uma análise em um Centro de Saúde]; porque o mais importante é um sujeito que quer falar e quer modificar a sua posição na vida.

Está implícito neste fragmento de discurso que a entrevistada considera a instauração da transferência como o essencial para que um tratamento psicanalítico seja possível. Sabe que sem este dispositivo não há possibilidade de análise e que, para a instauração do mesmo, não são as condições físicas, não é o chamado *setting* que importa. O fundamental é que o desejo do analista esteja posto em ato para provocar a transferência, possibilitando que aquele que fala produza o dispositivo.

"Algo de novo surge": demanda de análise e transferência

Ao pedir-lhe que nos dê um exemplo do que considera a formulação de uma demanda de análise, diz-nos:

*Eu pensaria em uma paciente que está comigo desde o princípio [há quase dois anos]. **Veio porque tinha depressão** há dez anos e já passara por vários tratamentos que nunca deram certo. Chega um momento em que pode dizer que não davam certo porque tinha que pagar. Como não trabalhava, quem tinha que pagar era sempre o marido. Quando começa a perceber que aqui é ela quem paga – porque paga de uma outra forma, trabalhando –, a coisa começa a funcionar. Há uma mudança no discurso dela, pois até então tudo era culpa do marido ou da mãe. Passa a falar em trabalhar para poder pagar as suas próprias coisas. Diz que tem que trabalhar não só fora, mas também aqui. Se tivesse o divã, eu pediria que se deitasse naquele momento.*

Ao queixar-se do marido e da mãe, a paciente não sabia que era de sua miséria neurótica que falava. Um tempo era necessário para que pudesse reconhecer a sua responsabilidade pelo que a fazia sofrer. Se antes os tratamentos não davam certo porque, como não trabalhava, era o marido quem tinha que pagar por eles, chega o momento em que pode perceber que, neste tratamento de agora, é ela quem paga com o próprio trabalho a que, ali, está lançada. É porque o analista está em sua função, operando com o desejo, que a paciente pode dizer então que tem que trabalhar para pagar suas próprias coisas, mas tem que ir também trabalhar em análise. É o inconsciente que, pela via da associação livre, se põe agora em trabalho – uma transferência se instaurou. Por isso, marcando o momento da entrada em análise, diz a analista: "**Se tivesse o divã, eu pediria que se deitasse**".

Relata então um segundo exemplo:

*Penso em uma outra paciente, de vinte e cinco anos, que me procurou porque tinha as ditas 'crises de pânico'. Fala disso, mas acha que não vai resolver vir aqui porque tem pressa, quer alguma coisa rápida. **No que vai falando, vai escutando o que está dizendo.** É isto que me chama a atenção: quando a própria pessoa passa realmente a escutar o que fala. Ela vai se escutando e chega a um ponto em que as tais crises de pânico somem. Então ela me fala assim: 'Eu acho que eu até podia parar aqui, mas acho que a gente pode continuar porque tem mais coisas para a gente fazer'.*

Parece-nos importante marcar aqui a posição do analista. Sem responder à demanda de pressa da paciente, de "*alguma coisa rápida*" que lhe tirasse o "*pânico*", até porque não havia mesmo como responder, a analista, sem pressa, a escuta. Certamente pontua o discurso que lhe é dirigido e, por isso, "*no que vai falando*", a paciente "*vai escutando o que está dizendo*". Confirma-se aqui a proposição lacaniana: "*É do Outro que o sujeito recebe a própria mensagem que emite*" (Lacan, 1998:821).

Se a paciente pode se escutar, ou seja, se reconhecer em sua própria mensagem, é porque o que era antes "*pânico*" – real sem representação que a invadia –, foi, de alguma forma, posto em palavras e, assim, simbolizado. E nisto o analista teve a sua parte.

As "*crises*" desaparecem e agora, já sem pressa de fugir do "*pânico*", a paciente dirige à analista sua demanda de análise como proposta de um trabalho conjunto: "**Acho que a gente pode continuar porque tem mais coisas para a gente fazer**". Uma outra transferência se instaura e, para fazer o trabalho de análise, a paciente *precisa* do analista como causa e testemunha do mesmo.

No relato destes dois exemplos da formulação de uma demanda de análise e instauração da transferência, chamou-nos a atenção o fato de que ambas as pacientes chegam à analista já tendo um nome para aquilo de que sofrem: depressão e pânico. Entre várias outras, trata-se aqui de duas "*categorias que patologizam o cotidiano em suas bases fundamentais*", como afirma Amarante (1999:51).

Ao invés de aceitar e concordar com os rótulos, a psicanalista oferece sua escuta operante ao que estas pacientes têm a lhe falar sobre o que, em sua miséria neurótica, as faz sofrer. Aponta-lhes, assim, um caminho novo que lhes permita lidar, no cotidiano de suas vidas, com o incurável mal-estar de *ser humano*. Se pode fazer isso, é certamente por pensar as "*bases fundamentais*" do cotidiano em consonância com o mal-estar na cultura, ao invés de contribuir para patologizá-lo ainda mais.

Ao fazer a outro entrevistado a mesma pergunta sobre a escuta da possibilidade de um tratamento psicanalítico e sobre questões relativas à demanda de análise e à transferência, obtemos o seguinte relato:

*Depois destes dez anos aqui, acho que as **dificuldades são as da psicanálise em qualquer situação**. São questões que aparecem tanto aqui quanto no consultório, com outros significantes, outras representações imaginárias, como não poderia deixar de ser, adequadas à cultura de cada um. Com outras palavras e outras imagens, as pessoas falam de si e das suas questões fundamentais. Aqui falam coisas referentes ao tráfico de drogas, à igreja, ao pastor, ao baile funk. Acho que isso precisa ser observado, mas **é possível sustentar esta escuta**.*

Penso que se instaura uma demanda de análise quando a pessoa vai além da demanda

terapêutica inicial. Mesmo a um consultório privado ninguém chega para uma primeira entrevista com uma demanda de análise já formulada. As pessoas geralmente chegam com uma demanda terapêutica, ou seja, com o mesmo tipo de demanda que dirigiriam a um médico, a um psicólogo, a um técnico qualquer, portador de alguma especialidade. A situação inicial geralmente é essa: tenho um problema, não entendo por quê, vou então procurar alguém que me disseram que sabe e deposito o meu problema nessa pessoa que aplica o seu saber e resolve. É isto que estou chamando de demanda terapêutica.

Talvez o que seja específico em uma instituição como essa aqui é que os pacientes vêm mais marcadamente com este tipo de expectativa, como se fossem a um médico que, aplicando o seu saber, pudesse resolver o problema.

Importante depoimento de alguém que, depois de dez anos em uma instituição pública de saúde e tendo também seu consultório privado, pode dizer a respeito de sua prática em um Centro de Saúde: "*As dificuldades são as da psicanálise em qualquer situação. São dificuldades que aparecem tanto aqui quanto no consultório*". Em poucas palavras, desfaz a idéia tendenciosa de que ao pobre, em renda e escolaridade, a Saúde Pública só pode oferecer, quando muito, uma "*psicanálise de pobre*".

É também contra a mesma tendenciosidade que afirma a seguir: "**Com outras palavras e outras imagens as pessoas falam de si e de suas questões fundamentais**".

Neste sentido, diz-nos Benilton Bezerra Jr., em seu artigo *Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental*:

Um paciente que não consegue traduzir

verbalmente com fluidez o que sente nem sempre está resistente ao tratamento ou com problemas transferenciais. É possível que o vocabulário que possui para designar experiências íntimas seja efetivamente restrito (...); daí o recurso a expressões genéricas como nervoso, zozzeira, agonia, e a localização corporal dos sintomas (...). Com ouvido atento [o analista] poderá passar da fase de decepção para a de curiosidade e daí para a de pesquisa séria em busca do código específico de descrição dos estados subjetivos utilizado pelo paciente e aí encontrar terreno fértil (Bezerra Jr., 2000:159-160).

É, pois, ao analista que caberá acolher com sua escuta o que está sendo dito para, só então, provocar a emergência do inconsciente nas entrelinhas do discurso da consciência. Antes disso, porém, é necessário um tempo para que o paciente possa se reconhecer implicado no seu sintoma. Deixando de senti-lo como um corpo estranho que lhe pode ser extirpado pela aplicação de um saber, poderá então vir a formular uma demanda de análise. E isto se passa assim tanto em um consultório privado como em um Centro de Saúde porque se trata de uma questão da psicanálise "*em qualquer situação*". Como o próprio entrevistado deixou claro, se ao Centro de Saúde os pacientes chegam mais especificamente com o mesmo tipo de demanda que dirigem a um especialista, isto pode acontecer também em um consultório.

Diz ainda:

Se o psicanalista consegue, pela não resposta à demanda terapêutica, fazer com que eles [pacientes] prossigam, em algum momento produz-se uma mudança – começam a surgir as questões fundamentais do sujeito. Parece que aí se poderia falar propriamente de uma

demanda de análise.

Que este percurso seja feito e que a transferência se instaure vai depender também da direção do tratamento. E não será certamente um analista passivo que poderá causar a transferência e escutar a sua emergência através, por exemplo, do surgimento de alguma formação do inconsciente.

A este respeito, o mesmo psicanalista nos relata o seguinte exemplo:

Lembro-me de uma paciente que, em certa ocasião, estava falando do casamento da filha. Contava com detalhes o que aconteceu e aí disse assim: 'Ela pegou a grinalda e a jogou para as amigas'. Achei aquilo estranho e perguntei: 'Jogou a grinalda?' Então ela disse: 'Não, jogou a grinalda não, jogou o buquê'. E continuou: 'É que a grinalda também é de flores e aí eu fiquei com a grinalda na cabeça'. Achei mais estranho ainda e perguntei: 'Você ficou com a grinalda na cabeça?' Ela disse então: 'Poxa, mas que coisa esquisita eu falei!' Interrompi neste momento e, quando veio para o atendimento seguinte, sugeri que ela passasse a se deitar ao invés de continuar sentada como estivera até este momento.

Mais aquinhoado que as outras duas entrevistadas, este psicanalista tem em sua sala um sofá muito simples que lhe serve de divã.

Trata-se, no exemplo relatado, de um ato falho que, ao revelar a divisão do sujeito na sua própria palavra, indica que o inconsciente se pôs a trabalhar porque já há uma transferência instaurada. E é desta maneira que o "*analista enquanto Outro se constitui em endereço do inconsciente*" (Vidal,...:20). Por isso, a paciente diz espantada: "*Que coisa esquisita eu falei!*" Ao se escutar,

pôde perceber que falara sem saber o que dizia, dizendo outra coisa que não o que pensava dizer.

