



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA- UAPSI

ÍRIS VIEIRA DE FRANÇA

PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA PRÁTICA  
POSSÍVEL

CAMPINA GRANDE- PB  
2018

ÍRIS VIEIRA DE FRANÇA

PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA PRÁTICA  
POSSÍVEL

Trabalho apresentado à Unidade Acadêmica de Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande/PB, em cumprimento às exigências parciais para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

**Orientadora:** Profa. Dra. Gabriella Valle Dupim da Silva

CAMPINA GRANDE- PB  
2018

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Tereza Brasileiro  
Silva, CCBS/UFCG**

G633f

França, Íris Vieira de.

Psicanálise e saúde mental: contribuições para uma prática possível / Íris  
Vieira de França. – Campina Grande: o autor, 2018.

17 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade  
Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Gabriella Valle Dupim da Silva, Dra.

1. Psicanálise. 2. Saúde Mental. 3. Reforma Psiquiátrica. I Autor. II. Silva,  
Gabriella Valle Dupim da. (Orientador). III. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.964.2 (813.3)

**Responsabilidade técnica - catalogação:  
Jônatas Souza de Abreu, M Sc. CRB-4/1823**

**TERMO DE APROVAÇÃO**

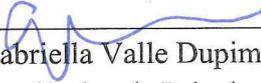
ÍRIS VIEIRA DE FRANÇA

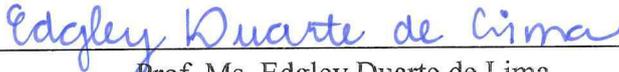
**PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA  
PRÁTICA POSSÍVEL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito básico para obtenção do grau de Psicólogo no Curso de Psicologia outorgado pela Universidade Federal de Campina Grande – PB.

APROVADO EM: 13/12/18

BANCA EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Gabriella Valle Dupim da Silva  
Orientadora – Profa. da Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de  
Campina Grande-UFCG

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Edgley Duarte de Lima  
Prof. da Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina  
Grande-UFCG

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Karynna Magalhães Barros da Nóbrega  
Prof. da Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina  
Grande-UFCG

Campina Grande – PB

2018

## **AGRADECIMENTO**

Este trabalho só foi possível porque algumas pessoas apostaram em um sonho que inicialmente era meu, mas que posteriormente se tornou coletivo. Este sonho meu, que diz sobre minha singularidade, conta com a posta de pessoas que estiveram comigo por toda minha vida, outras por parte dela e ainda, outras que chegaram recentemente.

Agradeço em primeiro momento a minha mãe, por ter investido muito de si em mim, por ter apostado e valorizado todas as minhas conquistas, apesar de muitas serem mínimas, por ser imperfeita e me mostrar que a maternidade é difícil, mas apesar de suas imperfeições, ser o possível. Agradeço a minha irmã Vitória, por ser uma menina forte e de muitos sonhos, por ser generosa e amar as pessoas de uma forma que não eu saberia sentir igual, por ser uma das minhas motivações e por sempre me fazer sonhar ainda mais. Agradeço a minha avó Antônia, por todo apoio afetivo, material e espiritual a mim concedido, por sua força e persistência que me inspiram diariamente, afinal são 95 anos de vida e resistência.

Agradeço as minhas tias (Maria e Elza), por amor e respeito, por palavras e acolhimento, pela força de ambas e pelos gestos cotidianos de carinho. Agradeço a minha prima Adriana, por ser também forte, batalhadora, por – sem saber – me inspirar, por sempre ter me ajudado, por sempre ter me acolhido, por sempre me ouvir, por sempre acreditar em mim. Engana-se quando diz que eu sei escutar, porque quem mais sabe é ela. Agradeço aos demais familiares que aqui não estão, mas com certeza estão no meu coração. As mulheres da minha família me inspiram.

Agradeço aos meus amigos de base e de guerra, em especial à Raylan, Fernanda, Mikaelle, Assis, Felipe, Ana Lúcia e Arlene por serem amigos, por serem especiais e por sempre me acolherem, cada um de seu modo, por me proporcionarem o melhor lugar mesmo em momentos difíceis.

