

PUCRS

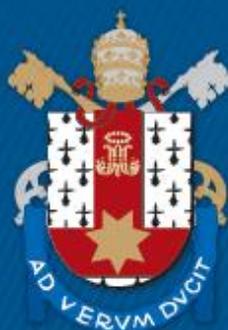
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

RÓGER DE SOUZA MICHELS

**O TEAR PSICANALÍTICO: UMA PESQUISA ETNOGRÁFICA SOBRE AS PRÁTICAS DA  
PSICANÁLISE EM UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL**

Porto Alegre  
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**O TEAR PSICANALÍTICO: UMA PESQUISA ETNOGRÁFICA SOBRE AS  
PRÁTICAS DA PSICANÁLISE EM UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL**

**RÓGER DE SOUZA MICHELS**

**Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Psicologia da  
Pontifícia Universidade Católica do Rio  
Grande do Sul como requisito parcial  
para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia.**

**Porto Alegre**

**2019**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**O TEAR PSICANALÍTICO: UMA PESQUISA ETNOGRÁFICA SOBRE AS  
PRÁTICAS DA PSICANÁLISE EM UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL**

**RÓGER DE SOUZA MICHELS**

ORIENTADOR: PROF. DR. WAGNER DE LARA MACHADO

COORIENTADOR: PROF. DR. ADOLFO PIZZINATO

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração Psicologia Clínica.

**Porto Alegre, março de 2019**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**O TEAR PSICANALÍTICO: UMA PESQUISA ETNOGRÁFICA SOBRE AS  
PRÁTICAS DA PSICANÁLISE EM UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL**

**RÓGER DE SOUZA MICHELS**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Wagner de Lara Machado**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Orientador - Presidente

**Prof. Dr. Adolfo Pizzinato**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Coorientador

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sandra Djambolakdjian Torossian**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

**Prof. Dr. Amadeu de Oliveira Weinmann**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

**Porto Alegre, março de 2019**

## Ficha Catalográfica

M623t Michels, Róger de Souza

O tear psicanalítico : uma pesquisa etnográfica sobre as práticas da psicanálise em uma equipe de saúde mental / Róger de Souza Michels . – 2019.

68.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Wagner de Lara Machado.

Co-orientador: Prof. Dr. Adolfo Pizzinato.

1. Psicanálise. 2. Saúde mental. 3. Saúde pública. 4. Reforma psiquiátrica. I. Machado, Wagner de Lara. II. Pizzinato, Adolfo. III. Título.

## AGRADECIMENTOS

Aos autores da minha existência, *Ceres* e *Gerson Michels*, agradeço a confiança, a paciência, o respeito e, sobretudo, o amor incondicional.

À *Elisa Andreola* por ter sido auxiliar de pesquisa, colega, interlocutora, amor e um incansável ponto de constância nas turbulências do meu mestrado.

Às três faces e fases orientadoras desse percurso:

1ª *Mônica Macedo*, por ter me inserido e incentivado à pesquisa, me fazendo acreditar na possibilidade de uma psicanálise criativa.

2ª *Adolfo Pizzinato*, por ter me acolhido ao final da primeira turbulência e ofertado a liberdade necessária para a construção do meu projeto de pesquisa.

3ª *Wagner Machado*, por ter me acolhido na segunda turbulência e por ter, de forma alteritária e afetiva, acreditado na minha escrita, no meu método e na minha pessoa.

À professora *Tatiana Irigaray* pela atenção, suporte e disponibilidade nos momentos difíceis e burocráticos.

À professora *Kátia Bones Rocha*, cuja leitura e assinalamentos na etapa de qualificação do projeto de pesquisa puderam materializar-se na presente dissertação.

Aos professores que compuseram a banca de defesa do mestrado, *Sandra Torossian* e *Amadeu Weinmann*, agradeço pelo aceite, pela leitura atenta e por contribuírem de maneira verdadeiramente construtiva com minha escrita e formação pessoal.

Ao meu amigo *Cristiano Dal Forno*, por me incentivar e ter sido, desde que nos conhecemos, um autêntico transmissor da psicanálise.

À minha amiga e colega de consultório *Nicole dos Reis*, pelo carinho e duradoura parceria.

Às minhas amigas *Ariely de Castro* e *Ane Briske*, que oxigenaram minha experiência discente com seus conhecimentos, suas dores e suas inabaláveis pulsões de vida.

Aos colegas das Equipes Complementares da RAPS de Viamão, *Camila Fagundes*, *Drean Falcão*, *Letícia Alves* e *Renata Schorn*, que, além de amigos, foram legítimos preceptores do meu percurso profissional, me fazendo acreditar em uma saúde mental praticada com resistência e alegria.

À *Ângela Becker*, por ser uma analista viva e por ter me auxiliado a respeitar o nômade que habita.

Ao apoio da CNPq, sem o qual não teria sido possível o desenvolvimento da presente pesquisa.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUÇÃO GERAL.....</b>	<b>10</b>
<i>O tear psicanalítico: uma pesquisa etnográfica sobre as práticas da psicanálise em uma equipe de saúde mental .....</i>	<i>17</i>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>20</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
<i>A materialidade do campo .....</i>	<i>23</i>
<i>A prosa nos cotidianos da sala de equipe.....</i>	<i>28</i>
<i>Técnicas e éticas nas práticas e manejos .....</i>	<i>37</i>
<i>O tear psicanalítico e a ética da intersubjetividade .....</i>	<i>48</i>
<i>A política penetra a prática até que a prática se faz política.....</i>	<i>55</i>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>

## RESUMO

Pensar o termo “saúde mental” implica em contextualizar um espaço possível de atuação profissional, isto é, de um exercício técnico que toma o sujeito desde os seus aspectos psíquicos em contínua relação com fatores biológicos e sociais. Nesse sentido, a saúde mental diz respeito a um campo polissêmico, na medida em que se direciona ao estado mental tanto de sujeitos quanto de coletividades, sendo por essa razão um trabalho altamente complexo que inviabiliza qualquer forma de categorização e reducionismo da existência humana e social. A psicanálise apresenta-se como um dos saberes que compõe a saúde mental e que, no encontro com esta, pode deparar-se com desafios que demandam a transformação de suas práticas. Portanto, faz-se necessário analisar os percursos da prática psicanalítica, tendo em vista os desafios que as especificidades dos serviços públicos trazem ao fazer dos profissionais identificados com esta linha teórica. A presente dissertação objetivou analisar os percursos da prática psicanalítica nas modalidades não ambulatoriais de atendimento em saúde mental na saúde pública. Por meio de uma pesquisa etnográfica, realizada em uma Equipe de Saúde Mental, foi possível acompanhar rotinas de trabalho de dois psicanalistas e, a partir destas, analisar os modos como a psicanálise é operada. Identificou-se que as características políticas e estruturais da saúde mental pública exigem do psicanalista uma postura que integre a singularidade de sua técnica aos dispositivos de cuidado e atenção psicossociais. No encontro com atividades não ambulatoriais, o psicanalista faz acontecer o movimento do “tear” que integra as singularidades discursivas dos usuários da saúde pública aos preceitos da política pública de saúde mental, colocando o sujeito que sofre em uma posição ativa e responsável pelo próprio tratamento e posicionamento. No exercício do tear, o psicanalista não é “mais um”, isto é, alguém alheio que apenas conduz o processo. No lugar disso, o psicanalista passa a ser agente político que, ao lado do usuário, fomenta a atualização dos movimentos da reforma psiquiátrica.

**Palavras-Chave:** Psicanálise; saúde mental; saúde pública; reforma psiquiátrica

**Área conforme classificação CNPq:** 7.07.00.00-1 (Psicologia)

**Subárea conforme classificação do CNPq:** 7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica)

## ABSTRACT

Thinking the term "mental health" implies contextualizing a possible space of professional action, that is, a technical exercise that takes the subject from their psychic aspects in continuous relation with biological and social factors. In this sense, mental health refers to a polysemic field, insofar as it is directed to the mental state of both subjects and collectivities, being for that reason a highly complex work that makes impossible any form of categorization and reductionism of human and social existence. Psychoanalysis presents itself as one of the knowledges that make up mental health and which, in the encounter with it, may face challenges that demand the transformation of its practices. Therefore, it is necessary to analyze the pathways of psychoanalytical practice, considering the challenges that the specificities of public services bring to make the professionals identified with this theoretical line. This dissertation aimed to analyze the pathways of psychoanalytic practice in the non - ambulatory modalities of mental health care in public health. Through an ethnographic research carried out in a Mental Health Team, it was possible to follow the work routines of two psychoanalysts and, from these, to analyze the ways in which psychoanalysis is operated. It was identified that the political and structural characteristics of public mental health require the psychoanalyst a posture that integrates the uniqueness of his technique to the devices of psychosocial care and attention. In the encounter with non-ambulatory activities, the psychoanalyst brings about the movement of the "tear" that integrates the discursive singularities of public health users to the precepts of public mental health policy, placing the subject who suffers in an active position and responsible for the treatment itself and positioning. In the exercise of the loom, the psychoanalyst is not "one more", that is, someone else who only leads the process. Instead, the psychoanalyst becomes a political agent who, along with the user, encourages the updating of the psychiatric reform movements.

**Keywords:** Psychoanalysis; mental health; public health; psychiatric reform

**Area according to the classification of CNPq:** 7.07.00.00-1 (Psychology)

**Subarea according to the classification of CNPq:** 7.07.10.00-7 (Psychological Treatment and Prevention)

## INTRODUÇÃO GERAL

Essa dissertação de mestrado, intitulada *O tear psicanalítico: uma pesquisa etnográfica sobre as práticas da psicanálise em uma equipe de saúde mental*, foi desenvolvida no Grupo de Pesquisa Avaliação em Bem-estar e Saúde Mental, coordenado pelo Prof. Dr. Wagner de Lara Machado, que está vinculado à linha de pesquisa *Teorias, Técnicas e Intervenções em Psicologia Clínica*, na área de Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Também participou no desenvolvimento da dissertação, na qualidade de Coorientador, o Prof. Dr. Adolfo Pizzinato, coordenador do Núcleo de Estudos e Intervenção Psicossocial à Diversidade, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

É notável a vastidão de publicações disponíveis nas bases de dados acadêmicas que se propõem a trabalhar o encontro entre psicanálise e saúde pública, sobretudo no campo da saúde mental, considerando os movimentos da reforma psiquiátrica e seus mais recentes desfechos. Em um levantamento preliminar à presente dissertação, foi possível verificar a presença de distintos estilos de escrita, como ensaios teóricos (Tenório, Costa-Moura & Lo Bianco, 2017; Costa-Rosa, 2011; Campos, Campos & Rosa, 2010; Guerra, 2005), relatos de experiência (Penido, 2009; Delgado, 2008; Generoso, 2008), casos clínicos (Ferion & Mendes, 2016; Neves & Omena, 2016; Kyrillos Neto & Santos, 2014; Ribeiro, Álvares & Bastos, 2006) e, até mesmo, mas em menor frequência, artigos com métodos claramente definidos, ajustados, assim, aos critérios do que se convencionou chamar de “estudos empíricos” (Conte, Silveira, Torossian & Minayo, 2014; Miranda & Campos, 2012; Rinaldi, Cabral & Castro, 2008).