Constatamos assim que é mesmo onde o discurso da consciência tropeça e falha que o inconsciente se manifesta, revelando um saber não sabido.

Para que algo de novo possa surgir

"Eu acho que você tem sempre que oferecer a escuta e ver o que é que vem de lá; marcar a posição do analista para ver se vai surgir uma demanda de análise ou não" – diz-nos a outra psicanalista. E acrescenta: "Não posso dizer que todos que estou atendendo estejam em análise".

De fato, como já dissemos anteriormente, não são todos os que estão em atendimento que entram em análise. São vários aqueles que não passam das entrevistas preliminares, tanto em um Centro de Saúde como em um consultório privado.

Através da fala de uma paciente, a entrevistada dá então um exemplo do que é estar em análise, com a transferência operando:

'Mesmo quando tem feriado, não tem problema porque eu continuo conversando com você durante a semana'. Vê-se então que é uma pessoa que faz análise, há um suposto saber instituído, ela continua trabalhando, se pergunta, não quer que eu dê uma resposta.

Interessante a maneira que, em sua singularidade de sujeito, esta

paciente encontrou de apresentar o analista enquanto Outro a quem se dirige o inconsciente em seu trabalho.

O inconsciente não tem idade: dois percursos possíveis

Esta mesma psicanalista relata-nos fragmentos do percurso de análise de uma paciente idosa:

Era uma senhora de setenta anos. Já está comigo há uns três anos. Veio porque a médica a encaminhou e eu achei que era um desses casos que só fazem as entrevistas iniciais, ficam um pouquinho e vão embora. Mas esta queria mais. Tentei até mandá-la para um programa da terceira idade, mas ela não quis. Começou assim: 'É a velhice, eu não posso, eu já estou velha'. Dizia também: 'Eu sou assim, se vou à casa dos outros eu levo um presente. Não tem jeito, eu não vou chegar lá de mãos abanando'. Mas houve uma mudança no discurso; ela começou de fato a se questionar: 'Mas por que eu sou assim?' Mora no Rio há cinqüenta anos, é viúva, tem duas filhas e netos. Foi ao Nordeste e voltou a me procurar.

A analista relata então como foi mudando o discurso da paciente em relação à velhice e à morte:

Antes era assim: 'Já estou meio morrendo', 'Moro há cinqüenta anos no Rio e não conheço nada', 'Antes eu não fazia nada por causa do meu pai, depois casei e vim para o Rio e não conheço nada aqui'. Aí eu comecei: 'Mas por que você não sai?' E ela: 'Porque eu não tenho dinheiro, porque eu sou velha...' E eu: 'Mas por

*que é que não pode? Tem tanto lugar de graça'.
Aí dizia: 'Mas o que é que vão achar, eu uma
velha?' 'Que é que vão achar que estou
querendo?' E eu: 'Pois é, o que é que você está
querendo?'*

Se de início se queixa da velhice e diz que "*não tem jeito*", ao encontrar uma analista que, por escutá-la, a questiona em suas queixas, não tem outro jeito a não ser se perguntar sobre o que lhe acontece – "***Por que sou assim?***" Mudança no discurso que já revela uma implicação do sujeito em suas próprias questões, ainda que sejam as mesmas dirigidas ao analista.

Instituído como sujeito suposto saber, o analista sabe que não tem o saber que lhe é demandado. Cabe-lhe então pontuar as perguntas que lhe são dirigidas, devolvendo-as ao próprio sujeito, de tal forma que este possa nelas vir a se reconhecer. É o que acontece aqui: "*Que é que vão achar que eu estou querendo?*" "***Pois é, o que é que você está querendo?***"

Assim se instaura a transferência e se inicia uma análise – um percurso que não é nunca sem tropeços e que, no manejo da transferência, convoca a cada momento o desejo do analista a forçar o caminho para frente.

Diz a analista: "*Um dia ela fez uma coisa que me deixou preocupada*".

Relata então que a paciente – uma pessoa pobre, que vive de pensão, faz ainda umas faxinas e mora com a filha – meio que se deixou roubar, entregando a alguém um dinheiro que era a sua poupança. Foi um momento difícil, de um certo desespero da paciente: "*Era a poupança da minha vida inteira! Eu nem contei para a minha filha*". E a analista, sustentando-a: "*Não desista, continue fazendo suas coisas*". E assim a análise também continuou.

Até que um dia [diz a analista], na saída, já na porta, ela disse: 'Mas era o dinheiro do meu enterro!' E eu falei: 'Era o dinheiro do seu enterro! Mas que ótimo, então você se livrou do dinheiro do seu enterro!'

Foi então que entendi o que acontecera. E ela disse: 'Minha filha não pode saber que era o dinheiro do meu enterro'. 'Como é que vai ficar a minha filha?' E eu falei: 'Mas aí é um problema dela'. O dinheiro para o enterro estava guardado porque, dizia ela, 'Eu não quero dar trabalho a minha filha' – e também – 'Estou já me preparando para morrer'.

Hoje em dia ela ri disso. Está cheia de mazelas, tem um problema na perna, mas não desiste da vida, do desejo. Indiquei-lhe uns programas para a terceira idade e agora ela vai, está curtindo: faz ginástica, passeios, fez amigos, vai a lugares a que antes nunca fora. Mas reclama: 'Por que só levam a gente a museus?' E diz: 'Eu reclamo, mas adoro!' Outro dia chegou e disse: 'Estou com um tremor' – e, rindo, acrescentou: 'Acho que a morte já está me avisando...' E eu caí na gargalhada. Esta paciente, com toda certeza, está em análise.

Trata-se de fragmentos de uma análise que revelam como, no manejo da transferência, o desejo do analista se contrapõe ao gozo paralisante, mortífero, apontando ao sujeito o caminho do desejo.

É por isso que a paciente pôde, aos poucos, sair da posição em que, na sua miséria neurótica, paralisada na velhice do gozo (e não dos setenta anos), repetia suas queixas e se preparava para a morte. Ao livrar-se do dinheiro do enterro e voltar-se para a vida, era o caminho do desejo que, mesmo sem saber, já trilhava. Assim, pode agora curtir os programas da terceira idade e divertir-se, sem precisar pagar em dinheiro. Apesar de suas mazelas, ao invés de esperar pela morte, já pode até fazer algum humor sobre ela e rir-se de suas próprias reclamações.

Porque o inconsciente não tem idade, é o relato de fragmentos de uma análise com criança, feito pela mesma entrevistada, que agora apresentamos:

Foi um menino que atendi há muito tempo. Desde o início, ele queria muito [o tratamento]. Então, quando vinha com os pais, meio que dava aula a eles, através dos desenhos que fazia. Era muito grudado na mãe e dormia com os pais. Uma vez, bem no princípio, fez um desenho em que jorrava água de algum lugar. Então ele dizia: 'Olha, a água está caindo' – e colocou uma barreira.

*Este menino fez um percurso muito interessante e a mãe também. Ela teve que agüentar [a separação] porque ele foi colocando uma barreira. Houve um momento em que ela falou: '**Ele está ótimo, mas agora não dá mais aquela atenção que dava pra gente**'.*

Ele continuava, era um menino sequioso por fazer análise, sempre com histórias. Dava para trabalhar muito bem com ele. Primeiro foram os desenhos, depois apareceu a questão do futebol. Ele batia muito nos outros. Apareceu então o tema do Edmundo [jogador de futebol] e ele acabou falando que o Edmundo era bobo porque os outros provocavam e ele ia lá e batia mesmo. Então você vê a transferência, vê isso com a criança. Com este menino era assim: os temas foram mudando, até que apareceu o Edmundo, o bad boy, com que ele ia se identificando, e isso foi mudando. Você vê a transferência estabelecida.

Fiquei muito tempo com esse menino, já estava bem e nada de ir embora. Aí comecei a falar disso e ele disse: 'Mas eu já estou acostumado'. No princípio foi meio difícil até que acabamos encerrando.

Se apresentamos aqui fragmentos de uma análise com criança, está implícito que, da mesma forma que com um adolescente ou um adulto, o que está em jogo é o trabalho do inconsciente, que pressupõe a transferência como

única possibilidade de que uma análise aconteça.

Desde Freud e com Lacan sabemos que é pela entrada na ordem simbólica da linguagem que nos constituímos como humanos, seres falantes e, portanto, sujeitos do inconsciente.

Na psicanálise com crianças não é outro o sujeito que está em análise. Trata-se, aqui também, do sujeito do inconsciente, dividido e sintomático na medida em que fala (...). Há, no entanto, diferenças em relação à análise com adultos e, portanto, no que diz respeito à transferência. Um adulto, de uma forma ou de outra, busca análise. Uma criança é levada à análise – a demanda inicial vem dos pais (...). É esta demanda que faz com que nos tragam o filho. Isso vai supor também a questão da transferência dos pais (Fernández, 1992:17-19).

Sem nos determos nestas peculiaridades, diremos apenas que a demanda e a transferência dos pais são diferentes daquelas que se instauram no dispositivo analítico mesmo. Se, no entanto, não se estabelece esta "transferência" dos pais em relação ao analista a quem levam o filho, não haverá possibilidade de que a análise com a criança aconteça.

No fragmento relatado, se a mãe pôde "agüentar" a barreira que o filho lhe foi colocando – o que já era um efeito da própria transferência analítica –, isto aconteceu porque confiava na analista e supunha-lhe um saber para tratar do filho. E é mais ou menos isso que podemos chamar de "transferência", no que se refere aos pais.

Quanto ao menino, se pôde ir se separando dos pais, sobretudo da mãe, foi porque, na transferência, a analista, no lugar do Outro, constituiu-se

em suporte da lei da interdição. Por isso, o menino não era mais o pintinho que em um dos desenhos aparecia no buraco (barriga) da galinha (mãe). Passou então a ser o Edmundo ou o *bad boy* que brigava e batia nos outros, mas pôde se dar conta, na transferência, que agindo assim acabava ficando como bobo; e foi mudando. Por isso a analista disse na entrevista: "**Você vê a transferência estabelecida**".

No que se refere ao término deste tempo da análise com uma criança, parece-nos que foi também a escuta da analista que o determinou. O menino resistia a ir-se porque "*já estava acostumado*", ou seja, ainda estava em transferência. No entanto, não se continua uma análise porque se está acostumado – e estes significantes a analista escutou, precipitando, sem pressa, o momento de concluir. Ainda que tenha sido "*meio difícil*", talvez não houvesse mesmo o que esperar mais naquele momento; era então preciso trabalhar a separação, agora também da analista. Certamente houve um tempo até que isso terminasse.

