

## **O DESEJO DO PSICANALISTA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

### **problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário**

*Doris Rinaldi*

Uma das perguntas apresentadas a Jacques Lacan no programa realizado pela televisão francesa em 1974 e publicado no mesmo ano sob o título *Télévision*, diz respeito ao lugar do psicanalista frente aos trabalhadores da saúde mental – psicólogos, psicoterapeutas, psiquiatras – que, “nas bases e na dureza agüentam toda a miséria do mundo”<sup>1</sup>. Em sua resposta, ao mesmo tempo irônica e enigmática, ele se vale da noção de *discurso*, ao apontar para o fato de que “agüentar a miséria” é participar do discurso que a condiciona – o discurso do mestre - mesmo que protestando contra ele. Ao relacionar esta miséria ao discurso do capitalista - mestre moderno - ele o denuncia, mas não sem dizer que isso não basta, podendo, ao contrário, reforçá-lo.

Quanto ao psicanalista, chama a atenção para o discurso analítico que confere *existência* ao inconsciente freudiano, o que só é claramente atestado no *discurso da histérica*. É o *discurso analítico*, como laço social determinado pela prática de uma análise, que define o lugar do analista como sendo o do “santo”, não por fazer “caridade”, mas por bancar o “dejeito” e, com isso, realizar o que a estrutura desse discurso impõe, isto é, “permitir ao sujeito do inconsciente tomá-lo como causa de seu desejo”<sup>2</sup>.

Esta longa referência nos introduz no problema que pretendemos abordar, relativo ao lugar do psicanalista junto aos demais trabalhadores da saúde mental que, de alguma forma, nos hospitais psiquiátricos e nos serviços substitutivos instituídos pela reforma psiquiátrica, lidam com a “miséria do mundo”.

Frente a esta miséria, não podemos esquecer as observações de Freud em 1919 que, reconhecendo o reduzido âmbito de atuação da prática psicanalítica, limitada aos consultórios privados, assinala a necessidade de extensão dessa clínica a amplas camadas da população, através da assistência pública. O que o motiva a fazer esta consideração é a existência de uma imensa “miséria neurótica” no mundo, que ameaça a saúde pública tanto

---

<sup>1</sup> Lacan, J. *Televisão*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1993, p. 29.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 33.

quanto as doenças orgânicas, exigindo, portanto, uma ação do psicanalista na instituição pública<sup>3</sup>.

Isso nos conduz a refletir sobre o lugar da psicanálise na *pólis*, naquilo que Lacan designou como “psicanálise em extensão”, que diz respeito não apenas à transmissão da psicanálise por via das instituições psicanalíticas, seja pelo ensino ou pelo testemunho que os analistas aí podem dar de seu percurso, mas também pela prática da psicanálise no âmbito das instituições públicas de assistência, onde, através de laços sociais múltiplos, ele se defronta com outros discursos que sustentam diferentes práticas no campo da saúde mental. Se, como lembra Lacan, a “psicanálise em extensão” está na estrita dependência do que ocorre na “psicanálise em intensão”, sustentada pelo desejo de analista no tratamento oferecido a cada sujeito, é no âmbito da “extensão” que este desejo fará a prova mais radical de seus efeitos.

Não se trata, portanto, de reproduzir as velhas oposições ‘público x privado’, supondo uma extensão da psicanálise à instituição pública que resultaria em depreciação da ‘verdadeira psicanálise’, exercida no espaço privado dos consultórios. Tal como apresentada na *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o Psicanalista da Escola*<sup>4</sup>, a distinção entre “psicanálise em intensão” e “psicanálise em extensão” aponta para o vínculo indissociável existente entre elas, evidenciando a lógica do discurso analítico, onde interno e externo se entrecruzam, na medida em que não há sujeito sem Outro. A alteridade encontra-se no próprio fundamento do conceito de sujeito do inconsciente, como efeito do significante. O sujeito é atravessado por essa alteridade que o determina e, ao fazê-lo, o divide, uma vez que uma parte sua escapa ao domínio do significante. Como resto dessa divisão, emerge o objeto causa de seu desejo, que é, ao mesmo tempo, o mais íntimo e o mais estranho ao sujeito, “*ex-timo*”, como diz Lacan, procurando expressar nesse neologismo o ponto de encontro entre interno e externo.

A discussão que pretendemos desenvolver tomará como base uma pesquisa realizada em uma instituição pública de saúde mental, de caráter universitário<sup>5</sup>, onde a

---

<sup>3</sup> Freud, S. “Linhas de progresso na terapia psicanalítica” (1919), *Obras psicológicas completas*, Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro, Imago Ed. , 1976.

<sup>4</sup> Lacan, J. “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o Psicanalista da Escola”, *Boletim Maisum*, n. 46, Rio de Janeiro, CFRJ.

<sup>5</sup> Trata-se do Projeto Integrado de Pesquisa “Saúde, Loucura e Família: práticas socioinstitucionais em serviço”, CNPq/UERJ, coordenado por mim em parceria com o Prof. Marco José de Oliveira Duarte, que

prática psicanalítica se insinua junto à prática médica e a outras práticas psicoterapêuticas. A vantagem que este ‘campo’ nos oferece é o fato de se tratar de uma instituição que alia o ensino universitário à assistência, onde nos deparamos com uma diversidade de saberes e práticas - desde o mais tradicional saber médico às novas propostas de trabalho em saúde mental, introduzidas pela reforma psiquiátrica brasileira -, estruturados em diferentes discursos.