Agradeço aos amigos que o curso me concedeu a honra de ter, em especial a João Gabriel, Camilla Melo, Camilla Marques, Viviane, Liliane, Douglas, Aleff, Danielle, Elliard, Byanka, Miguel por serem a extensão da minha família aqui em Campina Grande e também por sempre, absolutamente sempre, acreditarem em mim quando eu mesma não acreditei. Agradeço também aos amigos Túlio e Igor, por terem me abrigado no início de tudo e por todo carinho de sempre.

Agradeço aos professores educadores que tive a honra de ser aluna e que me inspiram todos os dias no meu fazer e no meu ser, em especial ao professor Felipe,

professor Tiago, professora Maristela, professora Betânia, professora Karynna, professora Gabriella, por serem, antes de tudo, pessoas.

Por último, mas não menos importante, agradeço a meu Psicólogo e Analista Felipe Pê, por suportar meu insuportável e me mostrar caminhos quando eu mesma já não os viam.

Acolhimento, força, respeito e amor. Obrigada!

## **RESUMO**

A psicanálise possibilita, desde o seu surgimento, o lugar de enunciação dos sujeitos. A partir desse entendimento, buscamos neste artigo construir uma articulação entre o espaço da Saúde Mental no contexto atual brasileiro e a prática possível da psicanálise dentro dele. Em um primeiro momento realizamos um breve histórico sobre as concepções de saúde e doença, bem como destacamos as principais transformações ocorridas nessa área a partir da Reforma Psiquiátrica. Posteriormente, desenvolvemos uma discussão sobre as aproximações e distanciamentos entre a prática psicanalítica e o espaço da Saúde Mental, assim como também buscamos pensar sobre os impasses que surgem a partir da inserção da psicanálise em ambientes institucionais. Por fim, consideramos que se torna uma importante forma de resgate e consolidação da noção de sujeito singular dentro do espaço da Saúde Mental a partir da presença do fazer psicanalítico.

**PALAVRAS -CHAVE:** Psicanálise, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica.

## **ABSTRACT**

From the outset, psychoanalysis makes it possible for the subjects to be enunciated. From this understanding, we seek in this article to build an articulation between the space of Mental Health in the current Brazilian context and the possible practice of psychoanalysis within it. In a first moment we make a brief history on the conceptions of health and disease, as well as we highlight the main transformations that occurred in this area from the Psychiatric Reform. Later, we developed a discussion about the approximations and distances between psychoanalytic practice and the space of Mental Health, as well as trying to think about the impasses that arise from the insertion of psychoanalysis in institutional environments. Finally, we consider that it becomes an important way of rescuing and consolidating the notion of a singular subject within the space of Mental Health from the presence of psychoanalytic doing.

**KEYWORDS:** Psychoanalysis, Mental Health, Psychiatric Reform

## INTRODUÇÃO

O termo Saúde Mental, no contexto brasileiro, surge a partir das evoluções no processo de saúde-doença e das mudanças com os sujeitos em sofrimentos psíquicos marcados pela Reforma Psiquiátrica. No campo da saúde e da doença, para Ribeiro (2011), existiram períodos ao longo da história que contribuíram para a concepção que hoje se tem de saúde. Inicialmente, segundo o autor, tem-se o período pré-científico, marcado pela medicina hipocrática na qual se pautava a ideia de doença não apenas como questão médica, mas também um assunto de bem-estar envolvendo a moral e a estética. Posteriormente advém o período biomédico, marcado pelos primeiros estudos científicos de Galileu, Descartes e Newton, os quais contribuíram para um forte avanço no campo da medicina e para a compreensão das doenças, mas que deixou de lado os aspectos ambientais e comportamentais como importantes na concepção e na análise das doenças. Este período é marcado pela compreensão cartesiana de corpo e de mundo. O adoecer é uma questão unicamente médica e reducionista.

A partir de então, para Ribeiro (2011) tem-se como resposta a este modelo biomédico as revoluções da saúde, a saber uma primeira revolução nesse campo que é marcada pelas mudanças provocadas pela revolução industrial no século XVIII, que resultaram nos processos migratórios e conseqüentemente na aglomeração de pessoas em lugares insalubres as margens da cidade, causando o surgimento de grandes epidemias como a tuberculose, sífilis, sarampo, etc. A primeira revolução da saúde tem como estratégia a prevenção das doenças e o desenvolvimento de vacinas específicas. Em seguida, marcada pelas discussões propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tem-se a segunda e a terceira revolução, que centravam suas ações no conceito de saúde e não apenas em doença, bem como na promoção de saúde.