Um fato interessante, facilmente apreensível no referido levantamento preliminar, diz respeito a um dado que atravessa a esmagadora maioria das publicações disponíveis, independentemente do estilo textual utilizado: o dialeto lacaniano. A obra de Jacques Lacan é mais presente nas publicações disponíveis do que aquela assinada por Sigmund Freud ou

qualquer outro grande nome do campo psicanalítico desde a sua fundação até os dias atuais. Apesar de não serem localizáveis estudos que expliquem as razões para tal complacência entre Lacan e saúde mental, algumas hipóteses podem ser delineadas.

Talvez a resposta mais simples, visível e aceita entre psicanalistas, direcione seu argumento ao fato de que na obra de Jacques Lacan a dimensão do laço social para o sujeito tem grande relevo, o que ampliaria as possibilidades de conexão entre o seu pensamento e os movimentos próprios da reforma psiquiátrica, bem como das obras que subsidiaram transformações políticas nesse campo. Tal explicação, apesar de plausível e rapidamente identificável já nos primeiros seminários do autor, em especial aquele em que trata das psicoses (Lacan, 1988/1955-56), não é capaz de abarcar um dos fatos mais significativos da política de saúde mental: a multidisciplinaridade.

Amarante (2013) aponta que a saúde mental diz respeito a um campo necessariamente polissêmico, composto por diversos saberes em contínua interlocução. Escapar do modelo ambulatorial, individualizante e, conseqüentemente, alienista, é trazer para o centro das discussões um sujeito biopsicossocial, que, em consonância com o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), não deve ser acolhido de modo fragmentado. Diante disso, arriscaria afirmar que a grande presença de Jacques Lacan nas publicações científicas sobre psicanálise e saúde mental deve-se à pluralidade conceitual que este autor trouxe para o cerne das discussões sobre o que é um psicanalista. Ao longo de sua obra, Lacan faz interlocuções – laços – com diversos campos do saber, como a linguística, a antropologia, a filosofia, a lógica, a matemática, e a arte. É no exercício de fazer laço com outros campos, que o dialeto lacaniano passa a dar condições para uma psicanálise apta a fazer seu discurso soar no mundo.

Houve, no entanto, antes de Lacan, um psicanalista contemporâneo de Freud cuja obra revela a contínua tentativa de explicar e transformar a psicanálise a partir de sua interlocução com outros campos. O húngaro Sándor Ferenczi buscou, em seu percurso psicanalítico,

disseminar as pesquisas acerca dos fenômenos inconscientes para os campos jurídico e criminal (Ferenczi, 2011/1913; 2011/1928), pedagógico e educacional (Ferenczi, 2011/1908a; 2011/1933a), e médico-clínico (Ferenczi, 2011/1908b; 2011/1923; 2011/1933b). Observa-se, assim, certa tendência ferencziana em movimentar-se de modo interdisciplinar, conduzindo o discurso psicanalítico para outros campos, ao mesmo tempo em que retorna destes com novos aspectos que enriquecem suas pesquisas e criações sobre a psicanálise.

Por essa razão, Landa (1999) entende que em Sándor Ferenczi é identificável um contínuo “ir-e-vir”, isto é, uma circulação entre campos que permite ao psicanalista revisitar sua própria *práxis* e reformular, sempre que possível, os próprios conceitos, sem deixar de propor novas ideias e hipóteses teóricas para os problemas de sua clínica. Em outras palavras, “ir-e-vir” é o movimento de criação em psicanálise.

Deleuze e Guattari (2010) defendem a ideia de que a filosofia é “a arte de formar, de inventar, de fabricar conceitos” (p.8) que sempre serão, enquanto criações filosóficas, singularidades. A singularidade de um conceito encontra-se em sua capacidade de explicar o mundo dentro de um plano específico a partir do qual é trabalhado e, conseqüentemente, datado. A datação do conceito, no entanto, não deverá implicar sua morte – deverá o conceito preservar a capacidade de se renovar, se substituir e se transmutar. Nesses termos, parece ter havido em Ferenczi e Lacan um compromisso metodológico semelhante: o de criar conceitos psicanalíticos sem deixar de exigir deles o exercício de sua capacidade autotransformativa.

Se retornarmos às discussões sobre o campo da saúde mental, fica clara a importância de a psicanálise transformar-se conceitualmente, alargando significados sobre a própria ação diante do sujeito. Não é acaso que Freud (2010/1919) tenha apontado para a necessidade de a psicanálise vir a fundir seu puro ouro ao cobre da sugestão direta quando praticada em espaços públicos. Fundir o puro ouro da psicanálise a outros materiais é, por consequência, oxigenar seus conceitos a partir da experiência alteritária de contato e convívio com o saber que emana

dos outros. Estar na saúde mental pública é viver e conviver, em alguma medida, com a experiência do outro. É justamente alinhado ao princípio de que a psicanálise precisa, por vezes, fazer laço com outros saberes e universos conceituais, que proponho a presente dissertação sobre a prática psicanalítica em dispositivos não ambulatoriais de atendimento da saúde mental. Este princípio fundamenta, simultaneamente, o método e a teoria que utilizo para o desenvolvimento da pesquisa.

Nas páginas a seguir encontra-se uma pesquisa etnográfica realizada em uma Equipe de Saúde Mental que conta com dois psicanalistas atuantes. As rotinas de trabalho acompanhadas no serviço de saúde em questão deram origem a um diário de campo, a partir do qual são apresentados os resultados da pesquisa. As cenas cotidianas observadas foram trabalhadas e discutidas em contínua interlocução com referenciais teóricos sobre o tema – referenciais estes que não são exclusivamente psicanalíticos, cumprindo assim o princípio do ir-e-vir na elaboração de novos conceitos. Dessa forma, foi possível o desenvolvimento de um ensaio sobre o modo como acontece a psicanálise na saúde mental pública, propondo uma análise sobre a forma como sua ética é articulada aos princípios da reforma psiquiátrica e também modificada por esta, entendendo o campo da saúde pública como um catalizador de transformações psicanalíticas.

### **Referências**

Amarante, P. (2013). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora

FIOCRUZ.

Campos, D. T. F., Campos, P. H. F., & Rosa, C. M. (2010). A confusão de línguas e os

desafios da psicanálise de grupo em instituição. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(3),

504-523. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000300006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300006&lng=pt&tlng=pt).

Conte, M., Silveira, M., Torossian, S. D., & Minayo, M. C. S. (2014). Oficinas de história de vida: uma construção metodológica no enlace entre psicanálise e saúde coletiva.

*Psicologia & Sociedade*, 26(3), 766-778. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000300025>.

Costa-Rosa, A. (2011). Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Saúde e Sociedade*, 20(3), 743-757. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300018>.

Deleuze, G., & Guattari, F. (2010). *O que é a filosofia?* São Paulo: Editora 34.

Delgado, S. M. (2008). A dimensão ética da psicanálise na clínica da atenção

psicossocial. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1) Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812008000100006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000100006&lng=pt&tlng=pt).

Farinon, S. J., & Mendes, R. (2016). Ao escrever, inscreve-se um sujeito. *Contextos*

*Clínicos*, 9(1), 124-132. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2016.91.11>

Ferenczi, S. (2011). Do alcance da ejaculação precoce. In *Psicanálise I* (pp. 1-4). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1908a).

Ferenczi, S. (2011). Psicanálise e pedagogia. In *Psicanálise I* (pp. 39-44). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1908b).

Ferenczi, S. (2011). Importância da psicanálise na justiça e na sociedade. In *Psicanálise II* (pp. 1-11). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1913).

Ferenczi, S. (2011). A psicanálise a serviço do clínico geral. In *Psicanálise III* (pp. 227-238). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1923).

- Ferenczi, S. (2011). Psicanálise e criminologia. In *Psicanálise IV* (pp. 219-236). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1928).
- Ferenczi, S. (2011). Influência de Freud sobre a medicina. In *Psicanálise IV* (pp. 97-109). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1933a).
- Ferenczi, S. (2011). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In *Psicanálise IV* (pp. 111-121). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1933b).
- Freud, S. (2010). Caminhos da terapia psicanalítica. *Obras completas, volume 14*. São Paulo: Companhia das Letras. (Publicado originalmente em 1919).
- Generoso, C. M. (2008). A orientação da psicanálise em um serviço residencial terapêutico: a casa de aposentados - uma pequena construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1) Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812008000100007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000100007&lng=pt&tlng=pt).
- Guerra, A. M. C. (2005). A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psychê*, 9(15), 139-154. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382005000100011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000100011&lng=pt&tlng=pt).
- Kyrillos Neto, F., & Santos, R. A. N. (2014). Lógica diagnóstica em serviços abertos de saúde mental: tensões entre psiquiatria e psicanálise. *Barbarói*, (40), 63-82.  
<https://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i40.3511>.
- Landa, F. (1999). *Ensaio sobre a criação teórica em psicanálise: de Ferenczi a Nicolas Abraham e Maria Torok*. São Paulo: Editora UNESP; FAPESP.
- Lacan, J. (1988). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar. (Proferido originalmente em 1955-56).