Para pensar as questões surgidas nesta pesquisa, tomaremos como referência a teoria dos quatro discursos elaborada no Seminário XVII *O avesso da psicanálise* (1969-70)<sup>6</sup>, onde Lacan conceitua o discurso como uma estrutura necessária que põe em movimento relações fundamentais decorrentes do fato de estarmos imersos na linguagem. Partindo da forma fundamental da linguagem que supõe a emergência do sujeito (\$) entre os significantes, uma vez que um significante (*S1*) o representa para outro significante (*S2*), desta operação sobrando um resto (*a*), ele apresenta quatro modos de ordenação desses elementos, que obedecem às seguintes questões: quem ocupa o lugar de **agente** do discurso, a que **outro** ele se dirige, que **verdade** o impulsiona e qual é a **produção** desse discurso. O sistema completo desses lugares, (fórmula) aliado às possibilidades de inscrição dos elementos *S1* (*significante–mestre*), *S2* (*saber*), *a* (*mais-de-gozar*) e \$ (*sujeito*) nos diferentes lugares, resultará nos quatro discursos considerados por Lacan como os laços sociais fundamentais entre os seres falantes. São eles o *discurso do mestre*, o *discurso da histórica*, o *discurso do analista* e o *discurso universitário*. (Incluir as fórmulas dos discursos, nesta ordem). Cada um deles é tomado por referência aos demais e a passagem de um discurso a outro se efetiva a partir do movimento de um quarto de volta de seus elementos pelos lugares. É o inconsciente, enquanto instância dinâmica, que provoca esta passagem, através da mudança do lugar onde o efeito do significante se produz.

É importante assinalar que a teoria dos quatro discursos deriva do paradigma fundador da teoria lacaniana do “inconsciente estruturado como uma linguagem”, mas o que Lacan explora no seminário do *Avesso* é a articulação entre a linguagem e o gozo. Partindo da formulação de que “o saber é o gozo do Outro”, apresentada no seminário anterior (*Seminário XVI: De um Outro ao outro*), ele desenvolve a função do saber na sua

---

teve como campo empírico de investigação o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB). O presente artigo tomou como base o Relatório desse Projeto, concluído em julho de 2001.

<sup>6</sup> Lacan, J. *O Seminário, livro XVII – O avesso da psicanálise* (1969-70), Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.

dialética com o gozo, tomando os discursos como aparelhos de gozo: o gozo que resta ao falante por estar imerso na linguagem. O *objeto a*, definido anteriormente como objeto causa de desejo, ganhará, a partir do *Seminário XVI*, a função de “mais-de-gozar”, com base em uma referência ao conceito de “mais-valia” formulado por Marx em *O Capital*. No *Seminário XVII*, este objeto aparecerá em diferentes lugares no esquema dos ‘quadripodes’, indicando que a distribuição e o manejo do gozo variam de acordo com o discurso.

O que Lacan procura mostrar é que o gozo primitivo, mítico, que Freud supõe ao termo do processo primário, com a inserção do aparato significante está perdido, e é isto que instaura a função do desejo. O “mais-de-gozar” é um “bônus”, um resto de gozo que se produz no lugar da perda e que movimenta o circuito da repetição que comanda o desejo. Há uma dialética do desejo ao gozo, que passa pelo saber, fazendo com que, como diz Lacan, nada seja mais importante no discurso do que aquilo que diz respeito ao gozo. “O discurso toca nisso sem cessar, posto que é dali que ele se origina”<sup>7</sup>.

Estas formulações nos interessam particularmente aqui, na medida em que permitem refletir sobre o lugar da psicanálise na *pólis*, a partir de sua inserção no laço social e na política, onde diversas formas de laço social se confrontam. O reconhecimento de que todo discurso é um meio de gozo é fundamental para pensar os discursos como aparelhos de poder e, nesse quadro, o lugar do *discurso analítico* como laço social determinado pela prática de uma análise.

### **A instituição**

A instituição objeto de nossa pesquisa é tradicionalmente médica e universitária, desenvolvendo, desde sua fundação, atividades de ensino, pesquisa e assistência. Ao longo de décadas dedicou-se basicamente à formação médico-psiquiátrica, articulada à assistência. A presença de profissionais de outras formações era absolutamente acessória, não influenciando diretamente na clínica até fins da década de 80.

Na década de 90, observou-se uma abertura para outros campos de saber - a psicanálise entre eles - paralelamente a uma reestruturação do serviço, sob a influência das discussões travadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica que cria o campo da saúde

---

<sup>7</sup> Ibid., p. 66.

mental. Ainda que esta instituição não estivesse no centro de tais discussões, seus efeitos se fizeram presentes na reorganização que sofreu, através de algumas mudanças nas tradicionais estruturas de assistência, como enfermarias e ambulatório, assim como na criação e ampliação dos novos dispositivos propostos pela reforma, tais como CAPS e Hospital-dia, que passaram a integrar o Centro de Atenção Diária. Esta reformulação incidiu sobre a clínica, com a criação de dez equipes clínicas, cuja supervisão fica a cargo de um psiquiatra, mas que integra, além dos médicos residentes, profissionais de outras áreas – psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros – alunos dos diversos cursos de especialização, entre eles o curso de especialização em clínica psicanalítica.

As mudanças visaram favorecer um trabalho multidisciplinar na abordagem da chamada “loucura”, que ocorreu *pari-passu* à promoção de uma “humanização” do tratamento, antes de características marcadamente manicomial, por meio de modificação das regras de abertura das enfermarias, fim da divisão por gênero, redução do tempo de internação, diminuição da contenção física e do uso abusivo de eletrochoques, além de alterações na estrutura do ambulatório, com a implantação dos Grupos de Recepção, a partir de 1995.