Quanto ao término de análise, também há diferenças fundamentais no que diz respeito a análises com adultos e com crianças. Trata-se, no entanto, de um tema bastante árduo e difícil, cuja discussão não cabe no âmbito deste trabalho. Digamos apenas que se tratou aqui de um percurso possível de análise com uma criança.

Sobre os fragmentos de análises apresentados, assinalamos que os mesmos relatos poderiam ter sido feitos a respeito de análises conduzidas em consultórios privados. Se os pacientes ficam em tratamento psicanalítico em um Centro de Saúde, as vicissitudes com que o analista se defronta no manejo da transferência não são maiores ou diferentes daquelas que enfrentaria no

consultório. E isso não significa que o ambulatório seja um simulacro do consultório. Mais uma vez reafirmamos com A.C. Figueiredo que se trata, isto sim, do "*próprio consultório tornado público*", sem qualquer tendenciosidade.

Percebendo os resultados clínicos da própria prática

A esse respeito, ouvimos depoimentos e relatos que, em sua maioria, apontam para as diferenças e mudanças de posição subjetiva percebidas.

Diz-nos uma das entrevistadas: "***Há uma mudança do lugar em que a pessoa se coloca na vida***". E relata o seguinte exemplo:

*Tive uma paciente de quarenta e três anos que vinha com essa tal crise de pânico. Ficou comigo um ano mais ou menos. Não trabalhava, não saía de casa e o marido mandava nela. Começou vindo uma vez por semana até que pediu para vir duas vezes. Ela fez um percurso muito interessante e que não foi fácil. Quando iniciou o tratamento, era uma pessoa extremamente dependente, que não dava um passo sem pedir ao marido. Quando saiu, já estava trabalhando e já ocupava um outro lugar na própria vida, pois antes vivia apenas para os filhos e o marido. Ela me dizia sempre: 'Eu não quero ser a **Maria esposa do José**, eu quero ser a **Maria da Conceição**'. E ela saiu dizendo assim: 'Olha, eu sou a **Maria da Conceição**, eu tenho a minha vida e eu acho que já posso parar'.*

Esta foi uma das pessoas que, quando decidiram parar, eu concordei. Ela já tinha feito um percurso que considerava suficiente. Eu tenho visto isso acontecer aqui com várias pessoas: não ficaram cronologicamente muito tempo, mas conseguiram de fato uma mudança. É claro que há pessoas que vieram e, quando começaram a ver que a coisa aqui era um pouco diferente, sumiram e não

*voltaram mais. Mas se fosse colocar em números, acho que atendi mais pacientes que tiveram alguma mudança do que aqueles que desistiram. **Penso que a psicanálise deixa marca.***

A marca certamente é a do desejo que implica em uma mudança de posição do sujeito. Enquanto "*Maria esposa do José*", no gozo de sua miséria neurótica, a paciente "*não dava um passo*" sozinha. Foi desta situação que a deixava em pânico, paralisada nas mãos de um Outro a quem se oferecia como objeto, que deu seus passos para sair.

Ao dizer *não* ao gozo de ser a ***Maria do José***, como ***Maria da Conceição*** pôde começar a conceber-se como sujeito do próprio desejo. Trabalhando, saindo de casa e não vivendo mais apenas para o marido e os filhos, certamente também provocou mudanças no universo familiar. Talvez tenha sido apenas o início do caminho, mas um início nada fácil e que, para ela, pelo menos naquele momento, foi o bastante. À analista só cabia mesmo concordar, na medida em que, ao fazê-lo, dava passagem ao desejo...

Diz a entrevistada: "***Eu acho que isso é psicanálise. Esta paciente teve um tempo dela, o tempo de que precisava***".

Tempo do inconsciente, lógico e não cronológico, particular a cada sujeito. Tempo que Lacan soube precisar, estabelecendo o seu estatuto teórico. Assim, aqueles que precisam de análise e não têm os meios convencionais, podem ser escutados durante o tempo de que precisam – por exemplo, em um Centro de Saúde –, pagando o preço da espera na fila, do deslocamento, do seu desejo, enfim.

Pensamos que esta é a medida do possível da psicanálise e que é

assim que se faz psicanálise à medida do possível. Por isso, esta analista pôde dizer: *"Acho que atendi mais pacientes que tiveram alguma mudança do que aqueles que desistiram"*.

Também sobre os resultados clínicos da prática da psicanálise em um Centro de Saúde, diz-nos a outra psicanalista: *"São vários os que percebo. Quando são crianças, às vezes elas próprias ou as mães dizem das diferenças"*.

Por exemplo, sobre o menino que começou como um pintinho na barriga da galinha, a mãe informou: *"Ele está ótimo, mas agora não dá mais aquela atenção que dava pra gente"*. Falava assim de uma mudança de posição do sujeito, de uma separação necessária que lhe permitiu voltar-se para o mundo externo, mesmo que, a princípio, como um *bad boy*.

Relata-nos então sobre uma outra paciente:

Ela fala muito de uma mudança, mudança de posição, porque a vida dela não mudou. Era empregada de um homem solteiro e teve uma filha dele. Foi embora grávida, mas voltou depois a morar com ele, continuando como empregada. Você olha e a situação objetiva continua sendo exatamente a mesma; inclusive porque ele tem uma irmã de quem depende muito e que implica bastante com ela. Voltou porque queria que a filha tivesse um pai porque, como dizia, o pai dela, ela perdeu, etc. [no sentido de que fora criada sem ele]. Mas a situação mudou. Antes se submetia a tudo e se queixava sempre [do pai da filha]: 'Ele me trata assim, ele me tratou assado', etc. Mas foi mudando inteiramente de posição, na mesma situação concreta de vida. Começou a fazer salgadinhos para fora, para ter um dinheiro dela, porque lá não ganha nada. E agora ele já não a trata da mesma maneira porque ela mudou de posição mesmo.

Ela é muito boa de trabalhar, é uma pessoa trabalhadora. Fala muito da questão do pai. Procurou-o, foi visitá-lo e não adiantou nada – e ela se dá conta disso. É uma paciente em trabalho analítico [agora está trabalhando as suas questões relativas ao próprio pai].

É também de uma mudança de posição subjetiva que se trata aqui. À diferença do que aconteceu com ela, para que a filha tivesse um pai próximo, a paciente "*se submetia a tudo*". Mas o trabalho analítico foi produzindo efeitos e, porque era trabalhadora – na análise e na vida –, pôde sair da posição de gozo em que se colocava, queixando-se mas permanecendo submetida a um Outro que a tratava mal. Ao encontrar meios de, por pouco que fosse, produzir alguma coisa para si própria, pôde também colocar uma certa barreira ao gozo desse Outro: "*Agora ele já não a trata da mesma maneira porque ela mudou de posição mesmo*". No entanto, se ainda fala muito em mudança, talvez seja porque já começa a se dar conta de que precisa mudar a "*situação concreta*" de sua vida. Quem sabe, percebendo primeiro que não é por continuar como empregada deste homem, que sua filha terá um pai mais próximo que aquele que ela mesma tem. E é sobre as questões com o pai que agora está falando em análise. O desejo continua a caminhar...

Se apresentamos apenas estes, no entanto foram vários os relatos que ouvimos, marcando que os resultados clínicos da prática psicanalítica implicam em diferenças e mudanças quanto à posição do sujeito. Se a *práxis* da psicanálise não é a "*prática de resultados*", tão em moda hoje em dia, nem por isso deixa de ser uma prática que tem seus resultados, inclusive em instituições públicas de saúde... Por isso, escutamos a convicção com que os entrevistados

afirmam o possível da prática da psicanálise em Centros de Saúde.

Uma prática possível e os efeitos recolhidos

Apresentamos a seguir um pouco do que nos foi dito a esse respeito:

*Eu diria que é extremamente possível porque você pode até não ter uma série de condições, mas **você está diante de um sujeito que se põe a falar** – e é com isso que uma análise pode ser feita. Qualquer outra condição pode até facilitar, mas o fundamental é uma pessoa que se põe a falar. É um trabalho assim que marca a diferença – porque você está em uma instituição médica, com uma cultura médica, em que é o médico que tem o saber. Então o paciente não fala, ele ouve aquilo que o médico tem a dizer.*

*A princípio, quando batiam na minha porta, era isso o que esperavam porque ninguém sabia o que eu fazia lá. Agora, a maioria das pessoas que chegam até mim já vem me procurando. O fato de não ficarem só ouvindo o que o médico ou mesmo o psicólogo tem a dizer já está marcando uma diferença aqui no Centro – **marca de uma diferença do meu trabalho.***

A mesma psicanalista que antes afirmara que a "psicanálise deixa marca", referindo-se àqueles que se submetem a um tratamento psicanalítico, fala agora da marca da diferença do seu trabalho. Diferença que marca a própria psicanálise, implicando, desde o início, um analista com o desejo posto em ato para escutar cada um daqueles que, ali, se põe a falar. Pensamos que o mesmo diz um outro psicanalista ao propor: "**Vamos escutar as pessoas**".

Voltando à analista anterior, diz ela que, em relação aos pacientes, o

efeito mais marcante que percebe é mesmo a mudança de posição na vida, "*quando a pessoa começa a se responsabilizar pela sua própria vida*". Mudança, portanto, de posição subjetiva que vem confirmar a palavra de Lacan, ao dizer em seu escrito *A ciência e a verdade*: "*Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis*" (Lacan, 1998:873). E acrescenta a entrevistada:

*Acho que este processo, que acaba ocorrendo dentro de uma sala fechada, onde ninguém sabe o que estou fazendo, já tem efeitos fora dessa sala, já **marca uma diferença** pelo que as pessoas vão ouvindo dos próprios pacientes [refere-se aqui tanto aos que buscam tratamento quanto aos próprios funcionários do Centro].*

Ainda uma vez, citamos A. C. Figueiredo: "(...) o *psicanalista tem que fazer diferença sem cair no logro de bancar o diferente*" (Figueiredo, 1997:57). A diferença, pensamos, diz respeito a sua escuta e à posta (que é aposta) em ato do desejo em cada caso. Neste sentido, ao afirmar que considera a prática da psicanálise "*perfeitamente possível*" em Centros de Saúde, diz outra psicanalista:

*Uma vez, quando uma estagiária falou: 'Eu acho que essa paciente não tem demanda de análise'; eu respondi: 'Só vai ter se nós tentarmos; então **vamos primeiro apostar nisso**'. E a paciente que parecia não ter [demanda de análise] acabou engrenando direitinho. Eu acho sempre que o que mais funciona para tentar que alguma coisa mude, que a pessoa mude, é escutar e apostar.*

Aposta que é outra forma de falar do desejo do analista avisado para ir ao encontro do desejo inconsciente, na medida em que este emerge da sua escuta.