- Miranda, L., & Campos, R. O. (2012). Funções clínicas do trabalho de referência junto a pacientes psicóticos: uma leitura winicottiana. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 519-529. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n4/v29n4a07.pdf>.
- Neves, A. S., & Omena, N. A. (2016). A clínica de família no centro de atenção psicossocial III: psicose e configurações vinculares. *Vínculo*, 13(1), 65-80. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902016000100007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902016000100007&lng=pt&tlng=pt).
- Penido, C. M. F. (2009). A habilitação de um sujeito para as construções do caso clínico e do projeto terapêutico. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2), 192-198. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202009000200014&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202009000200014&lng=pt&tlng=pt).
- Rinaldi, D. L., Cabral, L. H., & Castro, G. S. (2008). Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. *Estudos & Pesquisas em Psicologia*, 8(1). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/10854/8502>.
- Tenório, F., Costa-Moura, F., & Lo Bianco, A. C. (2017). Tradição clínica da psiquiatria, psicanálise e práticas atuais em saúde mental. *Psicologia USP*, 28(2), 206-213. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420150125>.

*O tear psicanalítico: uma pesquisa etnográfica sobre as práticas da psicanálise em uma  
equipe de saúde mental*

## INTRODUÇÃO

Não são necessários grandes esforços interpretativos para identificar o teor profético que Freud (2010/1919) concede ao texto *Caminhos da terapia psicanalítica*. Trata-se de um pronunciamento lido no Quinto Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Budapeste no ano de 1918. Neste texto, o autor coloca a psicanálise como uma teoria que jamais pôde vangloriar-se do acabamento definitivo do próprio trabalho, sendo assim demandante de contínuas modificações em seus métodos. Assim, Freud (2010/1919) apresenta aos seus ouvintes os estudos de Sándor Ferenczi em torno da “técnica ativa” como um exemplo de progresso na pesquisa em psicanálise, relacionando-o ao fato de que cada vez mais a experiência analítica indica o quanto “as várias formas patológicas que tratamos não podem ser resolvidas com a mesma técnica” (p.289). O tema da modificação – ou inventividade – da técnica psicanalítica parece ser o caminho utilizado por Freud para alcançar o ápice de sua reflexão, onde enfim sua palavra ganha contornos de profecia.

Reconhecendo que a atividade terapêutica da psicanálise não possui um vasto alcance, muito em função de que seu trabalho era, costumeiramente, dedicado às classes abastadas, aptas a escolher e pagar o próprio médico, Freud (2010/1919) aponta a existência de outras camadas sociais que ainda não teriam sido alcançadas por suas descobertas. O autor defende que tais camadas possuem tanto o direito ao cuidado com sua saúde mental quanto possuem para um procedimento cirúrgico. Em outras palavras, Freud (2010/1919) critica o caráter elitizado que se atribuía aos cuidados em saúde mental, como se estas não fossem uma questão de saúde pública tal qual a tuberculose, conforme seu exemplo. Acreditando na possibilidade futura de o Estado reconhecer a importância de ofertar cuidados em saúde mental à população, Freud (2010/1919) profetiza a instauração de:

...consultórios que empregarão médicos de *formação psicanalítica*, para que, mediante a análise, sejam mantidos capazes de resistência e de realização homens que de outro modo

se entregariam à bebida, mulheres que ameaçam sucumbir sob a carga de privações, crianças que só tem diante de si a escolha entre a neurose e o embrutecimento. *Esses tratamentos serão gratuitos.* (p. 291. Grifos nossos).

É notória a semelhança entre o espaço imaginado por Freud (2010/1919) e aquilo que hoje entendemos por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o principal serviço público de atenção à saúde mental da população. Espantosamente, Freud (2010/1919) chega a referir as modalidades especializadas que os CAPS possuem – o cuidado voltado aos problemas com álcool e outras drogas, bem como aos cuidados com o público infantojuvenil. No entanto, o caráter profético vai além quando o autor, destacando a realidade do serviço hipotetizado, intui que em tais espaços se faria necessária a adaptação da técnica, haja vista que a neurose em situações de pobreza, por vezes, terá o importante ganho secundário de maior assistência social. Não obstante, se perceberia a necessidade de “fundir o puro ouro da análise com o cobre da sugestão direta” (Freud, 2010/1919, p. 292), isto é, fundir o ouro puro da técnica tradicional ao cobre de outros manejos clínicos.

Passados exatos 100 anos desde a publicação da conferência realizada por Freud, nos deparamos com um campo de trabalho que, de fato, pode abrigar psicanalistas e oferecer as especificidades de sua escuta às camadas da população que, por conta própria, dificilmente teriam acesso a tal especialidade. Atualmente, a saúde mental diz respeito a um campo de atuação polissêmico, cujo espectro dos conhecimentos é tão vasto que se torna difícil definir suas fronteiras (Amarante, 2013). A vastidão de conhecimentos no campo da saúde mental é inerente ao paradigma psicossocial, que visa reconhecer o sujeito desde uma perspectiva complexa, isto é, uma vida dotada de atravessamentos que não se resumem ao orgânico.

De acordo com Meyer (2016), a oferta de serviços pautados pelo trabalho multidisciplinar, fomentada pela reforma psiquiátrica, é o que torna possível o acesso da psicanálise aos espaços coletivos de ação. No entanto, paradoxalmente, a mesma lógica que

possibilita o ingresso da psicanálise na saúde pública é a geradora de parte significativa dos desafios enfrentados pelo psicanalista. Meyer (2016) aponta o que já havia sido colocado por Freud (2010/1919): a instituição de saúde mental convoca o psicanalista a ocupar um lugar diferente do *setting* para o qual foi preparado e com o qual habitou-se. Nesse novo lugar à psicanálise, outros dispositivos clínicos, que não o atendimento individual, são utilizados no tratamento em saúde mental.

Sabendo que os serviços substitutivos da reforma psiquiátrica preveem modificações nas lógicas de trabalho, dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e as Unidades Básicas de Saúde, exercem atividades que não se resumem ao modelo ambulatorial tradicional, pautado pela lógica da consulta individual, uma vez que abarcam ações como atendimentos grupais, oficinas, visitas domiciliares e toda variedade de atividades que tome o território do sujeito como um ponto de ação (Brasil, 2013a). Em outras palavras, são exercidas, nos referidos espaços, *práticas não ambulatoriais de atendimento em saúde mental*.

Nesse sentido, o presente ensaio, redigido a partir de observações etnográficas, objetiva refletir e, em alguma medida, explicar como ocorrem as práticas psicanalíticas nas modalidades não ambulatoriais de atendimento em saúde mental. Considerando a premissa freudiana de que nos espaços não tradicionais a psicanálise funde seu puro ouro ao cobre de outros manejos, almeja-se entender de que modo a técnica e a ética psicanalíticas transformam-se na saúde mental pública, interseccionando seus fazeres aos movimentos da reforma psiquiátrica.

## MÉTODOS

Tendo em vista o objetivo de alargar entendimentos acerca da prática da psicanálise nas modalidades não ambulatoriais de atendimento da saúde mental, selecionei uma metodologia que pudesse abarcar o objeto de estudo a partir de distintos vértices. O argumento para tal girava

em torno do desejo de realizar uma pesquisa que não se deixasse tomar conclusões única e exclusivamente a partir da fala de psicanalistas nativos da saúde mental pública, mas que pudesse, no lugar disso, colocar o pesquisador em contato com o fenômeno *in loco*, enfrentando e descrevendo a cotidianidade das práticas – técnicas e éticas – ao mesmo tempo em que se afeta por elas. Assim, a intenção foi, tal qual um etnógrafo, poder acompanhar o dia-a-dia dos psicanalistas e desta experiência extrair um entendimento que estivesse para além do semblante discursivo dos mesmos.

No seminário *O avesso da psicanálise*, Lacan (1992/1969-70) propõe que “para ter quem sabe uma pequena chance de fazer uma boa pesquisa etnográfica, seria preciso, repito, não proceder pela psicanálise, mas talvez, se isso existir, ser um psicanalista” (p.86). Na medida em que considera o discurso científico como aquele que suspende a dimensão do sujeito para descrever e prever fenômenos em ambiente controlado, Lacan (1992/1969-70) toma a etnografia como um método que relativiza o discurso científico e que, para se vigorar, necessita partir de uma posição analítica, posição esta que se debruça justamente sobre a parte obliterada pelo saber tecnocientífico. Compreendo que o aforisma lacaniano indica o ponto de confluência entre ambas metodologias: um olhar acurado para aquilo que não pode ser dimensionalizado por procedimentos conformados com o ideal científico da replicação e da serialização dos resultados.

O presente estudo se fez, portanto, etnográfico no campo de trabalho dos psicanalistas participantes. O campo escolhido foi uma equipe de saúde mental localizada no município de Porto Alegre. A escolha pelo serviço em questão se fez em função de se tratar de um espaço já conhecido por um dos integrantes do grupo de pesquisa – o que facilitou os primeiros contatos –, mas também em função de ser um serviço que conta com dois psicanalistas atuantes, além de uma equipe fortemente atravessada pelos princípios psicanalíticos em função das supervisões que ambos os profissionais oferecem aos demais. Os momentos de entrada e

observação do cotidiano do serviço ocorreram ao longo do segundo semestre de 2018. Cada dia de observação foi registrado em diário de campo, comprometendo-se em realizar “descrições densas” dos fenômenos observados, sendo este o procedimento *princeps* de uma pesquisa etnográfica que se proponha a ampliar o universo discursivo em torno de uma cultura investigada (Geertz, 2005).

Muito embora o etnógrafo prefira a observação direta do campo à coleta de dados pautada exclusivamente por entrevistas (Agrosino, 2009), a observação etnográfica não almeja a invisibilidade do pesquisador. Sendo assim, ao longo das idas a campo, pude registrar diálogos que tive com os psicanalistas, bem como outros integrantes da equipe e, inclusive, mas em menor frequência, com usuários do serviço. No diário também são registradas as afetações suscitadas pelo campo no pesquisador. Desse modo, também foi possível detalhar em meu instrumento as transferências e contratransferências com o campo etnografado.

Assim que concluídas as observações etnográficas, foi dado início ao procedimento de análise do diário de campo, conforme a proposta de Agrosino (2009). Após uma leitura do material na íntegra, foi realizada a etapa primeira de análise descritiva, decompondo os fluxos dos dados para identificar padrões, regularidades e temas emergentes. Na sequência, foi realizada a etapa de análise teórica, mediante a qual foram buscados entendimentos e explicações para os conteúdos identificados na etapa anterior, sendo assim uma etapa de decifração dos dados. Ambas as análises resultaram em cinco categorias que serão apresentadas a seguir como organizadoras da etapa de desenvolvimento do artigo.