Tais transformações abriram espaço para uma pluralização dos discursos dentro do instituição, acompanhada de uma diversificação da clínica que hoje não se restringe mais à clínica médica. A presença do discurso da Reforma, sustentando os novos dispositivos de assistência que compõem o Centro de Atenção Diária, assim como do discurso psicanalítico, cuja presença se faz notar no Ambulatório, vinculado ao curso de especialização em clínica psicanalítica, traz, como consequência, novas concepções de tratamento que rompem com o paradigma médico dominante.

É importante assinalar, entretanto, que o espaço de atuação das várias abordagens clínicas não é distribuído de forma equânime, nem se pode dizer que haja uma integração entre essas abordagens, no sentido de uma assistência pautada pelo princípio da interdisciplinaridade. As transformações ocorridas quebraram o domínio exclusivo do discurso médico, mas não chegaram a abalar sua hegemonia. É o único discurso que atravessa todos os setores, sustentando a espinha dorsal da instituição, através das equipes clínicas. Essas, por sua vez, tem bastante autonomia, seguindo orientações diversas,

dependendo dos supervisores - sempre médicos - mais ou menos abertos à articulação com outros saberes, evidenciando a inexistência de uma linha de trabalho claramente demarcada a partir da direção da instituição. Se a pluralidade de orientações pode ser pensada como um fator positivo, que estimula a interlocução e a convivência com as diferenças, a inexistência de uma proposta explícita de direção clínica para o conjunto da instituição cria um vácuo onde se reafirma o tradicional discurso médico.

Além disso, observou-se que, no cotidiano da assistência, a troca entre as equipes é reduzida, ocorrendo eventualmente. O lugar oficial desse intercâmbio são as reuniões clínicas que se realizam uma vez por semana e que promovem o encontro de profissionais, residentes e especializandos de todas as equipes clínicas para a discussão de casos clínicos. O acompanhamento de uma série dessas reuniões também revelou a predominância do discurso médico, na construção das histórias clínicas e nos debates travados, com pouca participação de outros saberes.

Assim, apesar dos esforços no sentido de uma transformação da estrutura da instituição e das modificações efetivamente realizadas, ainda temos uma organização da assistência marcada pela hierarquia e pelos especialismos que levam a uma divisão de territórios: enquanto o discurso médico atravessa toda a instituição, mas tem na enfermaria o seu *locus* privilegiado, o discurso da reforma limita-se ao Centro de Atenção Diária e o discurso psicanalítico ao ambulatório.

A ênfase na internação faz com que grande parte dos pacientes ingresse na instituição diretamente para as enfermarias, sem passar pelo ambulatório. Isto restringe a constituição de um espaço de escuta onde o sujeito possa trazer a sua questão, o que poderia evitar internações desnecessárias, revelando um resquício das velhas práticas manicomiais que se pretende ultrapassar.

Observa-se, portanto, que as transformações da assistência nessa instituição constituem ainda um processo em construção cujo destino depende dos profissionais envolvidos no trabalho e efetivamente interessados na mudança, entre eles os psicanalistas. Como afirma um dos entrevistados, *“a psiquiatria só abre mão do seu lugar de exclusividade, não porque queira, porque é forçada, e porque não dá conta do objeto que ela mesmo constituiu, dizendo que iria dar conta”* (psiquiatra).

### **Psiquiatria e psicanálise**

Duas questões podem ser colocadas a partir desta fala: a primeira delas relativa ao objeto da psiquiatria e a segunda sobre a relação da psicanálise com esse objeto.

Em primeiro lugar, que objeto é esse constituído pela psiquiatria? Como sabemos, a psiquiatria como uma “medicina especial” nasce com Pinel e Esquirol, na passagem do séc. XVIII para o XIX, a partir da construção de um saber sobre a loucura que a transforma em “doença mental”. Esse nascimento é correlato ao nascimento do asilo, herdeiro das antigas casa de internação, que se constitui como espaço privilegiado de tratamento e cura da alienação mental. A subordinação da experiência da loucura à ordem médica se dá “concomitantemente ao nascimento do moderno discurso médico, tributário da razão iluminista, caracterizado pela crença no racionalismo científico e no poder da técnica”<sup>8</sup>

Na “ordem médica”<sup>9</sup> a razão está no médico e o ‘erro’ no doente. Na ordem asilar isto é elevado à potência máxima porque a doença mental é identificada à desrazão que, no entanto, guarda um resquício de razão que pode ser resgatada através do tratamento moral. A ambigüidade da revolução pineliana reside no fato de que a experiência subjetiva da loucura, ao mesmo tempo que encontra um lugar para expressar sua verdade, se vê, neste lugar mesmo – o asilo – objetificada pelo saber médico, este último identificado à verdade e à razão. Isto não significa, entretanto, que, para a psiquiatria no seu nascedouro, inexistia sujeito na alienação mental. A própria idéia de alienação e de doença pressupõe um sujeito, *doente*, que, tomado como objeto do saber médico, sustenta os ideais de tratamento e cura. O tratamento moral confere ao médico um lugar de poder e autoridade, frente a um sujeito perdido nas “paixões da alma”: poder moral e disciplinador, através do qual o resgate da razão pode se efetivar.

A partir da teoria dos quatro discursos, podemos aproximar o discurso alienista do que Lacan designa como *discurso do mestre*. Nele o médico ocupa o lugar de mestre que, com seu olhar e sua palavra, pode restabelecer o poder da razão, perdida no turbilhão das paixões. É o significante-mestre (*SI*) que, em posição de comando, age sobre o outro – o

---

<sup>8</sup> Rinaldi, D. “ A ordem médica: a loucura como ‘doença mental’”, *Em Pauta, Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*, RJ, n. 13, jul./dez. de 1998.