Falando a respeito dos efeitos que recolhe do exercício de sua prática, esta mesma psicanalista também considera que tais efeitos dizem respeito sobretudo a mudanças de posição subjetiva. Refere-se então a duas pacientes sobre quem já relatara fragmentos de seus respectivos percursos em análise:

Se você pensa naquela que teve uma filha com o patrão, sua situação de vida não mudou, mas ela mudou de posição diante da vida. A outra, de setenta anos, continua ganhando a pensão, morando com a filha e o genro que ela odeia – só que agora ela sai de casa! Está conhecendo o Rio de Janeiro, foi ao Corcovado onde nunca tinha ido em cinqüenta anos vivendo aqui e pode até dizer: 'De velha, não tenho mais nada'.

Certamente o que esta paciente já não tem são as velhas queixas com que expressava a sua paralisia no gozo, apenas esperando e preparando a própria morte. Ao seguir o caminho do desejo, apesar dos setenta anos, vai em busca do novo e pode até prestar atenção em um cartaz que anuncia: "*Aulas de dança de salão para a Terceira Idade*".

Um outro psicanalista nos diz pensar que os efeitos recolhidos do exercício de sua prática em um Centro de Saúde são apenas terapêuticos. No entanto, ao relatar que uma paciente, após uma pontuação sua, disse: "*Mas*

que coisa esquisita eu falei!", ele mesmo acrescenta: "*De alguma forma ela foi tocada*". Foi tocada, pensamos nós, em sua posição de sujeito, e isto não deixa de ser um efeito recolhido por este psicanalista de sua prática – um efeito que não é, portanto, apenas terapêutico.

3.3 Conclusão

Através da palavra dos três psicanalistas entrevistados, acreditamos ter sido possível dar a conhecer os fatores que possibilitam e os que se constituem em dificuldades ao exercício de sua *práxis* nos respectivos Centros de Saúde em que a exercem. Seus relatos nos deixam perceber que, se o analista está a postos com seu desejo para escutar cada um daqueles que o procuram, as vicissitudes com que se defronta não impedem que sua prática se efetive de acordo com "*os ingredientes mais eficazes e importantes*" (Freud, 1918:163) da psicanálise.

Por isso, através dos fragmentos de análises relatados, pudemos constatar como, a partir da instauração da transferência, o inconsciente se manifesta onde o discurso da consciência tropeça e falha, possibilitando a emergência do desejo, sempre impulsionado pela força constante da pulsão. Assim, ainda que de forma disfarçada, uma paciente começa a dizer alguma coisa do seu desejo justamente ao cometer um ato falho: "*... e aí eu fiquei com a grinalda na cabeça*". É também porque o inconsciente trabalha e o desejo caminha que uma outra diz, com firmeza: "*Eu não quero ser a Maria esposa de José, eu quero ser a Maria da Conceição*". E porque, no manejo da transferência, o desejo do analista foi ao encontro do desejo inconsciente, uma

paciente de setenta anos pode sair da repetição de suas queixas, que a paralisava na velhice do gozo, e começar a divertir-se em programas para a terceira idade.

Para que haja análise, é necessário que se constitua o campo da transferência, com a instauração do sujeito suposto saber; para que uma análise termine, será necessária a destituição deste mesmo sujeito suposto saber, com o que se desfaz o campo da transferência. Como já dissemos, não vamos abordar a teorização relativa a este tema por não caber no âmbito da nossa dissertação. Afirmamos, porém, que é também o desejo do analista que, de certa forma, empurra o sujeito a este ponto de separação. Podendo já se responsabilizar por sua posição de sujeito, o analisando promove mudanças em si e pode até agir de forma transformadora sobre o mundo que o cerca; por não precisar mais do analista, lhe é então possível deixá-lo.

Se o problema com que se defronta agora uma das psicanalistas entrevistadas refere-se ao que fazer com a transferência quando, depois de anos de tratamento, "*não há jeito*" de o paciente ir embora, no entanto ela mesma aponta a solução, ao relatar um fragmento de análise com uma criança. Operando com o desejo do analista, escuta quando o paciente diz que "*já estava acostumado...*" A analista precipita, então, sem pressa, o momento de concluir, ou seja, a dissolução do campo da transferência. E é isto que marca o término de uma psicanálise, onde quer que sua *práxis* se efetive.

A pesquisa aqui realizada nos autoriza a afirmar que, se "*a psicanálise se faz à medida do possível*" nos Centros de Saúde, esta medida não é diferente daquela que vigora também nos consultórios privados – o que não significa que o ambulatório seja um simulacro do consultório. Na psicanálise, a

única medida de que se trata é sempre a do inconsciente, cuja dimensão de falta traz em si a possibilidade do desejo, particular a cada sujeito.

Precisar a medida da prática da psicanálise, onde quer que ela se faça presente, é então da ordem do impossível. No entanto, podemos afirmar que se trata de uma *práxis* que possibilita àqueles que a ela se submetem sair da miséria neurótica para assumir a responsabilidade por uma nova posição como sujeitos do próprio desejo. É assim que "*a psicanálise se faz [sempre] à medida do possível*". Por que então dizer *não* à sua presença em instituições públicas de saúde, se a própria Saúde Pública pode dizer *sim*, ainda que de forma paradoxal, como podemos constatar? É o que discutimos a seguir.

CAPÍTULO IV

UM NÃO À PSICANÁLISE: DO PARADOXO À ALIENAÇÃO

SOBRE A FUNÇÃO DO SUJEITO

"A psicanálise não é uma Weltanschauung nem uma filosofia que pretende dar a chave do universo. Ela é comandada por uma visada particular que é historicamente definida pela elaboração da noção de sujeito. Ela coloca esta noção de maneira nova (...)"

(Lacan, 1964)

Que a Saúde Pública pode dizer *sim* à psicanálise é o que constatamos pela presença efetiva desta última em instituições da rede pública de saúde. Se assim não fosse, a realização de nossa pesquisa teria sido impossível. No entanto, se o extenso capítulo anterior mostra como se dá a presença da psicanálise em três Centros de Saúde, é justamente porque a Saúde Pública pôde acolhê-la, ainda que de maneira informal. Possibilitando sua viabilização através da chamada Saúde Mental, o que, na prática, se concretiza de forma um tanto alternativa e paradoxal, a Saúde Pública não impede que o exercício da *práxis* psicanalítica se efetive de acordo com seus pressupostos teóricos fundamentais.

Supomos que isto se relaciona ao fato de que a Saúde Pública considera, através de vários de seus pensadores, que não seria possível "*assegurar as condições necessárias à manutenção e reprodução da vida*

humana saudável" (Sabroza, 1994), concebendo saúde e doença como um fenômeno puramente biomédico. É o que se depreende da leitura de Carvalho (1996), de Minayo (1997) e de Cordeiro (1997), dentre outros. Além disso, tais autores levam em consideração o sujeito em sua singularidade e não apenas o coletivo – ainda que sua conceituação de sujeito não seja, obviamente, a mesma que a da psicanálise. Deixam claro também que não pensam o corpo apenas como biológico. O mesmo acontece com a psicanálise, embora para esta o corpo tenha um estatuto bastante específico.

Aceitando uma inclusão não-toda da psicanálise na Saúde Pública, verificamos pelo exposto que nada impede a esta última o acolhimento da *práxis* psicanalítica em suas instituições. Se obstáculos existem neste sentido, não podem eles ser creditados à Saúde Pública. Nem mesmo o fato de saúde mental e psicanálise terem ainda concepções tão distintas em relação ao psíquico – como ficou amplamente evidenciado no primeiro capítulo – constitui um impedimento ao exercício da prática da psicanálise em instituições públicas de saúde. O *não* à sua presença nas referidas instituições tem então outras origens. Trata-se de um *não* que, freqüentemente enunciado de forma velada, acaba por revelar tendenciosidades e preconceitos aos quais pensam se contrapor justamente aqueles que o enunciam.

É sempre em defesa de um melhor e mais adequado atendimento aos pobres, em renda e escolaridade, que compõem as chamadas camadas populares ou classes trabalhadoras, que vários ideólogos da saúde mental se opõem ao exercício da prática psicanalítica em instituições da rede pública de saúde. Neste sentido, de fato ignoram a palavra de Freud quando, em 1918, já previa que

mais cedo ou mais tarde, a consciência moral da sociedade despertará e se lembrará que o pobre não tem menos direito à terapia da mente quanto os que já tem em matéria de cirurgia básica. E que as neuroses não constituem menor ameaça à saúde popular que a tuberculose e, portanto, da mesma maneira que esta, não podem ser deixadas ao cuidado impotente do indivíduo pertencente às camadas populares (...). Estes tratamentos serão gratuitos (Freud, 1997:162).

Deixa-nos claro, portanto, que já então considerava como possível e necessária a presença da psicanálise no campo da saúde pública, com o rigor que sua práxis comporta, pois afirma também:

Qualquer que seja a forma futura dessa psicoterapia para o povo (...), não cabe nenhuma dúvida de que seus ingredientes mais eficazes e importantes seguirão sendo os que ela tome da psicanálise rigorosa, alheia a toda tendenciosidade (Id.Ibid.:163).

Ao afirmá-lo, está marcando que seria tendencioso considerar que o pobre, por suas condições econômicas, sociais e culturais, não é passível de se submeter a um tratamento psicanalítico.

É então interessante constatarmos que, se a Saúde Pública pôde realizar a previsão de Freud, aqueles que a esta se opõem parecem ter dificuldades em escutar tanto um lado como o outro, e nisso revelam a sua tendenciosidade.

Não pensamos, evidentemente, que a psicanálise é a solução com que podem contar aqueles que buscam um alívio para seu sofrimento psíquico em unidades públicas de saúde, da mesma maneira que muitas vezes também não o é nos consultórios privados. No entanto, colocamos em questão que em defesa do coletivo, de uma população ou de uma classe – no caso, a trabalhadora –, se negue aos sujeitos que a compõem o direito de serem escutados na sua singularidade, se for isto o que alguns deles estão, de fato, buscando. Na medida em que não podem pagar em dinheiro por este direito, ao não encontrarem nos serviços públicos de saúde um analista a postos para escutá-los, o que se lhes está negando é o próprio direito de escolha – e nisto, paradoxalmente, acaba por se reproduzir a ideologia dominante: que o pobre aceite o que lhe dão e já é muito bom que encontre alguma coisa que *pensamos* como melhor para ele....