Concluída a análise descritiva, retornei ao campo de pesquisa, dessa vez com a finalidade de entrevistar ambos os psicanalistas participantes do estudo. Essa etapa subsequente havia sido prevista com a intenção de triangular as informações obtidas, entendendo que a fala dos profissionais, contrastadas com a materialidade das observações etnográficas, poderia enriquecer minhas interpretações, além de também ampliar os entendimentos acerca da prática

não ambulatorial, dessa vez tomando como ponto de partida a concepção dos profissionais acerca de si mesmos e de seu trabalho. As entrevistas foram realizadas individualmente no local da pesquisa e cumpriram a função de clarear eventuais situações da coleta etnográfica que não tivessem ficado suficientemente esclarecidas na etapa de análise descritiva. Na etapa de apresentação dos resultados, serão exibidos excertos do diário de campo, bem como das falas dos psicanalistas participantes. Será indicado, ao final de cada fala, se a mesma advém do diário de campo ou das entrevistas complementares.

Cabe destacar que o presente estudo passou pela aprovação dos devidos comitês de ética. As entrevistas foram gravadas e transcritas com o consentimento dos psicanalistas, manifesto em TCLE. Todos os nomes apresentados a seguir são fictícios a fim de preservar o anonimato dos participantes, sejam eles técnicos, sejam eles usuários do serviço etnografado.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### *A materialidade do campo*

O ponto de partida dos resultados é o mesmo ponto de partida das observações etnográficas: a materialidade do campo. Tomo por materialidade do campo todos os elementos que descrevem as estruturas físicas do serviço etnografado, considerando desde a arquitetura das salas, até os detalhes que por vezes as ornamentam, como decorações festivas, ou mesmo seu mobiliário. O exercício de atentar às estruturas físicas do serviço de saúde em questão cumpre a função de organizar, preliminarmente, a imagem geral transmitida pelo campo não somente ao observador, mas a todos que nele se inserem enquanto usuários do SUS, pois “as estruturas físicas e os ambientes dos pontos de atenção constituem base operacional fundamental para a garantia da qualidade do cuidado e das relações usuários-equipes-territórios” (Brasil, 2013b, p. 5).

No contexto dos serviços substitutivos, a estrutura física cumpre uma função que está para além das bases operacionais previstas nos manuais do Ministério da Saúde, pois a instituição que visa superar e com a qual se contrasta – o manicômio – possui uma identidade arquitetônica bastante marcante que reflete seu modo de atuação diante da loucura. Desse modo, o espaço físico dos serviços de saúde mental pós reforma psiquiátrica cumpre a função de superar também imaginariamente as instituições asilares. Bachelard (2000) entende que todo espaço não se resume ao dado geométrico, sendo assim algo a ser vivenciado pela imaginação e dotado de virtudes próprias, verdadeiros elementos que revelam a função e os modos de habitar. Quais modos de habitar revelam as materialidades do campo etnografado? O presente excerto do diário de campo pode nos dar o ponto de partida para essa questão:

*A entrada para o espaço onde está alojada a equipe de saúde mental fica literalmente nos fundos de uma unidade básica de saúde. Após cruzar sua porta de ferro é possível deparar-se com um estreito corredor onde estão dispostas diversas cadeiras lado a lado. É ali que os usuários aguardam atendimento. Diante das cadeiras, murais ostentam cartazes que alertam para a prevenção e diagnóstico de dengue, tuberculose e AVC. Também ali é possível encontrar uma surrada estante de alumínio onde estão antigos exemplares de revistas aleatórias. Tal organização me faz lembrar dos ambientes de espera de salões de cabeleireiro, onde quase sempre se encontram revistas velhas cuja única função é ser folheada como modo de passar o tempo. (Diário de Campo)*

Desta nota de abertura, que descreve uma das primeiras impressões suscitadas pelo campo, destaco três pontos que remetem a outros espaços que não somente a entrada e a sala de espera do local. Primeiramente, a estreiteza do corredor onde aguardam os usuários é representativa da realidade geral do serviço. Excetuando-se a chamada “sala de grupos”, os demais espaços com o qual a equipe de saúde mental pode contar são todos demasiado apertados onde, por vezes, se faz necessário compactar grande número de usuários e técnicos

para garantir a permanência de um atendimento grupal. Do mesmo modo, a sala de equipe tem proporções limitadas diante do número de profissionais com que conta. Inclusive, nos momentos em que há maior número de profissionais, é comum que boa parte destes precise ficar em pé no local.

Um segundo ponto que pode ser analisado a partir do excerto remete ao forte atravessamento que o serviço de saúde mental recebe das concepções clínicas de saúde. Tanto o fato arquitetônico de estar, literalmente, na porta dos fundos de uma UBS quanto o fato decorativo apreensível nos cartazes preventivos e diagnósticos, são indicativos físicos do modo como a saúde mental relaciona-se com saúde coletiva e atenção primária. O espaço físico passa a ser, então, representativo do modo como o imperativo da saúde clínica, bem como do trabalho diagnóstico, incide sobre a atividade dos psicanalistas. Esse atravessamento será detalhado na seção posterior onde serão discutidos as práticas e os manejos dos profissionais.

O terceiro ponto que destaco do diário de campo remete ao meu próprio devaneio diante do primeiro contato visual com o espaço onde se aguarda atendimento. Não parece acaso que a estante e suas revistas velhas, idênticas àquelas dos ambientes de espera de outras organizações, tenham me feito pensar em um salão de cabeleireiros – ambiente no qual o trabalho é realizado, por excelência, de maneira individualizada, com hora marcada e atendimento personalizado. O serviço etnografado, em oposição àquilo que se espera de um CAPS, não conta com um espaço passível de ofertar aos usuários a chamada “ambiência”. Desse modo, a espera pelos atendimentos, individuais ou coletivos, ocorre de maneira mais burocrática e não criativa, tal qual em um salão de beleza onde revistas são folheadas para que o tempo passe. Entendo que esse fato, ainda que descreva em partes a realidade do serviço, não chega a ser representativo do modo como são conduzidos o tratamento e o cuidado dos usuários. Pois, como o psicanalista Otto apontou certa vez:

*“Tem muito CAPS que não tem cara de CAPS, que são verdadeiros ambulatórios, focados somente em atendimentos individuais... aqui, mesmo sem ser um CAPS, sem contar com o que esse serviço conta, a gente consegue fazer muita atividade em grupo, ações coletivas tal qual o que se espera de um CAPS”.* (Otto. Diário de Campo)

Percebe-se, na fala de Otto, que o trabalho em saúde mental convida a equipe a superar suas próprias limitações físico-espaciais. Muito embora não seja um CAPS e não possa contar com os mesmos investimentos destinados a este modelo de serviço, a equipe de saúde mental busca garantir atividades não ambulatoriais aos seus usuários. De acordo com Rhéume (2018), o mundo contemporâneo do trabalho demanda do sujeito trabalhador um exercício criativo, que não se limite à produção técnica. Quando criativo, o sujeito trabalhador torna-se parte de um projeto democrático que colabora com o progresso científico de sua comunidade, sendo assim, um ator político. Nota-se, desse modo, que diante das limitações estruturais, passíveis de se tornarem justificativas para a ambulatorização do dispositivo terapêutico, o psicanalista, bem como toda a equipe, precisa se posicionar tal qual um ator político para garantir o exercício adequado de seu fazer. Sendo assim, mesmo uma estrutura semelhante a do modelo clínico-individual-privado não será garantia, ou razão, de um trabalho desconectado da proposta do convívio entre usuários em espaços coletivos de ação.

Conforme indicado anteriormente, a chamada “sala de grupos” é o único lugar observado no serviço que não enfrenta limitações espaciais, bem como é desprovida de qualquer estética de cunho ambulatorial que esteja presente no restante do prédio da unidade de saúde. Sabe-se que a sala de grupos, embora se encontre no mesmo pavilhão onde habita a equipe de saúde mental, não é de uso exclusivo desta, sendo assim utilizada por toda a unidade básica para a realização de grupos voltados à promoção e educação em saúde. Muito embora seja um espaço comum a todos os técnicos lotados no prédio da unidade, a sala de grupos carrega feições do

que se espera de um serviço de saúde mental que atue desde a promoção de convívio e socialização entre usuários.

*Uma sala ampla, quadrada, com muitas cadeiras e uma enorme mesa. Na parede ao fundo encontram-se incontáveis quadros, pinturas diversas de paisagens, super-heróis e animais. Em uma pequena mesa e sobre o armário é possível localizar tintas, pincéis e garrafas decoradas. No lado oposto, um cartaz, feito à mão em papel pardo conscientiza quem o lê das formas de prevenção do suicídio e, no outro canto, repousa um segundo cartaz, também feito à mão, que apresenta uma linha do tempo da reforma psiquiátrica. Sobre nossas cabeças se cruzavam longas filas de bandeirinhas de festa junina. Elementos de festejos já findados ornamentam a sala oferecendo certa materialidade à ideia de que o inconsciente é atemporal. (Diário de Campo)*

A expressão artística é tradicionalmente utilizada em saúde mental no Brasil desde os anos trinta, ainda em hospitais psiquiátricos, sendo reconhecida como uma estratégia capaz de libertar o sofrimento subjetivo e, ao mesmo tempo, promover a socialização do sujeito (Tavares, 2003). É nesse sentido que a arte e a cultura fazem parte da rotina dos serviços substitutivos, uma vez que possibilitam a convivência e a apropriação do interior destes espaços por parte dos usuários (Galvanese, Nascimento & D'Oliveira, 2013). Os detalhes artísticos, somados aos elementos festivos e cartazes de conscientização sobre questões da saúde mental, convertem a sala de grupos em um verdadeiro contraponto aos demais ambientes do serviço.

Pode-se dizer que, se por um lado, a unidade básica de saúde injeta o seu discurso no âmbito da equipe de saúde mental por meio de cartazes voltados a doenças e emergências médicas, por outro, a equipe de saúde mental também apresenta sua estética, na medida em que colore as paredes da sala de grupo e ocupa a visão daqueles que nela adentram com temas e práticas de saúde mental. Bachelard (2000), em sua *Poética do Espaço*, defende a ideia de que a casa cumpre a função de ser para o humano como um “canto no mundo”, um berço primário

onde é possível que o sujeito estabeleça território na vastidão do universo. Assim, parece profícua a ideia de que no contexto do campo etnografado, a sala de grupos apresentava-se como “canto no mundo” da equipe de saúde mental, espaço onde a identidade profissional poderia mais claramente despontar.