É a partir de então que se formula pela OMS o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1946) e não apenas a ausência de doença. Fato que, para Amarante (2007), irá corroborar com a concepção de saúde mental já discutida em inúmeros países, provenientes das críticas dos movimentos sociais e de correntes teórico-práticas acerca dos cuidados com os sujeitos em sofrimento psíquico, que passavam pelo processo de institucionalização em hospitais psiquiátricos, sendo um período caracterizado como puramente biomédico e sintomatológico que, segundo Dassoler e Palma (2011), criou acerca do louco um imaginário social caracterizado pela representação de risco e periculosidade, tornando os sujeitos que não se encaixavam nos padrões da “normalidade” excluídos e imersos em um sistema cronificante de controle com base na tutela dos sujeitos, retirando, portanto, a liberdade e autonomia sob a

justificativa de que o cuidado do louco só era possível se este fosse retirado e distanciado do seu ambiente familiar, considerado como o ambiente causador da doença.

Neste sentido, com a percepção de atos desumanos e violentos, nesta concepção de tratamento, alguns movimentos teóricos e de profissionais emergem para contribuir com o que hoje concebemos como Reforma Psiquiátrica. Na antipsiquiatria norte americana, destacam-se correntes teóricas como a Psicanálise, Existencialismo e Marxismo, a Psiquiatria Democrática Italiana e a Psiquiatria Institucional Francesa, sendo estas últimas as que mais influenciaram no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2007).

Como consequência destas fortes influências tem-se no Brasil o movimento da Luta Antimanicomial, que demarca o surgimento da Reforma Psiquiátrica no país. A Reforma Psiquiátrica Brasileira buscou dar um novo sentido para a vida de sujeitos em sofrimento psíquico que, por décadas, viveram reclusos em hospitais psiquiátricos sob a ótica do saber biologizante e tutelar, não raras vezes sofrendo violações de direitos (AMARANTE, 2016).

Baseado na compreensão de humanização dos/nos cuidados de saúde, pautada pela Reforma psiquiátrica e pelo Movimento Antimanicomial, que são propostos, na Saúde Mental, os modelos de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (LANCETTI E AMARANTE, 2006), com pressupostos balizados por uma prática humanizada e pautados pelo viés de uma clínica ampliada que demarcou a psicopatologia e a psiquiatria tradicional como saberes hegemônicos e biologizantes. Ademais, como a psicanálise se encontrava ligada a estes saberes, tendo em vista que a psicanálise era exercida majoritariamente por profissionais da medicina, foi compreendida enquanto campo que deveria ser desconstruído e demarcado como um saber elitista, a-histórico e apolítico (DASSOLER E PALMA, 2011).

Não obstante, Figueiredo (2004) aponta essa interpretação da psicanálise enquanto equívoco grave que possibilitou um distanciamento da clínica - a partir da psicanálise - da Saúde Mental enquanto Política Pública. Entretanto, a psicanálise busca romper justamente com a lógica hegemônica e possibilitar autonomia aos sujeitos acerca de seus sintomas.

Isto posto, o presente trabalho busca tecer aproximações e distanciamentos entre a Saúde Mental, o conceito de clínica e a clínica na psicanálise, de modo a demarcar os equívocos de uma história que trouxe para a psicanálise um título que não a pertence, desconsiderando sua importância na concepção de sujeito e na lógica de cuidado. Para tanto, buscou-se nos autores contemporâneos da psicanálise e da Saúde Mental uma

releitura dos conceitos freudianos e lacanianos que elencam o compromisso da psicanálise com os sujeitos, considerando, além de uma lógica psicossocial, o sujeito enquanto imerso na linguagem, o sujeito do inconsciente.

### **O CENÁRIO DA PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

A incompreensão acerca da prática Psicanalítica possibilitou ao contexto brasileiro um distanciamento entre psicanálise e Saúde Mental. De acordo com Figueiredo (2004) é preciso fazer uma distinção entre Psiquiatria, Saúde Mental e a própria psicanálise, para que se responda ao impasse frente à clínica. A primeira, portanto, é demarcada como sendo o campo onde historicamente se desenvolveram os conceitos de psicopatologia e métodos de tratamentos para pessoas em sofrimento psíquico, a segunda é demarcada como sendo um campo vasto, conceitual e prático, de várias referências teóricas, já a psicanálise é demarcada como sendo o campo que desde muito tempo tece uma crítica ao saber psiquiátrico e psicopatológico, possibilitando, a partir da descoberta do inconsciente por Freud, uma nova referência sobre diagnóstico que partia do fenômeno para a estrutura e não o contrário. Deste modo, para Figueiredo (2004), a psicanálise demarca uma gigantesca oposição entre hegemonia e autonomia.