Não discordamos *in totum* de Duarte, L.F. e Ropa, D. quando, ao tecer suas *Considerações teóricas sobre a questão do "atendimento psicológico" às classes trabalhadoras*, afirmam que

o alto índice de reinternação e abandono do tratamento ambulatorial, a ineficácia das práticas psicoterápicas foram alguns dos fatores que tiveram por conseqüência alertar pesquisadores e profissionais quanto a uma provável inadequação do nosso instrumental terapêutico no atendimento a estas populações (Duarte & Ropa, 1985:178).

Concordamos em que cabe mesmo àqueles que pesquisam e trabalham nas instituições públicas de saúde estar em constante

questionamento sobre as práticas que nelas se efetuam e os resultados que delas advêm. Discordamos, no entanto, que se considerem ineficazes "as *práticas psicoterápicas*" – onde geralmente incluem a psicanálise –, por serem poucos os pacientes que permanecem em tratamento. Os que ficam e os que se vão certamente puderam fazer alguma escolha, justamente porque foram escutados na sua singularidade e melhor localizaram a sua demanda. Não vamos discorrer sobre o assunto, pois pensamos que a palavra dos três psicanalistas entrevistados, apresentada no capítulo anterior, é muito mais eloqüente do que qualquer coisa que pudéssemos acrescentar.

Também questionamos a posição dos autores quando escrevem:

Tanto a psicanálise quanto a umbanda, ao proporem uma explicação ou versão diagnóstica para um estado de sofrimento ou mal-estar, tornam possível reintegrar esta experiência em sistema, além de proporem terapêuticas específicas para aliviar o sofrimento do sujeito, apoiadas na visão de mundo que lhes é própria (Id.Ibid.: 184).

Ora, afirmar que a psicanálise torna possível a reintegração de uma experiência em *sistema*, e que ela se apoia na *visão de mundo*, no sentido da *Weltanschauung* filosófica, que lhe é própria, é negar duplamente a palavra de Freud. Primeiro, porque ele deixa claro que a psicanálise, à diferença da religião, não pretende formar nenhum sistema. Afinal, se pôde fundá-la, foi somente a partir da descoberta de uma incompletude inaugural do sujeito, como já vimos. Depois, porque Freud é bastante explícito ao opinar, na 35ª de suas *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, de 1933, que

a psicanálise é incapaz de criar uma visão de mundo particular (...); ela forma parte da ciência e pode aderir à visão de mundo científica. Mas esta dificilmente merece este nome grandiloqüente, pois não abrange tudo, é muito incompleta, não pretende (...) formar um sistema (Freud, 1997:168).

Ao trecho comentado, os autores acrescentam em seguida:

No entanto toda terapia só é possível se o paciente compartilha da versão que lhe oferece o 'médico' (ou agente de cura). A eficácia simbólica de um determinado sistema depende, portanto, (...) do consenso social criado em torno desta prática (Duarte & Ropa, 1985:184).

Como afirmou, porém, Paulo Becker durante uma de nossas interlocuções, mencionando Bachelard e Lévy-Strauss dentre outros autores,

a apreensão do real por um instrumental simbólico é vicissitude de que pode padecer qualquer práxis da ciência. A epistemologia moderna já inclui a função do código simbólico particular do observador na produção da verdade científica. Isto não tem nada a ver com a Weltanschauung filosófica. Portanto, considerando-se que a eficácia simbólica afeta todo pensamento científico – que não deixa de ser produto de uma cultura determinada em um determinado tempo –, seria mais produtivo privilegiá-la como significante do que a categoria consenso social.

Deixamos a palavra também com L. Nobre quando, ao referir-se ao mesmo trecho citado, questiona:

*Como exigir **consenso social** de uma prática que se funda no um a um de cada caso, particularizada pelo estatuto do **saber** inconsciente em seu valor de **verdade** para um sujeito? (Nobre, 1998:143).*

A impressão que nos fica é a de que a busca de um consenso em torno do social acaba por dificultar a escuta das diferenças inerentes ao discurso particular de cada sujeito. Escuta que obviamente implica o que Bezerra Jr. aponta no trecho já citado de seu artigo *Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental*, e que voltamos a transcrever em parte:

É possível que o vocabulário que [o paciente] possui para designar experiências internas seja efetivamente restrito (...). Com ouvido atento [o analista] poderá passar da fase de decepção para a de curiosidade e daí para a de pesquisa séria em busca do código específico de descrição dos estados subjetivos utilizado pelo paciente e aí encontrar terreno fértil (Bezerra Jr., 2000:159-160).

Sem dúvida, este autor privilegia aqui a escuta do discurso singular de *um* sujeito, deixando-nos perceber que considera que, se o analista opera com seu desejo, este desejo o impulsionará a trabalhar (pesquisar seriamente) para melhor poder escutar o paciente.

Em posição bem diversa, diríamos quase oposta, colocam-se os

autores a que estamos nos referindo, quando afirmam:

A apreensão dessa diferença dos códigos lingüísticos é mais um elemento que aponta para o fato de que a dificuldade, ou mesmo o fracasso, da relação psicoterápica nesses casos não está necessariamente ligada nem à incompetência do terapeuta, nem à incapacidade inata da clientela, mas sim aos limites sociais e culturais de tal modalidade terapêutica (Duarte & Ropa, 1985:188).

Além de não levarem em conta a possibilidade de escuta, por parte do analista, do discurso singular de cada sujeito, tal como Bezerra Jr. a considera, estes autores parecem passar ao largo de alguns conceitos fundamentais da psicanálise, tais como inconsciente e transferência. Mais grave que isto talvez é o fato de, paradoxalmente, acabarem por revelar certa tendenciosidade em relação, justamente, àqueles que defendem. Tendenciosidade que se evidencia na consideração de que os pobres não podem se submeter a um tratamento psicanalítico devido a limites sociais e culturais que os deixariam, então, como sujeitos não passíveis do inconsciente.

Ao longo desta dissertação, apontamos para a relação sempre paradoxal entre saúde mental e psicanálise; estamos marcando agora como alguns pensadores sérios expressam, eles mesmos, esta contradição. Por exemplo, se B. Bezerra Jr. deixou clara a importância que atribui à escuta das particularidades do discurso de um sujeito pertencente às camadas populares, revelando assim uma posição de analista, no mesmo artigo escreve também:

Para a maioria dos membros das classes trabalhadoras o futuro é amanhã, o essencial é continuar vivo, e o leque de opções à sua disposição é extremamente reduzido. Não surpreende, pois, que eventualmente encarem o tratamento de maneira bem menos ambiciosa e muito mais imediatista do que o terapeuta (Bezerra Jr., 2000:158).

Ora, justamente porque o seu leque de opções já é tão reduzido, se tiverem o direito de escolher serem escutados individualmente nas suas questões de sujeito, *durante o tempo de que precisarem*, não será esta uma forma de ampliarem o referido leque? Aliás, foi o que ficou evidenciado em alguns dos fragmentos de entrevistas que apresentamos, e não temos dúvida de que Bezerra Jr. concordaria com isso. Surpreende-nos, no entanto, que o autor atribua ao fato de serem membros das *classes trabalhadoras*, com todas as premências de vida que isto implica, a expectativa *muito mais imediatista* que têm estes pacientes em relação ao tratamento. Pensamos, ao contrário, que os pobres no Brasil têm muita paciência!... Além disso, esperar que o tratamento seja rápido, com resultados imediatos, não nos parece ser característica apenas de uma classe – o mesmo pode ser escutado também nos consultórios privados. Neste sentido, fazemos nossa a interrogação de L. Nobre:

Não seria mais conveniente atribuir a pressa em concluir o tratamento à própria configuração da estrutura neurótica do paciente que às diferenças de classe sócio-econômica existentes entre este e o terapeuta? (Nobre, 1998:141-142).

Em continuação ao trecho citado, diz ainda o mesmo autor:

Nem sempre a interrupção precoce do tratamento por parte do paciente implica desistência ou abandono. Ela pode significar que as expectativas do cliente já tenham sido satisfeitas pelo menos até aquele momento. A idéia de que a terapia deve ser profunda e longa o suficiente para remodelar o funcionamento psicológico de modo a conseguir um certo efeito (...) preventivo (...) não corresponde sempre à representação que têm os pacientes acerca de uma terapia bem sucedida. (...). Esta é uma questão de importância já que pode estar em jogo um certo modelo – culturalmente moldado – de percepção do papel das instituições de saúde e do recurso a elas (Bezerra Jr., 2000:158).

Concordamos em que "*a interrupção precoce do tratamento por parte do paciente nem sempre implica desistência ou abandono*". Como deixaram claro os psicanalistas entrevistados, freqüentemente isto se deve aos encaminhamentos inadequados feitos por outros profissionais da saúde, sobretudo médicos – o que geralmente acontece devido às dificuldades dos mesmos em escutar os pacientes. Dificuldades que não deixam de ter relação também com a sua própria formação médica – a este ponto nos referiremos mais adiante.

Quanto às demais considerações tecidas pelo autor neste trecho, pensamos que elas abordam pontos fundamentais que tocam de perto a formação e conseqüente posição do analista. Embora faça uso de expressões que nada têm a ver com a psicanálise, tais como "*funcionamento psicológico*",

"cliente" e "*modelo culturalmente moldado*", o certo é que o autor está novamente nos remetendo à questão crucial da escuta do discurso de *um* sujeito.

Não cabe ao psicanalista impor modelos, até porque a psicanálise não os tem, na medida em que sua *práxis "se funda no um a um de cada caso, particularizada pelo estatuto do saber inconsciente"* (Nobre, 1998:143), singular a cada sujeito.

Se as expectativas do paciente já foram satisfeitas pelo menos até um certo momento, foi porque, para satisfazê-las, sem dúvida ele teve o tempo de que precisava: pôde, na transferência articulada ao desejo do analista, fazer alguma mudança de posição subjetiva que já lhe permite viver melhor, mais conforme com o seu desejo. E é isto que deve interessar ao psicanalista, não estando aí implicado nenhum imediatismo, seja de sua parte ou de parte do paciente.

Outro ponto da maior importância que o autor não deixa de colocar em pauta é a idealização da própria psicanálise, de que muitos analistas não estão isentos. Mesmo que não pensem em termos de "*remodelação do funcionamento psicológico de modo a conseguir um certo efeito preventivo*" com o tratamento, não é raro encontrarmos psicanalistas cujo ideal do que seja uma psicanálise e seu término acabaria por inviabilizar a presença da mesma em instituições públicas de saúde – ou, no mínimo, por estabelecer um limite entre dois "tipos" de psicanálise: a "privada", para os que podem pagar em dinheiro, e a "de pobre ou pública" para os que não podem, mas a quem a psicanálise *deve* fazer algum bem...