<sup>9</sup> Expressão cunhada por Clavreul, J, *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*, São Paulo, Ed. Brasiliense, 1983.

alienado, com o objetivo de promover uma mudança na “cadeia de suas idéias”<sup>10</sup>. O produto do discurso do mestre é a constituição de um objeto (*a*) que, nesse caso, é a “doença mental”. É aí que neste discurso se situa o gozo, subsumido pelo Saber (*S2*), uma vez que o objeto é uma produção do discurso, estando disjunto do sujeito (*\$*). Ele não aparece como causa de desejo para o mestre e por isso o discurso do mestre é o único a tornar impossível a fantasia, na medida em que ela supõe a relação do *a* com a divisão do sujeito ( $\$ \ll a$ )<sup>11</sup>. O discurso do mestre é, nesse sentido, recalcador para o próprio mestre, que é cego quanto a sua verdade.

O que a psicanálise tem a dizer sobre isso? Em primeiro lugar, a descoberta freudiana do inconsciente vem questionar as certezas do sujeito racional, mostrando que existe uma razão “que a própria razão desconhece”, e que concerne justamente às “paixões da alma”. São essas razões, de ordem inconsciente, que, em última instância, nos governam. Com isso Freud subverte a noção de doença mental, questionando a oposição normal x patológico e abrindo a possibilidade de comunicação entre ‘razão’ e ‘desrazão’. O campo do inconsciente, contudo, não se coloca para Freud como objeto de um saber que lhe é externo, uma vez que ele reconhece que há saber no próprio inconsciente, saber que não se sabe, mas que se revela na fala de um sujeito.

O que está no centro de interesse da clínica psicanalítica não é a doença mental como objeto, mas o sujeito na sua singularidade. Mas, será o mesmo sujeito a que se refere a psiquiatria nos seus primeiros passos? Como indica Philippe Julien, o sujeito que nasce com a psiquiatria é efeito de uma retomada pela medicina, no decorrer do século das luzes, de uma velha tradição filosófica: a sabedoria estoíca. É em Cícero que se vai buscar a noção de que o desregramento das “paixões da alma” provoca a perda da razão. Como afirma Julien:

“O sujeito da psiquiatria é o retorno do sujeito filosófico da sabedoria antiga, isto é do princípio do poder sobre si, da *enkrateia*. Há em cada um de nós um piloto, como dizia Platão, que dirige nossas faculdades e nossas tendências, um pequeno mestre: pequeno homem de bem no homem. Tal é o sujeito”<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Julien, P. “Pinel, Esquirol, Freud, Lacan”, *Littoral*, 25 avril, Paris, Errès, 1976.

<sup>11</sup> Lacan, J. *O avesso da psicanálise*, op.cit, p.101.

<sup>12</sup> Julien, op.cit.:41-2.

Esse sujeito suposto teria uma função de mestria, no sentido de harmonizar e sintetizar as faculdades mais elevadas do homem – intelecto e vontade – e as paixões da alma. É o princípio da unificação que o rege, sob o império da razão.

O sujeito para a psicanálise, contudo, é outra coisa. É o sujeito do inconsciente, dividido pela linguagem, que não se identifica a nenhum ser, a nenhuma substância encarnada, ex-cêntrico a si mesmo. Dele só temos notícias pelos seus efeitos na fala. É a espera desses efeitos que se coloca a escuta do psicanalista. O *discurso do analista*, nesse sentido, é o avesso do *discurso do mestre*, pois o que está em lugar de agente no discurso não é o significante-mestre (*SI*), mas o *objeto a*, como causa de desejo e lugar de gozo (*mais - de- gozar*). É ele que agirá sobre o sujeito, no lugar do outro, para produzir o significante-mestre (*SI*) que o marca e divide. Ao contrário do *discurso do mestre*, que parte da exclusão da fantasia, no *discurso do analista* esta vem para a boca de cena, onde o analista, ao ocupar o lugar de agente, se oferece como causa de desejo para o sujeito.

Além disso, se nesse momento de fundação da psiquiatria podia-se supor, por parte do saber médico, a consideração de um ‘resquício’ de sujeito no alienado, a própria ordem asilar sustentada pelo discurso médico se incumbirá de reduzi-lo à condição de puro objeto.

Nas décadas de 80 e 90 do século XX, a partir do desenvolvimento das neurociências e da moderna psicofarmacologia, observa-se uma crescente afirmação da chamada “psiquiatria biológica”, que opera uma redução da vida mental à sintaxe neuronal<sup>13</sup>. Esse processo não é sem conseqüências para a clínica psiquiátrica, tendo também seus efeitos no campo ético-político. São bastante oportunas as observações de Birman, quando diz: “Parece-me evidente que a psiquiatria se transformou num canteiro de obras da indústria farmacêutica. As grandes transnacionais de medicamentos psicofarmacológicos dominaram o campo psiquiátrico, atualmente subsidiado por elas”<sup>14</sup>.

As formulações de Lacan em *O avesso da psicanálise* são novamente esclarecedoras, porque nos permitem pensar essa nova face do discurso psiquiátrico. Ao aproximarmos a psiquiatria pineliana do *discurso do mestre*, levamos em conta que, neste discurso, o saber (*S2*) está no lugar do outro, já que ela parte da suposição de um resquício

---

<sup>13</sup> Ver Serpa Jr., O, “Psicanálise, psiquiatria e a sedução da completude” em Quinet, A (org.) *Psicanálise e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2001.