A psicanálise define uma grande diferença no que concerne à prática clínica a partir de seus pressupostos e a prática clínica a partir da clínica ampliada na Saúde Mental; sendo marcada pela ação singular, ou seja, uma articulação entre o particular de uma hipótese diagnóstica com o movimento do sujeito do inconsciente. Haja vista que, para a psicanálise, o sujeito não se trata do indivíduo ou da pessoa, mas o sujeito a partir de sua inserção na linguagem e das manifestações inconscientes. Já a prática a partir da clínica ampliada se propõe a atuar sobre o geral, reforçando aspectos como a autonomia, a cidadania, a contratualidade visando ampliar as relações sociais dos sujeitos (FIGUEIREDO, 2004).

De acordo com Endo (2017) a Reforma Psiquiátrica no Brasil possibilitou enormes progressos para a vida sob os moldes dos direitos humanos e éticos, além de cuidar de pessoas de fato como sujeitos e sujeitos de direitos, mas cometeu um grave equívoco ao se distanciar da prática clínica e conseqüentemente da escuta clínica, corroborando para uma prática profissional de um clínico, não raras vezes, voltada para o furor assistencial e pedagógico o que, conseqüentemente, demarca também uma diminuição de autonomia do sujeito.

Para Endo (2017) e Figueiredo (2004) há uma tendência, no campo da Saúde Mental, a negar a clínica, colocando-a no sentido contrário a reabilitação. As autoras

concordam que se reabilitar denega a clínica, inevitavelmente cai-se na armadilha da reeducação e do assistencialismo que pode propiciar uma atuação desmedida de diagnósticos excessivos e práticas institucionalizantes dentro de serviços substitutivos.

O que se percebe, portanto, é um aumento de práticas biomédicas e medicalizantes no contexto da Saúde Mental que reduzem, como no modelo biomédico, o sujeito numa visão cartesiana, a saber, o sujeito visto unicamente como tal a partir de sua possibilidade de pensar. “Penso, logo existo” (DESCARTES, 1968, p. 41) Para ser sujeito era/é preciso ter razão. O que leva as práticas potencializadas pela presença centrada no profissional médico que prescreve indiscriminadamente psicofármacos, bem como a ausência de profissionais atuantes numa perspectiva clínica que considere prioritariamente o sujeito e sua singularidade, o sujeito e seu sintoma.

Nesta lógica, como nos aponta Figueiredo (2004), a proposta da Saúde Mental pós Reforma Psiquiátrica, possibilitou a utilização das práticas psicossociais que atenuam nos dispositivos substitutivos práticas em equipes em dois moldes. Teria-se uma lógica hierarquizada, marcada pela verticalização do saber, pondo uma categoria em lugar hegemônico, tornando a clínica uma prática burocratizada. Teria-se também uma lógica igualitária, marcada pela horizontalização do poder e a mistura das funções, escapando à lógica das especialidades que em si é algo muito pertinente, mas pode cair na perda de referências da clínica. É neste sentido que, estando em uma prática ou outra, o sintoma escapa ao modelo da Saúde Mental.

É importante demarcar que o sintoma, para a psicanálise, numa concepção lacaniana dos últimos ensinamentos, é compreendido como a tentativa de cura que o sujeito desenvolve para lidar com o Real. O sintoma não deve ser dissociado do sujeito, pois é fundamental para sua constituição e sua estrutura. Logo, não deve ser eliminado, mas pode ser modificado, a partir da função clínica, buscando minimizar sofrimentos, caso haja (OCARIZ, 2003). O sintoma, deste modo, para ser compreendido como uma demanda de análise precisa emergir enquanto demanda particular do sujeito. Isto é, quando o sintoma sai do lugar de queixa para o lugar de endereçamento ao clínico, se apresentando como uma questão (QUINET, 2009).