Apesar de a sala de grupos sugerir um espaço compatível com o que se espera de um serviço de saúde mental alinhado à reforma psiquiátrica, as reuniões e discussões de caso, bem como os contatos telefônicos com usuários e rede de saúde, ocorrem majoritariamente na “sala de equipe”. Esta, diferentemente da sala de grupos, materializa um espaço de teor burocrático. Nela estão armazenados os prontuários dos usuários, as agendas de cada técnico, os informes da equipe e as tabelas que organizam as escalas de atividades semanais. Trata-se de uma zona onde a porta se mantém fechada para quem não seja técnico da equipe. Desse modo, é na sala de equipe que as discursividades marcam maior presença, pois, se tratando de um espaço privado aos usuários, é ali que são debatidos os casos e discutidas as impressões e opiniões pessoais dos profissionais. Tomando a sala de equipe como *locus* privilegiado de acesso ao modo como os psicanalistas habitam o serviço, adentremos no eixo dos cotidianos.

### ***A prosa nos cotidianos da sala de equipe***

Em uma pesquisa etnográfica, acompanhar e descrever cotidianos se torna fundamental, pois se tratando de um método no qual pesquisador e campo interagem continuamente, é no espaço cotidiano que a comunicação entre as partes se densifica e possibilita ao etnógrafo a apreensão de uma cultura em sua complexidade, sobretudo a partir do contato com a língua daqueles que são nativos do campo. (Rocha & Eckert, 2008). De acordo com Heller (1987), o estudo da vida cotidiana de uma cultura permite compreender o modo como são forjadas as capacidades intelectuais, os afetos, os sentidos, as ideias e ideologias, em suma, tudo aquilo que dá condições de existência a um sujeito no mundo. Nas palavras da autora “na vida cotidiana a

atividade com a qual formamos o mundo e aquela com a qual formamos a nós mesmos coincidem” (p. 25-6. Tradução minha). O cotidiano pode ser compreendido, portanto, como um campo a partir do qual transformações – do sujeito e do mundo – podem acontecer, pois toda transformação ocorre a partir da “práxis social dos sujeitos, esse processo vai consolidando a possibilidade de expressão do ser enquanto parte integrante, pertencente ao seu contexto” (Fernandes, 2002, p. 43).

Na presente pesquisa etnográfica, o cotidiano foi apreendido mais claramente no espaço da sala de equipe, uma vez que esta, ao contrário das salas onde ocorriam atividades voltadas aos usuários, constituía um espaço de convívio da equipe, configurando, assim, um campo a partir do qual situações diversas do cotidiano eram lembradas, discutidas e resolvidas. O cotidiano da sala de equipe apresentou-se grandemente a partir de prosas, ou seja, conversas informais durante intervalos de atividades. Foi no contato com as prosas cotidianas que pude apreender enunciados acerca dos usuários, das conduções terapêuticas e da maneira como a psicanálise enquanto teoria e método perpassava as relações entre psicanalistas e não psicanalistas no serviço. Em certa medida, a prosa cotidiana cumpriu uma função investigativa alinhada àquilo que Freud (1996/1901) trabalhou em *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana* ao demonstrar que o lapso falado, normalmente tomado como desprovido de valor devido ao seu caráter cotidiano, é possível revelador da contradição subjetiva e de elementos que escapam ao próprio falante. Para dar início a esse ponto da análise vejamos o seguinte excerto:

*Otto conversa comigo e com uma aluna de residência no espaço da sala de equipe. Faltavam alguns minutos para que o grupo daquela manhã fosse iniciado. O psicanalista parecia decidido a me falar um pouco sobre o perfil dos usuários antes da minha primeira observação. Conta que aquele grupo é um tanto “chato”, assim como algumas de suas participantes. Não chego a me incomodar com a definição, todavia fico pensativo com os problemas dessa palavra, chegando a me questionar sobre o quanto um profissional*

*se deixa levar em suas intervenções diante de um ‘diagnóstico’ de chatice. [...] Em seguida, entram na sala as estagiárias que viriam a conduzir o grupo terapêutico ao lado de Otto. Explicam sobre determinada participante do grupo que faltou a todos os encontros no mês passado quando o psicanalista esteve afastado e, assim, perguntam se devem contatar a paciente. Otto, após uma breve expressão reflexiva de olhar fixo nas estagiárias, orienta-as que liguem e diz “Acho importante vermos o que tá acontecendo, ligar pra saber se tá tudo bem, dizer que repararam que ela faltou algumas vezes e querem ver se aconteceu algo e vamos ver o que ela diz e o que acontece”. (Diário de Campo)*

No espaço cotidiano da sala de equipe, destacaram-se momentos onde as prosas revelaram discursividades acerca dos usuários. Neste caso, o psicanalista expõe sua percepção de maneira trivial, tal qual uma reflexão cotidiana que, a princípio, não interage com seu fazer profissional. Otto parece falar da chatice do grupo com a mesma naturalidade que falaria da chatice de um amigo ou colega de trabalho, sugerindo assim se tratar muito mais de sua opinião pessoal do que uma percepção enquanto psicanalista responsável por conduzir aquela atividade. De todo modo, a chatice referida pelo profissional pode estar relacionada com o apontamento de Dassoler e Palma (2012) acerca das dificuldades enfrentadas pela psicanálise quando diante das demandas que compõe a rede de atenção psicossocial, caracterizadas majoritariamente pela “precariedade de seu vínculo com o Outro, tipificada nas psicoses, nos transtornos graves de desenvolvimento na infância e na recorrente ruptura dos vínculos sociais em pacientes com uso abusivo de álcool e outras drogas” (p. 95).

O imperativo da precariedade social que compõe a realidade de boa parte dos usuários dos serviços públicos de saúde mental pode dificultar o alcance da intervenção psicanalítica, que esteve historicamente voltada a um recorte específico da população, conforme já assinalamos a partir de Freud (2010/1919). Nesse sentido, a chatice com a qual o Otto define

alguns usuários durante a prosa cotidiana pode remeter às dificuldades do próprio psicanalista em intervir diante daquelas demandas. Essa hipótese pode ser constatada a partir de outro momento, também na sala de equipe, onde o psicanalista me diz:

*“Alguns pacientes se tornam chatos porque precisam ter suas demandas trabalhadas, são pacientes que falam pouco de si e se queixam muito dos outros... o principal sujeito das frases desses pacientes é o ‘ele’. A gente tenta entender, é realmente difícil a vida das pessoas. Ser chata não é um problema. Na verdade, algumas pessoas tem o direito de serem chatas”.* (Diário de Campo)

Quando afirma o direito à chatice, o psicanalista se coloca em uma posição da qual consegue pensar a condição do sujeito que acolhe em seu serviço, evitando enredar-se no discurso cotidiano de uma crítica vazia sobre o usuário. Poderíamos dizer que Otto, ao reconhecer o direito de o sujeito ser quem ele é – independentemente do modo como ele, psicanalista, se sinta em relação a isso –, não atua sua contratransferência. Sabe-se que a contratransferência é um dos conceitos mais polissêmicos da psicanálise, sendo, inclusive, o seu manejo um dos marcadores que delimitam as fronteiras entre o campo lacaniano e os campos kleiniano e pós-kleiniano. A *spaltung* teórico-técnica do conceito coloca, de um lado, a premissa lacaniana de que a contratransferência diz respeito tão somente aos sentimentos do analista e que, portanto, não devem ser entendidos como outra coisa que não obstáculos ao objetivo do tratamento (Coutinho, 2004). Por outro lado, encontramos proposições kleinianas e pós-kleinianas que compreendem a contratransferência como fruto da identificação projetiva do paciente, sendo assim um instrumento capaz de revelar conteúdos não falados pelo sujeito (Zaslavsky & Santos, 2006). Diante disso, poderíamos dizer que o psicanalista, no momento assinalado, consegue ocupar uma posição intermediária no manejo de sua contratransferência.

Otto, ao modo de quem entende a identificação projetiva como fenômeno que marca a relação terapeuta-paciente, utiliza de seu sentimento contratransferencial para apurar a condição

do outro, transformando, desse modo, a trivial percepção cotidiana em elemento de análise e reconhecimento da condição social de um usuário – “*algumas pessoas tem o direito de serem chatas*”. Não obstante, em acordo com o que se espera de um discurso psicanalítico de cunho lacaniano, o psicanalista não permite que a contratransferência se converta em obstáculo ao trabalho clínico, fato este que fica expresso no momento em que, apesar da chatice recém apontada, o técnico convida as estagiárias a verificarem a ausência da usuária, mantendo assim seu compromisso de cuidado e atenção psicossocial. Em suma, a ética psicanalítica, garantidora da abstinência e da superação da resistência do analista, subsidia o cuidado e o acompanhamento do usuário faltoso, mesmo diante do fenômeno contratransferencial que permite vê-lo e dizê-lo em sua chatice.

Há um nítido contraste entre a postura do psicanalista e a de outros membros da equipe no que diz respeito ao manejo – e não-manejo – da contratransferência no dia-a-dia do serviço. Foi possível acompanhar, também nas prosas cotidianas, outros técnicos discursarem sobre as impressões negativas que alguns usuários despertavam, mas sem conseguir sustentar tais sentimentos. É comum na literatura o argumento de que na saúde pública o diferencial do psicanalista é justamente sua capacidade de apresentar às equipes por onde circula seu modo de reconhecer e manejar a transferência advinda do usuário (Betts, 2014; Dassoler & Palma, 2011; Seixas, 2011). Ao que tudo indica, ao lado da transferência, o manejo da contratransferência também compõe o conjunto de diferenciais que o saber psicanalítico oferece nos espaços da saúde pública.

Para além das percepções acerca dos usuários, do contexto das prosas cotidianas também foi possível inferir elementos que remetem a percepção que os psicanalistas, enquanto técnicos, possuem acerca da psicanálise, ou mesmo da comunidade psicanalítica. Em certa ocasião, no intervalo entre uma atividade e outra, ambos profissionais conversavam sobre o texto que escreveriam a convite de determinada instituição psicanalítica. O escrito, de acordo com os

profissionais, deveria cumprir a função de apresentar o serviço de saúde no qual se encontram, bem como o trabalho que nele desenvolvem.