Este idealismo põe em causa a própria posição do analista. Como

lembra Neusa S. Souza em seu artigo *Ética e clínica psicanalítica*,

Lacan foi incisivo em suas críticas aos ideais. É que os ideais invadem a experiência analítica, comprometendo-a com um humanitarismo piegas e degradando-a numa pastoral – a pastoral analítica, assim Lacan a batizou – pastoral esta centrada no ideal de querer-o-bem-do-sujeito.

Querer o bem do sujeito sob a forma da pretensão de curar, é assim que a ordem dos ideais se atualiza na prática analítica (Santos Souza, 1996:173).

Trata-se, neste caso, do analista que não pagou o preço do acesso à posição que pretende ocupar: "*a necessária perda narcísica [de seus ideais] que se impõe ao analista na condução de um tratamento*" (Nobre, 1998:140). E, ao não pagá-lo, faltou ao seu dever ético que não é o de fazer o bem, mas o de causar o desejo, de tal forma que, com o tratamento analítico, o sujeito possa fazer alguma mudança de posição que lhe permita viver melhor. Este é o bem proposto pela psicanálise – um bem paradoxal, relançado como possibilidade após a passagem necessária pela perda, sem relação, portanto, com um Bem ideal alcançável e completo. Neste sentido, "*viver melhor*" é uma direção e não um ideal.

Um analista assim certamente pagou muito dinheiro por sua análise, durante um longo tempo, mas pode muito bem ter continuado na antiga miséria neurótica... Afinal, neurose e dinheiro não são da mesma ordem, a menos que o tomemos dentro do contexto da própria neurose. É neste sentido que o pobre pode ser mais "rico" que aquele que, tendo dinheiro, permanece na miséria da

neurose por não pagar, com a perda de gozo, inclusive dos ideais, o preço do acesso ao desejo.

Em situação bem diferente está uma analista que, trabalhando em um Centro de Saúde, pode dizer: "*Esta paciente teve o tempo dela, o tempo de que precisava*". Um tempo que cronologicamente não foi nada longo, mas que foi suficiente para que fizesse alguma mudança de posição subjetiva. Por isso, a analista diz sem idealizações: "*Eu acho que isto é psicanálise*". Sua posição de analista está assim bem de acordo com a palavra de Lacan quando, em suas *Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines*, de 1975, declara: "*Uma análise não deve ser levada muito longe. Quando o analisando pensa que está feliz em viver, é o bastante*" (Lacan, 1976:15).

Quando pensamos que Lacan faz esta declaração já nos últimos anos de seu ensino e depois de tanta elaboração sobre a difícil questão do final de análise, só nos ocorre tomá-la como uma advertência aos analistas quanto às idealizações sobre o tempo de duração de uma análise e seu término.

Perguntamo-nos se não são justamente as idealizações em torno da psicanálise que dificultam a presença da (mal) denominada *psicanálise freudiana ortodoxa* no campo da Saúde Pública. Em nome de seus próprios ideais, aqueles que, revelando até um certo saudosismo, talvez ainda se considerem os únicos fiéis seguidores de Freud, acabam por se pôr à margem do que este, desde 1918, já previra.

Colocar, como premissas para uma análise, a necessidade do *setting* com seus divãs e poltronas, o número de sessões semanais, o tempo fixo de duração das mesmas, o pagamento em dinheiro e uma longa duração é, de fato, inviabilizar o exercício da prática psicanalítica em instituições públicas de

saúde. Como disse uma das psicanalistas entrevistadas:

*Essa história do **setting**, de ser um mesmo material para todas as crianças, de ser na sala que for, não tem a menor importância. Você chega aqui e caem por terra várias destas coisas.*

Na verdade, como comentamos então, caem por terra os ideais de que a psicanálise necessita uma boa *forma* para o exercício de sua *práxis*. Importe uma tal "asepsia" é dar prevalência justamente à *forma*, em detrimento talvez dos "*ingredientes mais eficazes e importantes*" (Freud, 1997:163) da psicanálise. Justifica-se, pois, a afirmação de Jurandir F. Costa:

*A fantasia de alguns, e não a teoria psicanalítica, é que precisa de estufas e dispositivos especiais de proteção contra o mundo de fora (...). A psicanálise (...) é um produto da cultura humana, ao qual todos têm direito a ter acesso (...). Trancafiar Freud em galerias privadas, exclusivas de uns poucos **happy few**, é dar mostras de uma timidez intelectual injustificada ou de um espírito iniciático e sectário, avesso ao livre debate de idéias (Freire Costa, 1989:6-7).*

No entanto, parece-nos paradoxal que um autor que se coloca de forma tão contundente contra a idealização da psicanálise, e sua conseqüente exclusão dos serviços públicos de saúde, exponha no mesmo texto – *Psicanálise e contexto cultural* – posições que, de certa forma, contradizem a afirmação acima.

Ao se propor, através do estudo do *ego-imaginário*, a "*dar conta da relação entre sujeito e cultura sem tirar o pé da psicanálise*" (Id.Ibid.:2), o autor conclui que "*a psicoterapia de grupo era o instrumento mais adequado para responder à demanda*" (Id.Ibid.:13) de pacientes cuja "*sintomatologia clínica driblava a nosografia tradicional: a **doença dos nervos***" (Id.Ibid.:17).

Temos aí um paradoxo: como *não tirar o pé da psicanálise* ao propor a psicoterapia de grupo para determinados pacientes, quando o próprio autor afirma – e com razão:

*Não existem fundamentos consistentes para se falar de uma teoria psicanalítica da cultura e da sociedade, e **ainda menos de teoria de grupo**. Mostramos (...) que cada afirmação de Freud sobre o sócio-cultural trará sua preocupação metapsicológica com o individual. O que não significa que ele subestime ou despreze o valor do social (o grifo é nosso) (Id.Ibid.: 3-4).*

De fato, desde o início com suas primeiras históricas, a preocupação de Freud foi sempre com a particularidade discursiva de cada paciente, buscando escutar, nas falhas do discurso consciente, a emergência do sujeito do inconsciente. Se é isso que, de certa maneira, o autor reconhece, por que forçar então o "*pé da psicanálise*" na psicoterapia de grupo?

Não estamos negando a importância e mesmo a necessidade da presença desta última nos serviços públicos de saúde. Concordamos em que há pacientes que podem se beneficiar muito com um atendimento em grupo que, justamente, abdica dos pressupostos fundamentais da psicanálise,

substituindo a dinâmica da transferência pela dinâmica de grupo. Queremos apenas apontar a posição contraditória deste pensador, que acaba por revelar uma certa idealização da psicanálise, na medida em que demonstra tanta necessidade de incluí-la em uma modalidade de tratamento que ele mesmo reconhece não ter relação com a psicanálise.

Será que é pela via da psicoterapia de grupo que se prova que a teoria psicanalítica não precisa "*de estufas e dispositivos especiais de proteção contra o mundo de fora*"? E que se abrem as portas para que Freud não permaneça trancafiado nos consultórios privados? A estas indagações, os três psicanalistas entrevistados puderam dar respostas, através de exemplos de sua *práxis* em Centros de Saúde.

Outra contradição que o autor expressa diz respeito à questão da classificação nosográfica tradicional: *doença dos nervos*. Ao citar uma autora – Maria Cristina G. Souza – para quem a *doença dos nervos* é, antes de mais nada, uma *estratégia de sobrevivência*, diz:

*Neurose, sim! Mas com o selo inconfundível de um esquema cognitivo-representacional, **típico das populações de baixa renda**, às voltas com problemas de sobrevivência física, psíquica e social (o grifo é nosso) (Id.Ibid.:20).*

Ao que acrescenta em seguida:

*Observamos certas peculiaridades na representação doença dos nervos que desmentem a idéia de uma expressão essencial e **universal** do distúrbio psíquico (o*

grifo é nosso) (Id.Ibid: 20).

O autor reconhece que a chamada *doença dos nervos* ("*Neurose, sim!*"), como qualquer neurose, apresenta peculiaridades que desmentem a idéia de uma expressão **universal** do distúrbio psíquico. No entanto, considera-a como um selo (um rótulo, portanto) que diz ser típico de um universo: aquele que se convencionou chamar "populações de baixa renda".

Ora, assim é que se postula um universal. Obviamente a neurose, a psicanálise, a física, pertencem a um certo "*esquema cognitivo-representacional*", esperando-se que seja respeitada a teoria freudiana das representações e do pensamento inconsciente. Ainda que específica de uma determinada constelação simbólica, enquanto produto da cultura, precisamos nos lembrar que, na sua teoria da neurose, Freud deixou claro que o *típico* é o que obstaculiza o acesso ao sujeito no seu particular.

Sabemos que as peculiaridades da neurose se manifestam na emergência singular do inconsciente, que faz valer as falhas na superfície do discurso do Outro que afeta de forma particular cada sujeito. Portanto, em se tratando da neurose, com a miséria que lhe é inerente e que independe da alta ou baixa renda, não seria melhor que se pensasse primeiro na psicanálise em lugar da psicoterapia de grupo? Como afirma E. Vidal, "*a psicanálise emerge como discurso nesta dimensão do não-todo. Há impossibilidade de universo. O real faz obstáculo ao universo*" (Vidal, 1989:115).

Ao se reconhecer como neuróticos os tradicionalmente classificados como *doentes dos nervos*, parece-nos tendencioso pensar que, para eles, o

indicado é a psicoterapia de grupo, sem que antes tenham a oportunidade de ser escutados por um psicanalista com o desejo avisado. Até mesmo para que os que de fato preferirem o atendimento em grupo sejam encaminhados de maneira mais adequada. Desta forma não se perde, com *"uma certa categorização do 'pobre' (...), a possibilidade da escuta do sujeito em sua singularidade – marca original da clínica psicanalítica"* (Nobre, 1998:135).

Reafirmamos não desconhecer que, se o inconsciente sempre se manifesta, suas formas de expressão não deixam de estar relacionadas aos condicionantes sócio-culturais. No entanto, isto não justifica que, em virtude do contexto sócio-cultural das chamadas classes trabalhadoras, se coloquem obstáculos ao exercício da prática psicanalítica nas instituições públicas de saúde, de acordo com os princípios que a fundamentam. Ao fazerem-no, não estariam alguns sérios pensadores da Saúde Mental contraditoriamente discriminando o sujeito justamente naquilo que o particulariza como tal?

Embora resultante de fatores diferentes, é ainda a uma alienação sobre a função do sujeito que não podemos deixar de nos referir, antes de finalizar esta dissertação.