No contexto da Saúde Mental não deveria ser diferente. As intervenções direcionadas só deveriam se dar quando os sujeitos tomam o seu sintoma enquanto uma questão, buscando, portanto, uma resposta ou apresentando um desejo pela compreensão. Quinet (2009) aponta que é a partir dessa concepção de sintoma que o sujeito se implica no processo analítico, objetivando decifrar, por exemplo, o que esse sintoma vem delimitar.

Para a lógica biomédica o sintoma é visto como o que deve ser eliminado. Baseia-se, portanto, na visão de sujeito cartesiano mencionada acima, bem como nas bases anatomofisiológicas que demarcam o adoecimento unicamente como causalidade orgânica e um lugar de saber que é manejado pelo médico. O sintoma, neste sentido, é um instrumento de uma prática hegemônica e tida como científica (PIMENTA E FERREIRA, 2003).

Não obstante, o que se apresenta na prática no campo da Saúde Mental são fracassos de intervenções não calculadas que impõe sobre os sujeitos um sintoma a partir de uma lógica biomédica e, consecutivamente, um direcionamento de tratamento e acompanhamento que põe em xeque a própria noção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) pautado pelo modelo de Clínica Ampliada da Saúde Mental:

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. [...] O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.) (BRASIL, 2007, p.40).

O que se percebe, geralmente, é que os serviços se moldam numa perspectiva segregatória com as chamadas especificidades nos atendimentos. Tem-se os grupos de “saúde mental”, o “dia do hipertenso”, o “grupo das gestantes”, dentre outros modos de categorizar sofrimentos e sujeitos, desconsiderando a particularidade de cada um, havendo, portanto, uma perpetuação de vácuos clínicos no serviço público de saúde (ENDO, 2017).

Neste sentido, como discutem Freitas e Amarante (2015), o problema da Saúde Mental está cada vez mais dando lugar para o saber biomédico, principalmente as formas medicalizantes de controle social ao propor soluções que tornam o sofrimento humano a partir de uma perspectiva unicamente biológica. Sendo a medicalização um processo que se iniciou com a busca da medicina e do modelo biomédico por curas objetivas de doenças e suas relações com a epidemiologia, fato que corroborou com o avanço dos cuidados em saúde, mas que ultrapassou o esperado, onde, atualmente, pode-se compreender o processo de medicalização como sendo doutrinário e de imposição de modos de vida. Havendo, neste processo, uma supremacia do saber Psiquiátrico, com base no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e na indústria farmacêutica.

Neste sentido, a psicanálise no campo da Saúde Mental poderia se inserir como mais um saber que leva em conta a dimensão política, da cidadania, mas também o lugar da singularidade do sujeito. O fazer da psicanálise nas instituições de Saúde Mental se apresenta como da ordem da invenção, na busca de fazer circular a palavra que está presente em cada sujeito, bem como na própria instituição. Deste modo, a dimensão clínica é indissociável de sua prática.

### **IMPASSES DA PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES: SOBRE A LÓGICA DA TRANSFERÊNCIA**

A transferência é o que possibilita o tratamento, mas também o que mobiliza resistência. Deste modo, o tratamento analítico precisa se basear na sinceridade do manejo transferencial (FREUD, 1996a). É a partir da ética da psicanálise que tem por pressuposto a transferência, que Freud diferencia algumas práticas institucionais ou de outras abordagens clínicas da prática psicanalítica. Como exemplo tem-se a crítica à ambição terapêutica, visto que, denominando de *furor sanandi*, Freud (1996a) aponta que a busca pela cura invisibiliza o sujeito, dando lugar, por exemplo, para práticas sugestivas e educativas que desconsideram a singularidade. Freud critica, desde sua época, os tratamentos institucionais a base de medicações unicamente, pois aposta na cura pela palavra.

O lugar da psicanálise se contrapõe ao mercado pela medicalização da vida, haja vista que o pressuposto primordial da psicanálise perpassa pela transferência, o lugar demarcado para o clínico através do que Lacan (1998) irá definir como sujeito suposto saber, a partir da relação permeada pelo discurso, isto é, o uso da fala endereçada à um Outro. Neste contexto, o sujeito é aquele demarcado por um significante que o nomeia, a suposição é o que o semblante faz supor a partir do simbólico, e o saber é a construção de forma não referencial, mas textual, isto é, a partir de cadeias significantes no processo analítico. Neste sentido, como bem aponta Lacan (1998), desse saber suposto pelo sujeito, o analista não sabe nada. É esta relação que propicia o ato analítico, seja na psicanálise exercida em um *setting* terapêutico ou na psicanálise aplicada a outros contextos, que decorre de uma prática discursiva. Assim sendo, toda prática decorrente de um discurso é transferencial (BROUSSE, 2007).