*Em tom anedótico, Otto me fala que ele e Virgínia poderiam escrever longamente sobre o serviço e trazer elementos políticos disso, no entanto desacredita nessa abordagem por julgá-la desinteressante aos psicanalistas daquela instituição. Conta que seu desejo era escrever um texto onde relacionaria a história de vida de uma paciente do serviço a certas práticas de tortura comuns na ditadura militar brasileira, mas que não poderia fazê-lo por falta de tempo [...]. Assim, ambos os psicanalistas optaram por uma apresentação mais geral de um caso clínico. (Diário de Campo)*

O clássico estudo de Moscovici (1978) sobre a representação social da psicanálise revela importantes elementos acerca do modo como a teoria e a clínica psicanalíticas eram concebidas popularmente na França. Apesar de ser um estudo datado, boa parte de seus achados se mantêm vigentes, sobretudo aqueles que remetem ao modo como psicanalistas publicizam seus saberes. Desse modo, um dos pontos identificados por Moscovici (1978) diz respeito à “recusa da divulgação”, isto é, uma certa tendência de acreditar que a psicanálise, quando amplamente divulgada, corre o risco de vulgarizar seus conceitos, convertendo-os em discursos cotidianos da sociedade na qual se insere. Nas palavras do autor “conhecer a psicanálise é conhecer-se através dela” (p. 104), fato este que tornaria o saber psicanalítico não apenas um modo de informação, mas principalmente um instrumento de influência.

Em certa medida, as conclusões de Moscovici (1978) alinham-se ao apontamento de Strachey (1996) acerca da relutância de Freud em publicar materiais que pormenorizassem seu modo de atuar clinicamente, entendendo que tais estudos poderiam colaborar com as resistências de futuros pacientes que os lessem. Sabe-se, no entanto, que a psicanálise pode divulgar-se ao longo do tempo – contrariando os receios de Freud – a tal ponto que seu dialeto é hoje recorrente no discurso de muitos profissionais inseridos na saúde mental (Figueiredo,

2001; Lerner, 2006). Sendo assim, por que motivos os psicanalistas participantes da pesquisa indicam desinteresse em divulgar o serviço de saúde aos seus pares, mesmo tendo sido convidados a fazê-lo? Em certa medida, as palavras de Otto sugerem uma resposta inicial para tal questão quando afirmam que o serviço, e suas dinâmicas, parece “*desinteressante aos psicanalistas daquela instituição*”.

A descrença na possibilidade do serviço de saúde mental, tal qual encontra-se estruturado, despertar o interesse de outros psicanalistas pode alinhar-se à recorrente, e equivocada, premissa de que a psicanálise se faz única e exclusivamente quando debruçada na subjetividade individualizada de um paciente. No entanto, como indica Rosa (2016), a construção da obra freudiana baseou-se em questões clínicas entremeadas por temas sociais como a guerra, a origem da lei, os pactos sociais e as relações de poder que marcam as modalidades de sofrimento humano. Desse modo, o relato textual de psicanalistas acerca das dinâmicas de um serviço público de saúde deveria ser passível de causar o interesse de outros profissionais da área, pois estaria em conformidade com elementos que compõe a gênese da disciplina. Todavia, o que observamos nos psicanalistas é tão somente a descrença na possibilidade de despertarem interesse em seus pares pela via do debate social. Isso fica ainda mais nítido quando, em seguida, Otto revela já ter abandonado a segunda alternativa que havia cogitado para o texto a ser produzido: um debate que alinharia a clínica psicanalítica e a história do Brasil. Assim, ambas as ideias de uma produção escrita que tensionaria os preceitos psicanalíticos são colocadas em detrimento do caso clínico – modalidade textual bastante tradicional na comunidade psicanalítica.

Turriani, Dunker, Kyrillos Neto e outros (2018) apontam que na tradição psicanalítica, o caso clínico é tomado como uma estratégia em torno da qual é possível demarcar e reconstruir estruturas teóricas. Sendo assim, é na releitura do caso clínico que seria possível deparar-se com os conceitos em uma espécie de tela que oferece a visibilidade de como interagem teoria

e material clínico. Nesse sentido, os autores entendem que um caso clínico pode assumir três funções distintas: (a) a busca por validação de determinada teoria ou técnica; (b) a contestação de uma teoria ou parte de seus preceitos; e/ou (c) dar testemunho narrativo e de modo ensaístico sobre a condução clínica do profissional. Nas três situações, o caso clínico pode trazer questões sociais de sua época, na medida em que apresenta as modalidades de sofrimento vigentes com as quais se depara no processo terapêutico, razão pela qual, segundo os autores, o caso clínico é, invariavelmente, um caso social.

Afirmar que todo caso clínico remete a uma produção textual que converge ao social, como sugerem Turriani, Dunker, Kyrillos Neto e outros (2018), tem sentido quando consideramos que todo texto se faz em coautoria com a cultura na qual está inserido, fato este que o torna possível revelador de informações que extrapolam seus objetivos explícitos. Todavia, entendo que há um longo gradiente de possibilidades no que diz respeito às formas de se apresentar o social a partir de um caso clínico. O caso Dora é um exemplo paradigmático disso, pois se nesse texto Freud (2016/1905) revela o modo como a mulher pós-vitoriana sofria diante de uma cultura patriarcal e embrutecedora de sua sexualidade, o faz por serendipidade. Sabe-se que a intenção de Freud (2016/1905) com este escrito foi a de fundamentar suas teses sobre os sintomas histéricos e apresentar certas formulações a fim de "justificar de vários pontos de vista o meu procedimento como para reduzir a uma medida razoável as expectativas que talvez o cerquem" (p. 174). Assim, se podemos afirmar que todo caso clínico é invariavelmente social, não podemos dizer o mesmo da intenção de quem o escreve.

Otto e Virgínia abandonam duas ideias que inegavelmente fariam ecoar a noção de caso clínico como caso social, justificando-se, primeiramente, no suposto desinteresse dos colegas e, em seguida, pela falta de tempo que dispunham para tal. Optar pela apresentação genérica de um caso clínico sem tomar como ponto de partida a realidade do serviço de onde falam, apresentando assim tão somente a matriz terapêutica que pouco varia em comparação à clínica

tradicional, faz com que os psicanalistas se oponham ao grande potencial do caso clínico na saúde pública que é, justamente, permitir "construções epistemológicas que trazem o novo e o incongruente para a mesa", construções estas que permitem "relações entre a práxis e o campo social" (Turriani, Dunker, Kyrillos Neto e outros, 2018, p. 78).

Creio que a decisão de abrir mão de ambas as alternativas para dar início a um escrito mais corriqueiro e palatável ao campo psicanalítico não se deve unicamente às justificativas expostas pelos profissionais, mas, no lugar disso, oferece pistas para certa atualização da "recusa da divulgação" apontada por Moscovici (1978), que, desta vez, se encontraria enriquecida pelas complexidades de um campo não tradicional à comunidade psicanalítica. Haveria certa postura de reserva na exposição dos aspectos mais singulares desta clínica não tradicional? Ou, no lugar disso, seriam infáveis os aspectos sociais de uma psicanálise praticada no serviço público de saúde mental?

Tais questões suscitadas pelo cotidiano em prosa da sala de equipe serão retomadas e, em alguma medida, respondidas nas sessões subsequentes. De todo modo, é possível, à guisa de introdução, expor já nesta etapa uma hipótese explicativa alinhada aos objetivos do estudo. Entendo que quando um psicanalista, enquanto técnico da saúde mental, se põe a dissertar sobre sua prática neste campo, depara-se com a necessidade de assumir a transformação parcial daquilo que ele próprio espera da técnica e da ética psicanalíticas. Assim, Otto e Virgínia optam por desenvolver um texto que não priorize o debate acerca das dinâmicas da saúde pública, e seus aspectos sócio-históricos, porque sentem a impossibilidade de se fazer entender por um público que não compartilha da mesma condição de trabalho vivencialmente. A tarefa explícita de apresentar o próprio serviço traz, em anexo, a tarefa latente de revelar as transformações técnicas e éticas que são operadas cotidianamente na saúde mental; tarefa para a qual "*falta tempo*".

Heller (1989) nos mostra que o cotidiano é, paradoxalmente, o campo do qual emergem transformações nas habilidades humanas e, também, onde mais facilmente pode ser fomentada a alienação do sujeito. Entende-se que a vida cotidiana possui múltiplas características geradoras de transformação – a espontaneidade, a solução de problemas a partir de raciocínios pragmáticos e probabilísticos, e as generalizações que agrupam e organizam as infinitas singularidades são alguns dos exemplos de Heller (1989). Todavia, as mesmas características apontadas pela autora, quando cristalizadas em absolutos, entorpecem os movimentos do cotidiano e esgotam as próprias possibilidades transformativas. Portanto, é na ação cotidiana – mesmo naquela exercida e explicitada nas prosas de uma sala de equipe – que as estruturas psicanalíticas podem ser transformadas ou estancadas na saúde pública.

Para superar o estancamento das transformações no cotidiano, caberá ao técnico-psicanalista buscar aquilo que Heller (1989) chamou de “condução da vida”, prática que “supõe, para cada um, uma vida própria, embora mantendo-se a estrutura da cotidianidade; cada qual deverá apropriar-se a seu modo da realidade e impor a ela a marca de sua personalidade” (p.40). Veremos, na sessão a seguir, um segundo ponto do cotidiano que também sugere transformações e, muitas vezes, exige a imposição de uma personalidade, ou estilo, por parte do analista. Adentramos, portanto, no espaço onde as prosas cotidianas são, enfim, materializadas em práticas e manejos clínicos para com os usuários.

### *Técnicas e éticas nas práticas e manejos*

Discutir técnica e ética é discutir o que faz um psicanalista. No mesmo sentido, analisar as formas como são operados estes dois elementos em ações não ambulatoriais de atendimento é também analisar – e compreender – o que faz um psicanalista quando inserido na saúde mental pública. Um possível caminho de análise do binômio técnica-ética poder ser trilhado a partir do relato pessoal de quem as pratica. Sabe-se, desde Freud (2014/1916), que uma verdadeira

apreensão do método e da teoria psicanalítica demanda uma experiência subjetiva que só pode ser concretizada a partir do contato vivencial com o inconsciente mediante uma análise. Em outras palavras, defende-se a ideia de que para de fato compreender a psicanálise é necessário experienciá-la, o que tornaria um psicanalista analisado seu principal enunciador. Isso explica, em alguma medida, o porquê de boa parte das publicações disponíveis sobre as interfaces entre psicanálise e saúde pública utilizar como recurso textual o “relato de experiência”.