<sup>14</sup> Birman, J. “Desposseção, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje” em Quinet, A (org.) op.cit., p. 22.

de razão no louco, que o afasta da animalidade. Poderíamos aproximá-la, então, do discurso do mestre antigo, ligado à tradição filosófica. Já a atual “psiquiatria biológica” estaria mais próxima do que Lacan chama de discurso do mestre moderno – o capitalista - que ele identifica, neste seminário, ao *discurso universitário*, onde a ciência se alicerça.

Em relação ao mestre antigo (*discurso do mestre*), o que se observa é uma mudança no lugar do saber. No *discurso universitário*, é o saber (*S2*) que ocupa o lugar de agente, instaurando a tirania do ‘tudo-saber’, na afirmação da verdade científica. No lugar do outro está o objeto (*a*) a ser dominado por este saber totalizante e o produto é um sujeito dividido (\$) pelo saber médico em duas partes: o homem e sua doença. Mais do que isso, esse homem, objetificado pelo saber científico, resume-se atualmente a funções do cérebro, informações genéticas. É a verdade do sujeito que se encontra definitivamente excluída, na medida em que, como produto, ele se encontra disjunto de sua marca fundamental (*SI*)’

É importante ressaltar que a associação desse discurso com o discurso capitalista subordina a ciência aos imperativos do lucro da indústria farmacêutica, além de transformar a assistência em uma empresa de produtividade, onde a ‘eficiência’ do tratamento é medida por números. Ao tomar o sujeito como uma mercadoria a mais, o discurso capitalista faz do “mais-de-gozar” apenas um valor a registrar ou deduzir do que se acumula. Como diz Lacan: “A sociedade de consumidores adquire seu sentido quando ao elemento, entre aspas, que se qualifica de humano se dá o equivalente homogêneo de um mais-de-gozar qualquer, que é o produto de nossa indústria, um mais-de-gozar forjado”<sup>15</sup>. É o produto da indústria farmacêutica que surge aqui como equivalente deste “elemento humano”, criando sintomas e doenças que passam a definir o sujeito, objetificado pelo discurso. A recente ênfase do discurso psiquiátrico na depressão e na criação de síndromes, como a síndrome do pânico, é exemplo disso.

Mais tarde, em uma conferência em Milão de maio de 1972<sup>16</sup>, Lacan apresentará o matema do *discurso capitalista*, como um quinto discurso, a partir de uma inversão, no *discurso do mestre*, dos lugares do significante-mestre e do sujeito. Todavia, as considerações que faz em *O avesso da psicanálise*, vinculando-o ao discurso universitário, são bastante ricas para a discussão das questões que levantamos na pesquisa, onde, ao

---

<sup>15</sup> Lacan, J. *O avesso da psicanálise*, op.cit. p.76.

<sup>16</sup> cf. Valas, P. *As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. p.77, nota 138.

investigarmos o lugar da psicanálise na instituição, nos defrontamos com as resistências que o discurso médico lhe opõe, seja pela via do *discurso do mestre*, seja pela via do *discurso universitário*.

### **O lugar da psicanálise na instituição**

As resistências à psicanálise foram objeto de um ensaio escrito por Freud em 1924<sup>17</sup>, onde ele chama a atenção para o caráter composto dessa resistência, mostrando que ela não deriva apenas de componentes intelectuais, ligados a considerações científicas, mas também de fontes afetivas. Alguns anos antes, nas conferências que proferiu na Universidade de Viena (1916-17), ele abordou a relação entre os campos da psicanálise e da psiquiatria, enfatizando a independência entre eles, o que não significa oposição. Para Freud, o que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras<sup>18</sup>.

Na instituição pesquisada, as relações entre psiquiatria e psicanálise desenvolveram-se, durante um certo período, no campo do discurso do mestre, em que o saber psicanalítico vinha coroar o saber médico-psiquiátrico, no sentido de suplementá-lo, sem, contudo, envolver-se diretamente na assistência, considerada exclusividade médica. Esta situação se alterou com o desenvolvimento da moderna psiquiatria biológica e com a intrusão da psicanálise no campo da assistência, a partir do discurso do analista, tendo como efeito o recrudescimento da resistência à psicanálise, como pode ser percebido neste trecho de entrevista, feita com um médico, especializando em psiquiatria:

*“(...) eu acho que a psiquiatria ficou muito atrasada no tempo por causa da psicanálise. Antigamente, qualquer ato bizarro era considerado esquizofrenia; hoje em dia, há uma ciência mesmo (...) Eu acho que a psicanálise fez péssimos diagnósticos ao longo do tempo e abriu mão até de usar medicação, às vezes. (...) Eu acho que se perde tempo quando o paciente está precisando de uma intervenção urgente e o psicanalista hesita mais em dar a medicação (...) Eu acho que felizmente a indústria, os laboratórios estão investindo bastante em saúde mental, o que eu acho fantástico”.*

O discurso medicalizante da psiquiatria biológica, fundado no binômio verdade científica e eficiência, exerce um enorme poder de sedução sobre os médicos em formação na instituição, na medida em que responde aos anseios de sucesso de uma sociedade de consumidores, que procura eliminar, a qualquer preço e no menor tempo possível, o

---

<sup>17</sup> Freud, S. “As resistências à psicanálise” (1925), op.cit.

sofrimento psíquico como marca do sujeito<sup>19</sup>. Nesta ótica, torna-se difícil a interlocução com a psicanálise, que sustenta sua presença justamente através da escuta desse sofrimento, a partir da suposição de que há um sujeito implicado nele. Isto leva a que as relações entre psiquiatras e psicanalistas muitas vezes apresentem-se permeadas de mal-entendidos, não só pelas diferenças de concepção, mas também pelo desconhecimento da especificidade do trabalho de cada um.