Desde Freud (1996b) a transferência, após a associação livre, era tida como o primordial para o direcionamento do tratamento, sendo em sua concepção uma relação entre a insatisfação do sujeito e a catexia libidinal, que coloca o analista em uma das séries psíquicas repetitivas que inconscientemente ou conscientemente o paciente o coloca. Freud

(1996b) ainda elenca que existem dois tipos de transferência, a saber: a transferência positiva, onde é marcada por sentimentos amistosos ou afetuosos, estes últimos invocando uma condição erótica e de difícil manejo; bem como a transferência negativa, caracterizada por sentimentos hostis direcionados ao analista. Neste último aspecto, Freud (1996b) aponta que a transferência negativa é mais comum em instituições que atuam em uma perspectiva não analítica, e neste sentido, colocaria, não raras vezes, o sujeito em um lugar de servidão mental, ou seja, o sujeito em um lugar de submissão àqueles que oferecem o tratamento.

## **APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS PARA UMA PRÁTICA POSSÍVEL**

Pôr em jogo a transferência e o que nela se interpreta não exige nenhum *standard*, tampouco um *setting*. Implica em pôr em jogo o corpo através da fala interpretante, através desse artifício singular que se assemelha ao amor (MATET E MILLER, 2007, p. 03).

Deste modo, a psicanálise numa prática aplicada à uma instituição de Saúde Mental demarca sim uma importante fase para sua reinvenção, fugindo dos moldes tradicionais de atendimento analítico que já prevista por Freud (1996a), determina uma questão de sua própria existência enquanto sintoma atual. Não obstante, para Brousse (2007), a psicanálise aplicada possibilita pensar que a prática analítica pode e deve estar presente em qualquer espaço, pois, mesmo que o ato seja solitário e considere o um a um, não significa que não haja consequências para além do singular. O que prevalece é o princípio transferencial e a concepção de sujeito.

Para Amarante (2007) a Saúde Mental não pode ser entendida como um universo pertencente à uma única profissão, mas sim à vários saberes e fazeres que propiciam um olhar amplo para o sujeito em sofrimento. O conceito Saúde Mental dá lugar para a interprofissionalidade e o acolhimento. Concepções abordadas pela psicanálise na prática entre vários que se constitui como sendo uma clínica voltada para o sujeito e suas invenções discursivas, considerando as colaborações de uma determinada equipe (ABREU, 2007), no entanto, não no conceito humanitário, mas pela consideração do discurso que determina a demanda (MATET e MILLER, 2007).

A psicanálise começa quando, sob transferência, o sujeito se implica na decifração das formações inconscientes, logo, o fato de haver análise não depende da duração ou do lugar, e sim das intervenções realizadas frente ao sofrimento do sujeito, a partir da relação dialética (GUÉGUEN, 2007). Numa instituição, é preciso ser estabelecida uma transferência de trabalho, isto é, uma relação de suposição de saber entre os demais

profissionais para com a psicanálise ou aquele que a exerce ou vice-versa. O analista precisa ser bem-vindo na instituição. Para tanto, é preciso identificar, *a priori*, qual discurso que paira na instituição de Saúde Mental.

Lacan (1992) formula a teoria dos quatro discursos para dar conta das relações estabelecidas por meio da linguagem, sendo esta propiciada pela articulação de significantes:

Os discursos nada mais são do que a articulação significante, o aparelho, cuja mera presença, o status existente, domina e governa tudo o que eventualmente pode surgir de palavras. São discursos sem palavras, que vêm em seguida alojar-se nele (LACAN, 1992, p. 158).