No entanto, relatos de experiência possuem uma falha imanente ao seu método enunciativo: são incapazes de transmitir uma informação sem trazer, em anexo, a subjetividade de quem fala. Bueno (2002) comenta que ao narrar-se, o sujeito busca dar conta de uma intencionalidade consciente que não necessariamente está alinhada ao seu desejo, o que fomenta tanto a ocultação de algo, quanto sua revelação à moda de um ato falho, portanto, “nem sempre os valores defendidos correspondem aos atos praticados”, pois, “quando alguém tenta se comunicar, na verdade, o faz a partir da ficção que cria de si mesmo” (p.30).

Notavelmente a subjetividade que escapa no relato de uma experiência agrega valor ao trabalho analítico sobre um determinado objeto de pesquisa, todavia, se tratando de técnica e ética, um estudo que se baseie somente no discurso do profissional que as pratica reduz os campos de apreensão das mesmas. Por essa razão, as observações etnográficas, contrastadas às falas cotidianas e às entrevistas com os psicanalistas, puderam fundamentar entendimentos e interpretações que divergem do conteúdo falado<sup>1</sup>. Tomemos como ponto de partida dessa questão a seguinte fala de Virgínia acerca do contraste entre técnica e ética nas atividades grupais da saúde mental e técnica e ética aplicadas à clínica clássica:

---

<sup>1</sup> Pode-se dizer que ao falar sobre técnica e ética em seu fazer profissional, o psicanalista lança mão de uma “elaboração secundária” – mecanismo de defesa descrito por Freud (2012/1900) que incide no modo como o sonho é contado pelo sonhador. A elaboração secundária permite que o sonho adquira certa “racionalidade”, pois atribui sentidos temporais e causais aos produtos oníricos que, sem este mecanismo, seriam de difícil apreensão falada. A etnografia torna-se, assim, um método que permite ao pesquisador não somente “analisar o sonho” (nesse caso, a narrativa do profissional), mas também “sonhar junto” (ou seja, pesquisar os fenômenos em uma zona de vivencialidade compartilhada e co-construída), noção de intensa presença nas concepções de Thomas Ogden (2010) acerca da intersubjetividade como um fenômeno que compõe a relação entre analista e analisado – neste caso, também entre pesquisador e pesquisado.

*“Eu entendo que na técnica tem diferenças. Eu acho que no individual, por um lado, o terapeuta acaba sendo mais ativo do que no grupo. Não ativo no sentido de falar, mas da própria escuta, de poder também estar mais atento, poder pensar mais na intervenção, naquilo que tu vai tá de alguma forma devolvendo. Em termos de ética eu acho que não tem diferença. Tu vai tá olhando sob a mesma ética. Não se trata de tu tá dizendo o que a pessoa tem que fazer, direcionando. É questão de poder respeitar a questão do sujeito ali, do desejo também. Em termos de ética não vejo diferenças, mas da técnica tem diferenças”.* (Virgínia. Entrevista Complementar)

A tese de Virgínia é clara: no contraste entre clínica privada e práticas coletivas da saúde mental, técnica é o elemento mutável, enquanto ética passa a ser o ponto de constância. No entanto, a etnografia pode acessar situações que contrariam a percepção da psicanalista. Com base nas observações, pude desenvolver a antítese de que não somente ambos operadores mudam – técnica e ética – quando na saúde mental pública, como a ética parece, muitas vezes, transformar-se de maneira mais notável do que a técnica. A fim de apresentar essa ideia, bifurcarei a presente etapa dos achados, iniciando apontamentos sobre a técnica e, em seguida, acerca da ética. A partir dos elementos observados em cada um dos operadores, ética e técnica serão reenlaçadas desde uma nova perspectiva. Iniciemos, portanto, a discussão em torno da técnica.

Garcia-Roza (2009) sugere que, em seus primórdios, a técnica psicanalítica passou por transformações que remetem diretamente ao objetivo clínico da psicanálise. No princípio, Freud fazia uso do método catártico, desenvolvido por Breuer, a partir do qual buscava-se acessar a cena traumática colocando o paciente em estado hipnótico. Reconhece-se em tal cena traumática o germe do sintoma neurótico que, investido de afetos, necessitava ser acessado pelo paciente e liberto de sua carga emocional a partir do efeito de ab-reação. A sugestão passava a ser a técnica de alcance da cena traumática. Este princípio, de acordo com Garcia-Roza (2009),

é para sempre alterado no momento em que Freud se depara com as defesas do paciente – que mais tarde viriam a ser chamadas de recalçamento. A noção de defesa apontava para um mecanismo pelo qual o psiquismo se mantém afastado, inclusive em estado hipnótico, de representações desagradáveis. Constituía-se, desse modo, um novo objetivo clínico que não mais se restringia em produzir a ab-reação, mas sim em tornar conscientes certos produtos para, posteriormente, elaborá-los.

Nesses termos, me parece válido afirmar que a técnica psicanalítica é justamente o sistema mediante o qual busca-se garantir o trabalho de revelar ao sujeito seus produtos inconscientes. No referido sistema estão dispostos todos os procedimentos dos quais o psicanalista e analisando lançam mão como atenção livre e flutuante, escuta, associação livre e interpretação. Sabe-se que tais procedimentos técnicos remetem incontestavelmente ao manejo clínico da neurose, sendo o trabalho com psicóticos demandante de outras estratégias interventivas. Com Lacan (1988/1955-56) temos os primeiros apontamentos dedicados à clínica das psicoses, onde é salientada a ideia de o psicanalista atuar enquanto “secretário do alienado” (p. 251), isto é, aquele que se posiciona enquanto testemunha do delírio psicótico, reconhecendo seu discurso ao pé da letra.

Notavelmente há diferenças técnicas internas ao campo psicanalítico, uma vez que a estruturação do sujeito orienta a intervenção a ser adotada. Todavia, no que tange aos distintos territórios onde atua a psicanálise, não foram observadas diferenças técnicas substanciais. Em outras palavras, fosse na intervenção interpretativa diante da neurose, fosse na postura secretarial frente à psicose, os psicanalistas da saúde pública preservaram manejos técnicos bastante semelhantes àqueles que são previstos no *setting* privado e individual. O exemplo a seguir apresenta certa atividade grupal onde uma das participantes conta que tem cuidado sozinha de sua mãe e que seus irmãos não demonstram se importar com isso, o que a faz perceber-se descuidando de si mesma:

*Enfim a usuária se coloca a chorar e diz “eu não quero ser igual a eles, eu não quero mais nada disso, eu vou cuidar dela, mas é só, eu quero viver a minha vida”. A psicanalista, escuta com semblante acolhedor, por vezes balançando a cabeça como se quisesse concordar em gestos. Dessa forma, intervém “me parece que tu tá sofrendo por tentar fazer algo que teus irmãos não fazem... mas tu não é o outro”. A usuária concorda e, enxugando as lágrimas, diz “eu decidi que vou cuidar mais da minha vida, que não vou mais me deixar tomar por isso” ao que Virgínia responde “uhum, acho que essa é uma boa decisão... uhum”. Gosto de intervenções desse tipo onde o analista parece se colocar pessoalmente, validando uma decisão do analisando. Além disso, o repetido “uhum” que Virgínia emite quando intervém me faz lembrar da minha própria analista.*

(Diário de Campo)

O mote para o entendimento das semelhanças técnicas entre psicanálise na saúde mental e psicanálise na clínica tradicional encontra-se no “uhum” da psicanalista, que funciona como ativador da minha vivência enquanto analisando. A princípio, o campo afeta o pesquisador a partir da identificação de uma semelhança estética entre contextos coletivos e individuais, neste caso, um detalhe efêmero de sonoridade – “uhum” – que, a seguir, sugere outras semelhanças, dessa vez justamente no que tange à intervenção propriamente dita. De acordo com o conjunto de intervenções verbais organizado por Fiorini (2004), a intervenção de Virgínia – *me parece que tu tá sofrendo por tentar fazer algo que teus irmãos não fazem... mas tu não é o outro* – cumpre, simultaneamente, a função de assinalamento e de interpretação.

Pode ser chamada de assinalamento, de acordo com Fiorini (2004), toda intervenção que estimule o analisando a desenvolver uma nova maneira de perceber sua própria experiência. Quando Virgínia aponta para o sofrimento em exercer o cuidado que os demais não exercem, alteram-se os dados que a usuária havia trazido. A queixa expressa em não querer ser como os irmãos – *eu não quero ser igual a eles, eu não quero mais nada disso* – dá lugar à possibilidade

de que seu sofrimento advenha das ações que realiza para garantir a diferença – *tu tá sofrendo por tentar fazer algo que teus irmãos não fazem*. Em outras palavras, o assinalamento garante que a queixa trazida pela usuária se transforme em questão sobre si mesma, responsabilizando-a por seu sofrimento.

Fiorini (2004) comenta que, costumeiramente, assinalamentos precedem interpretações. Isso ocorre porque o assinalamento “estimula o paciente a interpretar-se a partir dos elementos recortados, sendo um chamado à sua capacidade de autocompreensão” (p. 171), o que amplia a efetividade de uma interpretação subsequente. A interpretação, por sua vez, é destacada pelo autor como o instrumento técnico primordial a ser utilizado na medida em que introduz uma racionalidade aonde antes haviam dados desprovidos de significado. No entendimento de Laplanche e Pontalis (2001) a interpretação tem posição central na técnica freudiana e direciona-se a qualquer produção do inconsciente que traga a marca do conflito defensivo, visando, assim, a apresentação do sentido latente de uma fala – como na interpretação dos sonhos. Virgínia revela um sentido latente do discurso no momento em que diz a usuária que ela “*não é o outro*”.

Baseando-se na premissa freudiana de delimitação do campo psicanalítico a partir das noções de transferência e resistência, bem como nos experimentos de Sándor Ferenczi acerca dos possíveis manejos e estratégias interventivas, Birman (2014) delinea a ideia de que a técnica é o que há de mais variável na clínica psicanalítica. A técnica pode ser pensada como um ponto de grande plasticidade justamente por ser a resultante de exigências teóricas definidas pela estrutura conceitual e orientação metodológica da psicanálise. Sendo assim, toda técnica é possível no contexto de uma análise desde que se encontre compatível com as exigências fundamentais do método psicanalítico e não perca de vista a singularidade do desejo do analisante, expresso nas marcas de sua história que se recriam no espaço analítico.