É importante lembrar que, por tratar-se de uma instituição vinculada à universidade – um hospital universitário – uma diversidade de saberes e práticas clínicas compartilham a assistência, em atividades basicamente realizadas por alunos (residentes médicos e especializando de diferentes cursos), cabendo aos profissionais as tarefas de supervisão e ensino. Essa diversidade não resulta, entretanto, em um trabalho interdisciplinar, onde a cooperação entre os profissionais partiria da singularidade da intervenção de cada um. No campo da assistência, a prática é governada pelo especialismos, o que conduz à fragmentação e à hierarquização do trabalho, reforçando, de um lado, o discurso médico, e, de outro, a divisão de territórios. Sob o *discurso universitário*, o que se visa é a produção de especialistas, a partir da transmissão de um saber totalizante sobre um determinado campo, uma vez que é o saber (*S2*) que ocupa o lugar de agente do discurso. Se esse discurso institui uma equivalência entre os saberes, que introduz uma certa dialetização na ordem médica<sup>20</sup>, abrindo espaço para outros profissionais, tal dialetização não chega a subverter esta ordem. O que caracteriza o *discurso universitário*, ao recolher e organizar os significantes entre si, sem privilegiar nenhum deles, é a tendência a preservar e reproduzir a ordem estabelecida. Nele temos, no lugar da verdade, o significante-mestre (*S1*), que funciona justamente para sustentar a ordem do mestre. Disso resulta a tirania do saber, onde a verdade enquanto enigma que move o desejo é anulada, uma vez que é substituída por um signo. O que fica excluído, portanto, é a verdade do sujeito, este não sendo senão um produto do discurso da ciência, um produto “consumível”, como outros. Neste quadro torna-se difícil um debate em torno das diferentes abordagens clínicas que faça surgir algo

---

<sup>18</sup> Freud, S. “Psicanálise e psiquiatria” (1917), op.cit., p.301.

<sup>19</sup> Para um exame detalhado desta questão, ver Roudinesco, E. *Por que a psicanálise?*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2000.

<sup>20</sup> cf. Alberti, S. “Psicanálise: a última flor da medicina” in Alberti, S. e Elia, L.(orgs.) *Clínica e pesquisa em psicanálise*, Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2000, p. 50

novo. A tendência é a reprodução das mesmas posições, ficando “cada macaco no seu galho”.

Como posicionam-se os psicanalistas frente a esse quadro? Como podemos perceber, de um lado há o reconhecimento da responsabilidade dos médicos quanto ao tratamento básico oferecido pela instituição – internação - e, portanto, uma aceitação da hierarquia fundada no saber médico. De outro, o reconhecimento da importância de se conviver com uma pluralidade de abordagens, por se tratar de uma instituição universitária. Em ambos os casos, trata-se de tentar autorizar o trabalho da psicanálise dentro do hospital de uma maneira sutil, “*sem arrogância*” e “*sem hostilidade*”. A expressão mais frequentemente utilizada para evidenciar esta estratégia é “*não bater de frente*”, que podemos traduzir, no sentido psicanalítico, por não criar resistências, ou melhor, não reforçar a resistência à psicanálise. Há, sem dúvida, por parte dos psicanalistas entrevistados, o reconhecimento de que as resistências estão presentes na instituição, não apenas por parte dos representantes do discurso médico-psiquiátrico, mas também de outros profissionais, muitas vezes vinculados ao discurso da reforma psiquiátrica. Mais importante do que isso, entretanto, é a percepção de que a resistência também se apresenta do lado daqueles que pretendem sustentar a prática psicanalítica na instituição.

Não podemos esquecer o valor da observação de Lacan quanto à questão da resistência, quando afirma que, em última instância, a resistência é sempre do analista, o que nos remete às observações de Freud quanto às fontes afetivas da resistência a que fizemos referência anteriormente. É a partir da crítica que faz aos pós-freudianos, que baseiam sua prática na análise das resistências e na elaboração da contratransferência, que Lacan destacará a questão da resistência como dizendo respeito ao próprio analista. Isto o leva, em contrapartida, a formular a noção de “desejo do analista” como fundamento da ética da psicanálise. Ainda que esta formulação surja no contexto da condução de uma análise, isto é, no campo da “psicanálise em intensão”, podemos considerá-la pertinente também no âmbito da “psicanálise em extensão”, onde o discurso psicanalítico se defronta com outros discursos, na instituição. A pergunta que se impõe, portanto, é: como sustentar o desejo do analista em uma instituição de saúde mental que tem no discurso médico a sua principal referência?

No caso estudado, uma série de dificuldades se colocam para isso. Em primeiro lugar, a prática psicanalítica na instituição é sustentada pelos alunos do curso de especialização em clínica psicanalítica, exceção feita a uma psicanalista que está ligada diretamente à assistência, como parte da pesquisa que desenvolve. Isto traz alguns problemas, já que eles não estão plenamente autorizados a ocupar o lugar de analista, mesmo porque a universidade não visa a formar analistas<sup>21</sup>. Além disso, sua ação se restringe quase que exclusivamente ao ambulatório, sendo reduzida nos outros espaços. Chamou a atenção a pouca familiaridade que eles tem com as enfermarias e, quando atendem algum paciente internado, a preferência por fazê-lo fora da enfermaria, no pátio aberto. No Hospital-dia, CAPS e oficinas, inexistente atualmente qualquer participação da psicanálise, sendo este espaço reconhecido como de domínio da reforma psiquiátrica, confirmando a divisão de territórios.