O discurso da histórica demarca a impossibilidade de desejar, estabelecido na relação analítica. A histórica constitui alguém como mestre, a partir da suposição de saber, para em seguida desbanca-lo. O discurso Universitário, marcado pela impossibilidade de se adquirir um saber todo, que produz um sujeito dividido e que terá desejo por saber ainda mais. O discurso do mestre, que vem assumir o carácter da impossibilidade de governar e aponta a fragilidade em um discurso que assume posição de verdade. E o discurso do analista, que se propõe a ser o avesso do discurso do mestre, trazendo em suas relações o impossível de analisar, tendo em vista que é este discurso que põe a prova a própria prática da psicanálise, objetivando o “sujeito como aquele que tem infinitas possibilidades de vir a ser” (COELHO, 2006, p. 116).

Para Couto e Alberti (2008) o discurso da Reforma Psiquiátrica é o discurso do mestre, denominado por Lacan (1992) como sendo o discurso que traz consigo o teor político e impositivo, mas que, não raras vezes, a sua verdade é ocultada e torna-se visível pelo trabalho escravo, onde, atualmente, este discurso enquanto produção de saber se afirma na condição do Estado. Deste modo, no campo da Saúde Mental, o discurso do mestre é evidente devido às leis e portarias - enquanto saber unidirecionais - que se instauram nos serviços. No entanto, contraditoriamente, assumem como slogan o resgate da cidadania e autonomia dos sujeitos como sua principal função (COUTO e ALBERTI, 2008).

O discurso do mestre vem assumir o carácter da impossibilidade de governar. Aponta a fragilidade em um discurso que assume posição de verdade (LACAN, 1992). E, para além disto, os resultados práticos da Reforma Psiquiátrica brasileira, no que competem as apropriações de saberes como os sociológicos em demasia, dão lugar para o discurso universitário e sua burocratização (COUTO e ALBERTI, 2008).

É importante que se assuma uma posição oposta a este discurso burocratizado. De acordo com Lacan (1992), isso se opera através do discurso psicanalítico. Tendo em vista que o discurso do mestre é também característico do discurso do inconsciente, sendo este agente que domina os impulsos do sujeito. No contexto da política pública, mais especificamente da Saúde Mental, o discurso do mestre assume também o caráter dominador sobre o sujeito. Sendo, portanto, em ambas as circunstâncias, o discurso psicanalítico que evoca o sujeito enquanto tal (COUTO e ALBERTI, 2008).

O objetivo da psicanálise na instituição é, como no consultório, fazer com que o sujeito se aproprie de um discurso de modo que não esteja assujeitado a ele. É a dimensão política da clínica que opera a psicanálise, semelhante ao caracterizado pela clínica ampliada na Saúde Mental. A diferença é que, ao fazer psicanálise, como bem aponta Figueiredo (2014), contribui-se para a elaboração de experiências emocionais em diferentes dimensões, bem como o auxílio à interpretação das fantasias de ansiedade e das fantasias de desejo, considerando tanto a transferência como o campo histórico e cultural dos sujeitos. A dimensão histórica e social sempre foi e é considerada como a base para a vida, tendo em vista que a coletividade é que torna possível a existência individual, por mais que nela se encontre sofrimentos e mal-estar.

Nesta perspectiva, o que a psicanálise vem propiciar às instituições de Saúde Mental não é a crítica unicamente, mas sim considerar a importância da Reforma Psiquiátrica e tecer, junto com os saberes múltiplos da Clínica Ampliada, um fazer que evidencie o sujeito na sua dimensão singular enquanto sujeito, e sujeito este do inconsciente. Propiciar aos espaços institucionais uma reflexão sobre os significantes, que são formas de controle e não operam numa lógica da cidadania e tampouco da autonomia. Como exemplos tem-se o “toxicômano”, o “depressivo”, o “diabético”, a “grávida”, o “doente mental”. Além disso, reformular a concepção de saúde pública enquanto ainda atrelada aos cuidados de pobres (ENDO, 2017), é pensar numa prática ética, que vislumbre a emergência de um discurso formulado pelo sujeito. É pensar no profissionalismo no tocante a especificidade do saber, o que não deve ser confundido com uma atuação hegemônica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É de se considerar, com base no exposto, que a Saúde Mental vem a cada dia retomando antigas práticas institucionalizantes e de controle social. Os conceitos de cidadania e autonomia, tão caros ao movimento de Reforma Psiquiátrica, estão abrindo espaço para um discurso hegemônico que volta a estar no lugar da medicina e das demais

práticas medicalizantes. Para a psicanálise, essa “falência” é compreendida pela falência do discurso do mestre em oposição ao construído pelos sujeitos, bem como o distanciamento da clínica. Politizar um sintoma ou um sofrimento tem suas consequências. Neste sentido, a psicanálise busca somar partir de uma prática que considere o coletivo, mas que esteja em evidência o singular operante na fala do sujeito.