Como já ficou amplamente evidenciado nos relatos dos psicanalistas que entrevistamos, grande parte das interrupções precoces do tratamento por parte dos pacientes deve-se aos encaminhamentos inadequados feitos sobretudo pelos médicos.

Constatamos com nossa pesquisa – e era o que já supúnhamos – que isto acontece predominantemente devido às dificuldades dos mesmos em escutar os pacientes. Como já dissemos anteriormente, não desconsideramos os fatores externos que, nas instituições públicas de saúde, pressionam os

médicos no sentido de atendimentos rápidos. No entanto, interessa-nos aqui um fator de outra ordem, onde localizamos a origem daquelas dificuldades, e que diz respeito à própria formação médica: a concepção do corpo como apenas biológico.

Tal concepção certamente se relaciona com

a dicotomia cartesiana do pensamento e da extensão, que elimina completamente de sua apreensão todo o tocante, não ao corpo que imagina, mas ao corpo verdadeiro em sua natureza (Lacan, 1985:92).

Este trecho de *Psicoanálisis y medicina* – uma intervenção de Lacan em mesa redonda com o mesmo título, realizada no Colégio de Medicina, em 1966, na Salpêtrière – marca a diferença entre o corpo biológico considerado pela medicina, conforme com a dicotomia cartesiana que o imagina apenas como extensão, e o corpo na psicanálise.

O "*corpo verdadeiro em sua natureza*" é, para Lacan, o corpo que "*não se caracteriza simplesmente pela dimensão da extensão: um corpo é algo que está feito para gozar, gozar de si mesmo*" (Id.Ibid.:92). Trata-se aqui do corpo erógeno, pulsional, que se constitui com a instauração da sexualidade. Vimos isto em Freud quando, ao falar da chamada primeira "*experiência de satisfação*", deixa-nos perceber com Lacan que os significantes do Outro, ao marcarem o corpo da criança, ao mesmo tempo o erogeneizam na medida em que deixam um resto de gozo. Constitui-se, assim, o corpo pulsional, "*feito para gozar*", pois, como afirma Cosentino (1993:109), "*em Freud (...) a pulsão*

aponta à satisfação, e introduz o gozo".

Não vamos, evidentemente, sugerir que a formação médica inclua no seu currículo a psicanálise como disciplina, nem "*exigir dos médicos que sejam menos médicos*" (Figueiredo, 1997:53). Pensamos, porém, que estes poderiam ocupar melhor o seu próprio lugar se, no decorrer de sua formação, lhes fossem transmitidos conhecimentos sobre o corpo levando em conta que o mesmo, a partir da descoberta do inconsciente por Freud, já não pode ser tomado em uma dimensão apenas biológica.

Sabendo que o inconsciente produz efeitos no corpo, certamente estarão os médicos melhor preparados para atender seus pacientes nos serviços públicos de saúde, sem pressa de passá-los adiante. Ao escutá-los um pouco mais, perceberão que, embora falem às vezes de um sofrimento ou mal-estar difuso no corpo, não se trata, no caso, de medicamentos a receitar ou de exames a prescrever. É então o momento em que a melhor indicação talvez seja a de que busquem o psicanalista que trabalha na mesma instituição. Por reconhecer que a dimensão do corpo que está em jogo é de outra ordem que não a biológica, poderão os médicos encontrar meios de levar um paciente assim a buscar alguém que possa escutá-los mais adequadamente no seu sofrimento. E mesmo que seja o caso de medicar, terão condições de perceber que às vezes a indicação de um tratamento psicanalítico também se faz necessária.

Ao aceitarem que

o corpo, tal como a psicanálise o concebe a partir de sua experiência clínica, está enlaçado em três dimensões: a da imagem em que nos

reconhecemos, a do real do gozo e a do simbólico das marcas inconscientes que recebemos do Outro na nossa história (Vidal, 2000:9),

os médicos terão menos dificuldades em escutar seus pacientes como sujeitos singulares. Não estarão, assim, efetivamente contribuindo para que a Saúde Pública seja, de fato, mais pública?

CONCLUSÃO

Com o percurso realizado, é chegado o momento de concluir. Certamente, ao investigar a intersecção da psicanálise com a Saúde Pública, deixamos de abordar muitos pontos relativos ao tema. Não tínhamos mesmo a pretensão de esgotá-lo, até porque seria impossível – o próprio conceito de inconsciente se opõe à idéia de um saber totalizante. Traçamos o nosso caminho e, dentro do possível, seguimos a sua trilha. O que ficou à margem, pode ser tomado por outros que desejem fazer seus próprios percursos. Teremos então diferentes abordagens do tema sem que, por isso, formem juntos um todo harmônico e completo; mas que vão contribuir para tornar mais clara a questão.

De nossa parte, pensamos ter dado, ainda que de forma indireta, alguma resposta à pergunta de como se efetua a intersecção da psicanálise com a Saúde Pública, através da investigação das condições em que vem ocorrendo o exercício da prática psicanalítica em três Centros de Saúde. Nossas indagações diziam respeito tanto às condições institucionais quanto à sustentação teórica da referida prática, sobretudo no que diz respeito à questão da transferência articulada ao desejo do analista.

Constatamos que é a chamada Saúde Mental que geralmente viabiliza a presença da psicanálise nas instituições públicas de saúde, embora a existência de um programa ou serviço de Saúde Mental nestas unidades seja freqüentemente apenas uma denominação. Por isso, através do termo *psíquico*, investigamos a relação entre esta última e a psicanálise e chegamos

à conclusão de que se trata de uma relação bastante paradoxal. Aparentemente a psicanálise está próxima da Saúde Mental, na medida em que esta viabiliza a presença daquela no campo da Saúde Pública; por outro lado, é impossível a inclusão da psicanálise na Saúde Mental, pois enquanto a concepção que tem esta do psíquico provém da Biologia – desde a sua origem na psiquiatria –, para a psicanálise, a partir da sua fundação por Freud, o psíquico é concebido segundo a tópica do inconsciente que, sabemos bem, nada tem a ver com o biológico.

No entanto, através da bibliografia consultada, constatamos que há autores que apostam nesta intersecção possível entre Saúde Mental e psicanálise. Com uma prática clínica embasada na teoria lacaniana, estes autores buscam "*um espaço rigoroso de articulação*" (Lobosque, 1996:62) entre psiquiatria e psicanálise, sem tentar uma síntese entre ambas. A condição para isto, segundo a autora citada, seria justamente que o psíquico a ser considerado pela Saúde Mental fosse o freudiano, ou seja, o inconsciente: "(...) *é à coisa mental freudiana que se pode referir a formação do trabalhador em saúde mental (...)*" (Id.Ibid.:36-37). E, nisto, tais autores estão sendo rigorosamente freudianos, uma vez que foi o próprio Freud que ofereceu o inconsciente como base à psiquiatria, ao prever que "*o futuro criará (...) uma psiquiatria científica à que a psicanálise terá servido de introdução*" (1923:247).

Outra conclusão possível diz respeito à relação da Saúde Mental com a Saúde Pública: trata-se também de uma relação um tanto paradoxal. E é em torno da questão do *biológico* que está, também aqui, o paradoxo. Vimos que a Saúde Pública não considera o corpo apenas como biológico, não concebendo saúde e doença como um fenômeno puramente biomédico. Isto implica em

levar em consideração o psíquico – um psíquico que não seja pensado como biológico, embora não caiba à Saúde Pública defini-lo como inconsciente. Já a Saúde Mental acabou ficando, em relação a esta última, como ilha psiquiátrica organo-biológica, higienista, onde bastam psiquiatras receitando medicamentos. Foge, assim, ao espírito geral da Saúde Pública que não a vê apenas como operação biológica. Não poderíamos pensar então que seja esta a razão ou, pelo menos, uma das razões que levaram ao uso do termo *Saúde Mental*, como se este denominasse um campo separado da Saúde Pública, configurando-se, assim, dois campos distintos? Por isso, então, é mais fácil à Saúde Pública do que à chamada Saúde Mental acolher a psicanálise em suas instituições. Colocamos isso face à constatação da diferença de posições entre autores que pensam a Saúde Pública e outros que se posicionam a partir da Saúde Mental.

A conclusão de que a Saúde Pública acolhe a psicanálise, ainda que o faça de maneira informal, e de que, por seu lado, o exercício da prática psicanalítica se efetiva nos serviços públicos de saúde por caminhos que designamos como geralmente marginais e alternativos, pode ser pensada em consonância com fatores já expostos. Resumindo-os, diríamos que isto é devido ao fato de que, além de não pensar saúde e doença como um fenômeno puramente biomédico, nem o corpo apenas como biológico, a Saúde Pública leva em consideração o sujeito em sua singularidade, não o subsumindo no coletivo social. Quanto à psicanálise, parece-nos que a "*informalidade*" é a condição mesma de possibilidade de sua presença no campo da Saúde Pública. Neste sentido, justifica-se que seja geralmente uma *práxis* embasada nos postulados teóricos lacanianos a que de fato se efetiva nas

instituições públicas de saúde. Foi o que ficou constatado através das entrevistas realizadas com os psicanalistas dos três Centros de Saúde escolhidos. Seus relatos foram exemplos claros de que nada impede o exercício da prática psicanalítica no campo da Saúde Pública, de acordo com os "*ingredientes mais eficazes e importantes*" formulados por Freud, ou seja, os conceitos fundamentais da psicanálise, alheios a idealizações.

Os relatos dos psicanalistas entrevistados também nos levaram à constatação de que, diferentemente de muitos dos pensadores da Saúde Pública que favorecem o exercício da prática psicanalítica nos serviços públicos de saúde, nem sempre o mesmo acontece no que diz respeito aos médicos que neles trabalham. Não estamos com isso afirmando que os médicos se posicionam contra a presença da psicanálise no âmbito da Saúde Pública. Como já discutimos nesta dissertação, os obstáculos que colocam – e, sem dúvida, não o fazem intencionalmente – se traduzem sobretudo nos encaminhamentos inadequados dos pacientes ao psicanalista. Vimos que isto acontece predominantemente devido às dificuldades dos médicos em escutar seus pacientes como sujeitos singulares, e atribuímos tais dificuldades à própria formação médica, com sua concepção do corpo como apenas biológico. Concepção que reflete a "*racionalidade da medicina em geral*" (Silva Filho, 2000:96), conforme com a dicotomia cartesiana que imagina o corpo apenas como extensão.

Interessante é então constatar que a relação paradoxal entre psicanálise e Saúde Mental, entre esta última e a Saúde Pública ou mesmo entre a própria Saúde Pública e muitos dos profissionais que, em suas instituições, efetivam algumas de suas práticas, tem origem sobretudo em uma

concepção racionalista do corpo que encontra no *biológico* a sua única sustentação.