Nas equipes clínicas que constituem a espinha dorsal da instituição, a presença da psicanálise é também bastante frágil. Naquelas mais abertas, o discurso psicanalítico é considerado uma referência importante para um tipo de abordagem mais integral em psiquiatria e saúde mental, permitindo um trabalho mais articulado. Em outras, contudo, mais estritamente médicas e hierarquizadas, a comunicação entre os residentes em psiquiatria e os especializandos em psicanálise se torna bastante difícil. Mais do que diferenças de discurso, o que se apresenta nesses casos é uma relação de dominação, fundada em um acordo tácito entre dominantes e dominados. De um lado, os médicos praticamente ‘desconhecem’ a presença de psicólogos (especializandos em psicanálise) quando da discussão dos casos e das decisões sobre diagnóstico, alta etc., tomando-os como meros acessórios. De outro, estes últimos aceitam esta posição ao silenciarem diante do poder médico. Poderíamos supor que essa situação deriva do fato de que os alunos do curso de especialização em clínica psicanalítica não se autorizam a ocupar o lugar de analistas e, portanto, não se sentem a vontade para sustentar o discurso psicanalítico frente ao discurso médico. Entretanto, o silêncio diante do poder médico não se restringe a eles, pois a pouca participação da psicanálise também se faz notar nas sessões clínicas que reúnem todos os profissionais e alunos da instituição, onde se observa a predominância da discussão médica nos casos apresentados.

---

<sup>21</sup> A formação de analistas não depende de títulos acadêmicos, estando fundada no tripé análise pessoal,

O ambulatório é, portanto, o *locus* privilegiado de inserção da psicanálise na instituição. Figueiredo (1997) ressalta a importância do ambulatório como local privilegiado para a prática da psicanálise nas instituições públicas porque “faculta o ir-e-vir, mantém uma certa regularidade no atendimento pela marcação das consultas, preserva um certo sigilo e propicia uma certa autonomia de trabalho para o profissional”<sup>22</sup>. Contrapondo-se aos críticos que vêem no ambulatório uma reprodução da clínica privada, introduz uma discussão sobre as relações entre o privado e o público que nos interessa aqui. Para a autora, o ambulatório “não é um simulacro do consultório; é o próprio consultório tornado público”<sup>23</sup>. O termo público diz respeito, em primeiro lugar, ao fato de estar inserido no serviço público e, por isso, atender gratuitamente todos aqueles que demandem atendimento. Em segundo lugar, à idéia de *tornar público*, visível, deixando transparecer o trabalho clínico, com seus impasses e sucessos. Essa discussão coloca em pauta a questão da transmissão da psicanálise, que não se resume à intimidade do exercício da prática psicanalítica com cada sujeito, estando também presente no debate acerca dos impasses e sucessos que fazem o cotidiano da clínica, no laço social com profissionais que sustentam outros discursos.

Na instituição, como vimos, este debate praticamente não se faz, diante das dificuldades e das barreiras colocadas pela hegemonia do saber médico. Tais barreiras, contudo, não se constituem em proibições explícitas e adquirem sua força pelo fato de serem legitimadas por aqueles que pretendem sustentar o discurso analítico, ao não tomarem a palavra. Isto fica evidente na fala de uma psicóloga, especializanda em clínica psicanalítica:

*“A gente não fala nada. Eu acho que a gente se intimida na sessão clínica, na frente dos psiquiatras, dos residentes. (...) Eu acho isso ruim porque mantém a gente afastado e ainda cria um negócio como ‘o pessoal da clínica psicanalítica’ e isso potencializa essa separação que já existe. A gente não fala nada acho que com medo de virar público, porque acho que a psicanálise é tão privada, até mesmo garantida. Nas nossas supervisões, com supervisores psicanalistas, a gente fala, eles falam, porque a gente se sente garantida”.*

---

ensino e supervisão, desenvolvendo-se no âmbito das instituições (escolas) de psicanálise.

<sup>22</sup> Figueiredo, A. C. “Vastas confusões e atendimentos imperfeitos”, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1997, p. 10.

<sup>23</sup> Ibid., p.11

O calar-se diante do poder do discurso médico tem, como contrapartida, o refugiar-se em uma prática do ‘segredo’, do privado, onde não se corre o risco da exposição pública pelo medo de errar. Como diz outra especializada: “*o trabalho no consultório é mais solitário, por isso eu acho que a gente pode errar mais*”. Busca-se garantias na intimidade e no sigilo requeridos pela prática psicanalítica, fazendo da psicanálise uma prática ‘privativa’ de um certo grupo. Nada mais distante da ética da psicanálise, atravessada por um permanente arriscar-se sustentado pelo desejo do analista. Quando procuramos essas garantias, estamos, certamente, resistindo. Trata-se aqui da resistência do analista, que se manifesta também por um certo recuo diante do real da clínica, tal como se evidencia na dificuldade de aproximação com o espaço da enfermaria – recuo diante da psicose – mas também diante desse real, tal como comparece no próprio ambulatório. A referência a casos “*muito pesados*”, “*histórias muito pesadas em termos culturais*”, de violência e miséria, revela as dificuldades com que se defrontam os psicanalistas que trabalham neste ambulatório, como em outros ambulatórios públicos.

Não há dúvida, contudo, que a presença da psicanálise no ambulatório representa uma conquista de psicanalistas que levam a sério a proposta de Freud de expansão da psicanálise para além dos consultórios particulares, no serviço público, visando oferecer assistência a amplas camadas da população. As diferenças que o atendimento no ambulatório apresenta em relação ao tradicional *setting* analítico, com seus padrões de ordenação do espaço e do tempo, na relação analista – analisante, são consideradas diferenças de ordem técnica e não ética. A orientação do trabalho se faz no sentido de sustentar a ética da psicanálise, como Freud indicou ao afirmar:

“(…) qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa”<sup>24</sup>.