Portanto, este trabalho não propõe a psicanálise enquanto a clínica adequada para a Saúde Mental, mas a partir do que ela pode nos servir, pensar que sua prática é possível neste contexto, pois possui uma dimensão clínica. Além disso, seja no campo da psicopatologia, semiologia, fenomenologia, a clínica não pode ser tomada como dicotômica ao social.

Ademais, é importante pensar os saberes e práticas que de algum modo corroboram direta ou indiretamente com a Saúde Mental como forças, que precisam na atual conjuntura política que se estabelece o Brasil, somar estratégias que propiciem aos sujeitos a garantia política, social e singular de suas existências.

## **REFERÊNCIAS**

- ABREU, D. N. A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Clinicaps*. n. 02. 2007.
- AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007

- AMARANTE, P. (Org.). Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Ed. 8. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.
- ALBERTI, S.; COUTO, R. Contribuição ao debate entre a psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira. *Mental* - ano VI - n. 11 - Barbacena - jul.-dez. 2008 - p. 15-33.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BROUSSE, M.-H. Três pontos de ancoragem. In: Miller, J., Matet, J.-D. (orgs.). *Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano* (pp. 22-26). Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2007.
- COELHO, C. M. S., psicanálise e laço social - uma leitura do seminário 17. *Mental* - ano IV - n. 6 - Barbacena - jun. 2006 - p. 107-121
- DASSOLER, V. A., PALMA, C. M. S. Contribuições da psicanálise para a Clínica Psicossocial. *Revista Mal-estar e Subjetividade* - Fortaleza - Vol. XI - Nº 3 - p. 1161-1188 - set/2011.
- DESCARTES, R. *Discurso do Método e Tratado das Paixões da Alma*. (5ª edição). Lisboa: Livraria Sá da Costa. 1968.
- ENDO, T. C. Sofrimento psíquico a margem do SUS: vastidão e confinamento na clínica. 1. ed. São Paulo: Zagodoni. 2017.
- FERREIRA NETO, J. L. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30 (2), 386-399. 2010.
- FREITAS, F., AMARANTE, P. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2015.
- FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online]. 2004, vol.7, n.1, pp.75-86
- FIGUEIREDO, L. C. *cuidado, saúde e cultura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante*. São Paulo: escuta, 2014.
- FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência, 1912. In: \_\_\_\_\_. *O caso de Schreber e artigos sobre técnica*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 107-120.

- FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: Freud S. Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Editora Imago; 1996. vol. 12, p. 147-59.
- GUÉGUEM, G. P. Quatro pontuações sobre a psicanálise aplicada. In: MILLER, Judith et al. Pertinências da psicanálise Aplicada (PP.17-21). Trabalhos da Escola da Causa Freudiana, Rio de Janeiro, Forense Universitária. 2007.
- LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In J. Lacan. Outros escritos (Vera Ribeiro, Trad.) (pp. 249-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- LACAN, J. O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise (1969-1970). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: Escritos. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1998
- LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde Mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- MATET, J. D.; MILLER, J. Apresentação. In: Matet, J. D. & Miller, J. (Eds.), Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1-5. 2007.
- OCARIZ, M. O sintoma e a clínica psicanalítica. São Paulo: Via Lettera. 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. United Nations Children's Fund. Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata. URSS: OMS, 1978.
- PIMENTA, A. C.; FERREIRA, R. A. O sintoma na medicina e na psicanálise – notas preliminares. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003, v. 3, p. 221-228. Disponível em: <<http://veterinariosnodiava.com.br/books/9-O-SINTOMA-NA-MEDICINA-E-NA-PSICANALISE.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2018.
- QUINET, A. As 4+1 condições da análise / Antonio Quinet. 12.ed. – 12.ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.
- RIBEIRO, J.L.P. A Psicologia da Saúde. In Alves, R.F., org. Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa [online]. Campina Grande: EDUEPB. pp. 23-64. ISBN 978-85-7879-192-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. 2011.