Foi justamente à tentação de preservar o biológico como fundamento do inconsciente que Freud não sucumbiu e, por isso, pôde fundar a psicanálise como um campo novo que, separado da medicina, desde então faz parte da cultura.

Podemos finalmente formular melhor a nossa resposta à questão de como se efetua a intersecção da psicanálise com a Saúde Pública. Pensamos que tal intersecção é possível porque, para ambas, o psíquico não é biológico, assim como para a Saúde Pública o corpo não é considerado apenas na dimensão organo-biológica. É, pois, no ponto em que um certo *não* ao biológico se faz valer, que a Saúde Pública pode dizer *sim* à psicanálise. E esta, na sua "*in-formalidade*", faz o que pode para estar presente em um campo que Freud já previra como podendo acolhê-la.

Quem sabe se já não é então chegado o momento em que, juntos, a Escola Nacional de Saúde Pública e os psicanalistas interessados possam pensar novas formas de tornar mais clara e operante esta intersecção? Por exemplo, no sentido de possibilitar uma escuta mais particularizada do sofrimento humano àqueles que, nas unidades da rede pública de saúde, trabalham no atendimento às chamadas classes populares.

Talvez se tenha aí um trabalho novo a começar...

BIBLIOGRAFIA

- AMARANTE, P., 1999. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: *Fim de século: ainda manicômios?* (Fernandes, M.I.A., Scarcelli, I.R. & Costa, E.S., orgs.), pp. 47-53. São Paulo: IPUSP.
- BERCHERIE, P., 1989. *Os fundamentos da clínica - História e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- BEZERRA, JR., B., 2000. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: *Cidadania e loucura - Políticas de saúde mental no Brasil* (Tundis, S.A. & Costa, N.R., orgs.), pp. 133-169. Petrópolis: Vozes.
- CARVALHO, A.I., 1996. Da Saúde Pública às políticas saudáveis - Saúde e cidadania na pós-modernidade. In: *Ciência & Saúde Coletiva* 1 (1):104-120.
- CASTIEL, L.D., 1999. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Contra Capa Livraria.
- CORDEIRO, H.A., 1997. O conceito de necessidade de saúde e as políticas sanitárias. In: *Saúde, Trabalho e Formação Profissional* (Amâncio Filho, A. & Moreira, M.C.G.B., orgs.), pp. 41-47. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- COSENTINO, J.C., 1993. *Construcción de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- DUARTE, L.F.D. & ROPA, D., 1985. Considerações teóricas sobre a questão do "atendimento psicológico" às classes trabalhadoras. In: *Cultura da Psicanálise* (Figueira, S., org.), pp. 178-201. Rio de Janeiro: Ed.

Brasiliense.

FERNÁNDEZ, M.R., 1992. A estrutura da transferência na psicanálise com crianças. In: *Direção da cura*. Publicação 9 da Letra Freudiana, pp. 17-29. Rio de Janeiro: Dumará Distribuidora de Publicações Ltda.

FIGUEIREDO, A.C., 1997. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos - A clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

FOUCAULT, M., 1998. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.

_____, 1999. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.

FREIRE COSTA, J., 1989. *Psicanálise e contexto cultural – Imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

FREUD, S., 1986. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

_____ (1893-95) - Estudios sobre la histeria, vol. II.

_____ (1893) - Charcot, vol. III.

_____ (1896) - La etiología de la histeria, vol. III.

_____ (1900 [1899]) - La interpretación de los sueños, vols. IV e V.

_____ (1910 [1909]) - Cinco conferencias sobre psicoanálisis, vol. XI.

_____ (1912a) - Sobre la dinámica de la transferencia, vol. XII.

- ____ (1912b) - Nota sobre el concepto de lo inconciente en psicoanálisis, vol. XII.
- ____ (1914) - Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II), vol. XII.
- ____ (1915 [1914]) - Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III), vol. XII.
- ____ (1914) - Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, vol. XIV.
- ____ (1915a) - Pulsiones y destinos de pulsión, vol. XIV.
- ____ (1915b) - Lo inconciente, vol. XIV.
- ____ (1917a) - Conferencia 23 - Los caminos de la formación de síntoma, vol. XVI.
- ____ (1917b) - Conferencia 27 - La transferencia, vol. XVI.
- ____ (1917 [1916]) - Una dificultad del psicoanálisis, vol. XVII.
- ____ (1918) - Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica, vol. XVII.
- ____ (1923 [1922]) - Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido", vol. XVIII.
- ____ (1923) - El yo y el ello, vol. XIX.
- ____ (1925 [1924]) - Presentación autobiográfica, vol. XX.
- ____ (1932) - Mi contacto con Josef Popper-Lynkeus, vol. XXII.

____ (1933) - Conferencia 35 - En torno de una cosmovisión, vol. XXII.

____ (1937) - Construcciones en el análisis, vol. XXIII.

GIMÉNEZ, J.M., 1999. Inconciente y language. In: *Salud mental y psicoanálisis* (Yospe, J. Izaguirre, G. y colaboradores), pp. 49-58. Buenos Aires: Eudeba.

HANNS, L., 1996. *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

HEGENBERG, L., 1998. *Doença: um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

IZAGUIRRE, G., 1999. Salud mental: definiciones. In: *Salud mental y psicoanálisis* (Yospe, J., Izaguirre, G. y colaboradores), pp. 245-251. Buenos Aires: Eudeba.

____, 1999. Salud y enfermedad. In: *Op.Cit.*, pp. 253-259.

LACAN, J., 1998. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

____, (1958) - A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Op.cit.*

____, (1960) - Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Op.cit.*

____, (1966) - A ciência e a verdade. In: *Op.Cit.*

____, 1985. *O seminário, livro 3. As psicoses (1955-56)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

____, 1999. *O seminário, livro 5. As formações do inconsciente (1957-58)*. Rio

de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____, 1979. *O seminário, livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

_____, 1985. *Psicoanálisis y Medicina* (1966). In: *Intervenciones y Textos*, pp. 86-99. Buenos Aires: Ediciones Manantial.

_____, 1968. Proposition du 9 octobre sur le psychanaliste de l'École. In: *Scilicet 1*, pp. 14-30. Paris: Éditions du Seuil.

_____, 1976. Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines (1975). In: *Scilicet 6/7*, pp. 5-63. Paris: Éditions du Seuil.

_____, (s/data). *Radiofonia* (1970). In: *Psicoanálisis. Radiofonía & Televisión*, pp. 9-77. Barcelona: Editorial Anagrama.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B., 1975. *Vocabulário da psicanálise*. Santos: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.

LOBOSQUE, A.M., 1996. Saúde Mental: um lugar para o ambulatório? In: *Seminário – Dispositivos de tratamento em saúde mental na rede pública: construindo um projeto*, pp. 45-51. Belo Horizonte: Núcleo Pró-Formação e Pesquisa do CERSAM/Barreiro.

_____, 1997. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Editora Hucitec.

MILLER, J.A., 1984. *Recorrido de Lacan – ocho conferencias*. Buenos Aires: Editorial Hacia el Tercer Encuentro del Campo Freudiano.

MINAYO, M.C.S., 1997. Saúde e doença como expressão cultural. In: *Saúde, Trabalho e Formação Profissional* (Amâncio Filho, A. & Moreira, M.C.G.B.,

orgs.), pp. 31-39. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

_____, 1998. *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

NOBRE, L.B.S., 1998. *Do engano como resposta à verdade como questão: a experiência analítica em seu rigor*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: PUC/Rio, mimeo.

OLIVEIRA, J.A., 1996. De doenças e estruturas, ou, da Medicina a uma Antropologia: a constituição e a desconstituição da nosologia psiquiátrica entre Pinel e Lacan (Uma contribuição psicanalítica à fundamentação teórica da "Reforma Psiquiátrica"). In: *Physis: Revista Saúde Coletiva* 6 (1/2): 53-78. Rio de Janeiro.

PORGE, E., 1996. Transferência. In: *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud a Lacan* (editado por Pierre Kaufmann), pp. 548-556. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

SABROZA, P.C., 1994. *Saúde Pública: procurando os limites da crise*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, mimeo.

SANTOS CUNHA, L.H.C., 1997. *Mulheres de Atenas – Um estudo sobre o feminino em tempos de AIDS*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, mimeo.

SANTOS SOUZA, N., 1996. Ética e clínica psicanalítica. In: *Ética, Psicanálise e sua Transmissão* (França, M.I., org.), pp. 172-178. Petrópolis: Vozes.

SILVA FILHO, J.F., 2000. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: *Cidadania e loucura - Políticas de saúde mental no Brasil* (Tundis, S.A. & Costa, N.R., orgs.), pp. 75-102. Petrópolis: Vozes.

SILVESTRE, M., 1991. *Amanhã, a psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

VIDAL, E., (s/data). Na trilha do Sujeito Suposto Saber. In: *A transferência – 1º Seminário Lacaniano* (Letra Freudiana), pp. 19-23. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre Editores.

_____, 1989. Encerramento das Jornadas. In: *Die Verneinung – A Negação*. Publicação 5 da Letra Freudiana, pp. 113-115. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre Editores.

_____, 2000. Apresentação. In: *O corpo da psicanálise*. Publicação 27 da Escola Letra Freudiana, pp. 7-9. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

ANEXO

Entrevista

1ª Parte

1. Quanto tempo tem de prática na psicanálise?
E neste Centro, há quanto tempo trabalha?
Qual foi a sua motivação para trabalhar aqui?
2. Qual é a sua inserção neste Centro? Em que programa?
O serviço em que você trabalha é de Saúde Mental?
3. Como se articula a sua prática com os demais profissionais e serviços deste Centro?
4. Como chegam os pacientes até você? Quem encaminha?
É feita alguma triagem para o encaminhamento dos pacientes?
5. Você considera que este encaminhamento é feito de forma adequada? Por que?
6. A organização do Centro facilita ou não o exercício de sua prática? Em que sentido?
7. E quanto aos demais profissionais de saúde?

2ª Parte

1. Há muita rotatividade de pacientes? Há muitos que abandonam o tratamento?
2. Quanto aos pacientes que ficam, como você percebe que o tratamento psicanalítico é possível?
3. Como considera que se instaura uma demanda de análise? Daria algum exemplo?

4. Poderia dar exemplos de situações clínicas em que considera que está presente a transferência?
5. Poderia falar um pouco de como percebe os resultados clínicos de sua prática? Daria algum exemplo?
6. Através de sua experiência, o que você diria do possível da prática psicanalítica ou da prática possível da psicanálise em Centros de Saúde? Como recolhe os efeitos desta prática?