É importante destacar que a ética diz respeito não apenas à prática psicanalítica, tal como ela se desenvolve na sua singularidade, mas também à afirmação do vigor do discurso psicanalítico dentro da instituição, frente a outros discursos, na “psicanálise em extensão”. Apesar da insistência em sustentar essa proposta, as dificuldades, como vimos, estão presentes e é preciso estar atento a elas. O padrão e o ritmo de trabalho que uma

instituição médica pública, vinculada à universidade, impõe, muitas vezes não deixa espaço para se repensar a prática específica de cada um, muito menos a relação entre as diversas práticas. Corre-se o risco de “*entrar no ritmo*”, como disse uma entrevistada e, com isso, reproduzir práticas burocratizadas e repetitivas em que cada um cumpre o seu papel.

Com isso não estamos querendo dizer que na universidade somente o discurso universitário possa ter vigência. Ainda que ele tenha pregnância, é possível, como vimos, introduzir o *discurso analítico*. No caso estudado isso se verifica de maneira tímida, mas insistente:

*“É difícil, mas com muita insistência a gente vai conseguindo alguma sustentação de uma ética psicanalítica dentro do hospital e dentro do ambulatório. É um trabalho árduo, porque tem muita resistência. A gente vai conseguindo aos poucos algo de uma ética da psicanálise, numa posição de causar um desejo dos alunos, dos funcionários... Nesse sentido é analítico, não só no trabalho com os pacientes, é um trabalho mais amplo”.* (psicanalista)

O “trabalho mais amplo” que se insinua nesta fala refere-se à possibilidade da psicanálise causar o desejo de alunos, funcionários, profissionais etc. provocando um deslocamento discursivo que rompa com uma prática normativa que anula o sujeito, tanto do lado do “paciente” como do lado do profissional. Há sempre alguma emergência do discurso analítico quando se muda de discurso. É esse movimento que deve atingir os próprios psicanalistas no trabalho que fazem na instituição, no sentido de ultrapassar as resistências e a cristalização de lugares que o discurso universitário impõe. Para que a psicanálise prolifere, como advertiu Lacan em 1974, é preciso sustentá-la como um sintoma, para que o real insista. Diz ele: “(...) Logo tudo depende de se o real insiste. Para isso, *é preciso que a psicanálise falhe*. É preciso reconhecer que ela toma caminho e que tem ainda grandes chances de permanecer um sintoma, de crescer e se multiplicar. Psicanalistas não mortos, carta segue”<sup>25</sup>.

Com isso entramos no *discurso da histérica*, aquele que atesta claramente a *existência* do inconsciente, uma vez que é o sujeito dividido que está no lugar de agente do discurso. O dilaceramento sintomático da histérica, pois é *o objeto a* no lugar da verdade que a faz agir, desafia o mestre e o coloca em posição de trabalho. Não se pode negar a fecundidade da interrogação histórica na construção da psicanálise. Não foi o enigma da

---

<sup>24</sup> Freud, S. “Linhas de progresso na teoria psicanalítica”, op.cit., p. 211.

<sup>25</sup> Lacan, J. “A terceira” (1974) em *Che vuoi? Psicanálise e cultura*, ano um, n. zero, 1986, p.25.

histeria que suscitou o desejo de Freud? É o real que insiste, sob a máscara do sintoma, questionando o saber constituído. Como diz Lacan, quando se indaga de que saber se faz a lei, o saber cai na categoria de sintoma e, com ele, vem a verdade. Isso tem importância política para o trabalho dos psicanalistas na instituição.

O *discurso do analista*, em relação ao *discurso da histérica*, avança um quarto de volta, trazendo o real enigmático para a boca de cena, ao colocar o *objeto a*, no lugar de agente, dirigindo-se ao sujeito (\$) no lugar do outro. Foi com base na interrogação histórica que ele se constituiu, justamente porque a histérica fez o mestre trabalhar e lhe revelou a sua verdade: que ele é castrado. Isto levou Freud a dar um passo adiante e não lhe responder do lugar de onde ela o interrogava, precipitando, assim, o lugar do analista. Sustentar o lugar de *objeto a*, como agente do discurso, é para o analista, como sabemos, uma tarefa impossível, por isso Lacan designa esse lugar como sendo o do ‘santo’, aquele que não está nem aí para o gozo, que é o “rebotinho do gozo”<sup>26</sup>. Como todo santo é morto, o analista só pode ‘fazer de conta’, ‘fazer semblante’, quando se oferece para o sujeito como causa de seu desejo, o que não se aplica apenas a esse discurso, uma vez que todo discurso põe em jogo um ‘faz de conta’, através do artifício simbólico. É esse lugar de dejetivo, como efeito do significante, que o analista ocupa no ato analítico, ao fazer operar o dispositivo analítico para que o significante-mestre (*SI*) se destaque, como marca do sujeito que é memória de gozo. Quanto ao saber, ele ocupa o lugar da verdade, isto é, ele funciona no registro da verdade que é sempre não-toda. Não se trata, portanto, do mesmo saber que está em jogo no discurso universitário, mas do saber inconsciente, que mantém sua face enigmática.

Portanto, aos psicanalistas “não mortos” que se defrontam com os impasses que a inserção da psicanálise no hospital público coloca, onde a impotência, como é comum em todo laço social, protege a impossibilidade, cabe circular pelos vários discursos, sem se aprisionar em nenhum deles, muito menos no discurso universitário, fazendo da psicanálise apenas um saber sem furo. Ao apostar na proposta freudiana, é preciso, *sem medo de errar*, fazer da psicanálise um sintoma que prolifere e, como tal, faça eco e possa ser escutado.

---

<sup>26</sup> Lacan, J. *Televisão*, op.cit.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.