Notemos: afirmar a técnica como o elemento mais plástico da psicanálise não é o mesmo que dizer que entre *setting* tradicional e campo da saúde mental a técnica é o elemento mutável. Se existem transformações na técnica psicanalítica quando no campo da saúde mental, isso ocorre muito mais em função de algo que é imanente à psicanálise do que pelas especificidades dos espaços coletivos. Em outras palavras, a técnica é naturalmente capaz de transformar-se, logo, independentemente do campo onde é praticada, ela apresentará divergências consigo própria. Como aponta Figueiredo (2008), é impossível estabelecer um conjunto fechado e definitivo em torno da técnica, pois essa se constrói dialeticamente com a teoria, o que acaba por manter em contínuo estado de abertura as definições tanto dos procedimentos quanto das metas de uma análise.

Para Figueiredo (2008), é o caráter de abertura dos procedimentos técnicos da psicanálise que nos possibilita pensa-la do ponto de vista ético, pois se trata muito mais de uma posição a ser assumida pelo analista do que de uma atitude interventiva específica e premeditada. Nesse sentido, o autor delinea a noção de que, se tratando de uma posição ética, o lugar do psicanalista é o de uma “presença reservada” (p.36), isto é, uma presença que não agride ou inviabiliza o tempo e o desejo do analisando. No entanto, reserva, explica Figueiredo (2008), não deve ser confundida com ausência ou frieza do analista, sendo assim necessário que o profissional se mostre “implicado” no processo analítico.

Em certa medida, a noção ética de “implicação” alinha-se àquilo que certa vez Ferenczi (2011/1928) chamou de tato, isto é, uma postura a partir da qual o psicanalista pode “sentir com” (p. 31) o analisando. O “sentir com” de Ferenczi remete a uma postura analítica não arrogante – arrogância entendida nesse caso como a característica de um analista que interpreta de modo selvagem, como se sua fala contivesse a verdade última e definitiva acerca do sujeito –, capaz de identificar o modo e o momento certo de comunicar algo ao analisando,

reconhecendo, para isso, seus movimentos, seu modo de olhar, receber a palavra, enfim, a atmosfera geral da cena analítica (Reis, 2017).

Portanto, Figueiredo (2008) sugere que para um exercício efetivamente ético faz-se necessária a dialética entre implicação e reserva, entendendo que “a sustentação de uma presença implicada e, fundamentalmente, reservada pode exigir variados desenhos e diferentes estratégias (...). É nessa medida que uma ética se mantém, enquanto as técnicas podem e devem variar” (p.48). Em outras palavras, a ética seria o ponto de constância – como apontou Virgínia – no qual se baseariam as alterações técnicas. A noção de uma ética como balizadora do processo psicanalítico a partir de uma “presença reservada” tem grande semelhança com as noções de ética da psicanálise, largamente discutidas por Lacan e seus seguidores.

A ética da psicanálise, para Lacan (2008/1959-1960) “implica, prioritariamente falando, a dimensão que se expressa no que se chama de experiência trágica da vida” (p.366). A ideia de uma ética relacionada à noção de tragédia é desenvolvida a partir de uma análise alegórica de Antígona, de Sófocles, terceira peça da trilogia tebana, precedida por “Édipo Rei” e “Édipo em Colono”. Nesta tragédia, Antígona luta pelo direito de sepultar o irmão Polinices, direito esse que o então governante de Tebas, Creonte, havia vetado. Como explica Furtado (2013), a luta mortal de Antígona em oposição à ordem de Creonte, revela a dimensão de seu desejo do qual absolutamente não abre mão, um desejo que vai além da lei familiar e dos direitos do morto, um desejo levado às últimas consequências. Lacan sugere, portanto, que assim como a protagonista de Sófocles se responsabiliza diretamente por suas ações diante do interdito de Creonte, o sujeito em psicanálise é convidado a se responsabilizar por seu desejo inconsciente. Em outras palavras, “o desejo não existe fora da dimensão ética, fazendo com que o sujeito se torne responsável por aquilo mesmo que o causa” (Vorsatz, 2013, p.140).

Nesses termos, é fundada uma nova orientação ao trabalho analítico: fazer com que o analisante interrogue a si próprio em relação ao seu desejo. “Agiste conforme o desejo que te

habita?” (p. 367) é a pergunta de Lacan (2008/1959-1960). Na medida em que o sujeito é habitado por um desejo inconsciente, cabe ao psicanalista introduzir essa dimensão no processo analítico. Sendo essa a ética da psicanálise, Quinet (2009) aponta para um elemento fundamental sem o qual a mesma não se pratica: o desejo do analista.

Andrade Júnior (2007) explica que se em Lacan o desejo do sujeito é o desejo do outro, o desejo do analista é entendido como um vazio, um lugar onde o desejo do analisante poderá se instalar. É nesse sentido que o analista faz semblante de objeto causa de desejo, e, portanto, o psicanalista não diz respeito a um sujeito, mas sim a uma função exercida no espaço analítico. Cabe, então, ao desejo do analista fazer surgir para o analisante a interrogação sobre sua própria posição em relação ao desejo (Quinet, 2009).

Tanto a ideia de presença reservada, trabalhada por Figueiredo (2008), quanto a concepção de um desejo “vazio” por parte do analista, apresentada por Andrade Júnior (2007), parecem se alinhar e promover, ainda que a partir de fundamentos conceituais distintos, o mesmo compromisso: uma ética que não decida pelo sujeito, ou melhor ainda, que não imponha o desejo do analista ao desejo do analisando. Nesse sentido, entendemos porque ética e técnica entrelaçam-se: a ética por si mesma se revela em atos, isto é, na prática. O manejo técnico, portanto, é o que materializa a ética.

Todavia, no contexto das práticas dos psicanalistas, foi possível deparar-se com diversas intervenções e manejos que não poderiam ser definidos como materializadores de uma ética propriamente psicanalítica, uma vez que não objetivavam fazer o sujeito interrogar-se, mas, no lugar disso, atribuíam respostas prontas, superando tanto a concepção de um desejo vazio por parte do analista quanto a ideia uma postura reservada. Tomemos como exemplo o seguinte excerto do diário de campo:

*A usuária Vera conta para o grupo que alguns de seus cachorros foram diagnosticados com leishmaniose, um deles chegando a morrer. Recentemente fez exames, pois tem*

*sentido alguns sintomas que podem indicar também estar com a doença. Acredita que seu cão mais jovem também está infectado e que, possivelmente, irá morrer. Parece conformada, embora entristecida com o fato. Virgínia se coloca a fazer diversas questões sobre os cuidados que tem tomado e sobre a possibilidade de sua casa ter foco de mosquitos. Orienta, em seguida, que busque auxílio da Vigilância Sanitária do município. (Diário de Campo)*

Muito se diz que no campo da saúde pública há grande presença de certo paradigma ético direcionado ao cuidado. A ideia de cuidado em saúde é parte constituinte da política de humanização do SUS por meio da qual se almeja garantir práticas menos prescritivas e mais conectadas ao sofrimento e afetos do sujeito que adocece (Lopes, Rodrigues & Barros, 2012). Nesse sentido, a matriz de uma ética do cuidado se encontra na consciência de que na vida em sociedade as pessoas estão conectadas, sendo, portanto, responsáveis umas pelas outras (Zoboli, 2004). De todo modo, uma ética direcionada ao cuidado, apesar de garantir a humanização do trabalho em saúde, certamente se atravessa ao que se espera de uma ética direcionada ao desejo e ao inconsciente manifesto de um usuário.

De acordo com Costa-Rosa (2011), a ética do cuidado é costumeiramente apresentada no campo da saúde mental como oposição à ética manicomial. Todavia, o reconhecimento do sofrimento, alinhado à consciência de responsabilidade social e postura empática com a mazela clínica, compõe, inevitavelmente, na visão do autor, uma postura de objetificação do outro. O cuidador, segundo Costa-Rosa (2011) passará a exercer uma posição dotada de saber científico, que, mesmo imbuído de compaixão, irá inclinar-se sobre o outro enquanto desprovido de saber e, por isso, demandante de um cuidado que é incapaz de exercer.

A posição adotada por Virgínia no excerto apresentado remete ao imperativo de promoção de saúde. Muito embora possa ser justificada por uma ética do cuidado, a intervenção da psicanalista certamente diverge de uma ética voltada ao desejo e ao sujeito de inconsciente.

Os questionamentos e orientações se voltam ao indivíduo adoecido e, por isso, carente do conhecimento científico de um profissional da saúde para superar sua condição. Apesar de a usuária Vera transparecer o sofrimento de ordem emocional, a intervenção recai sobre a materialidade da condição clínica. O psicanalista Otto também manifestou tal postura em muitas de suas atividades, havendo casos em que se valeu de seu saber científico para orientar o comportamento de usuários diabéticos, idosos com fraquezas musculares e, até mesmo, o adequado preparo de determinados alimentos:

*O usuário Jairo conta que sempre come carne de porco com limão, afinal seus pais o ensinaram que o limão mataria qualquer verme que pudesse estar na carne de porco. O psicanalista intervém na linha da correção cientificista explicando que o limão não é capaz de matar qualquer praga e que a melhor forma de se proteger no trato com carne de porco é cozinhando-a muito bem. Jairo chega a contrapor “sim, mas eu tô dizendo de algo que os meus pais me ensinaram, algo que é da minha tradição”, ao que Otto responde “eu entendi, mas mesmo assim, tu pode colocar o limão na carne, mas ainda a melhor forma de prevenir é cozinhando bem”. (Diário de Campo)*

Mesmo diante de um sujeito que manifesta o caráter subjetivo e simbólico do próprio comportamento – *sim, mas eu tô dizendo de algo que os meus pais ensinaram, algo que é da minha tradição* –, o psicanalista não se afasta de uma ética voltada ao cuidado em saúde; nesse caso, uma saúde inegavelmente orgânica e, conseqüentemente, biomédica. Situações dessa natureza foram bastante recorrentes ao longo da etnografia para ambos os psicanalistas participantes. Toda vez que algum usuário, ou mesmo o grupo por inteiro, enveredava seu discurso para uma situação clínica, os psicanalistas se posicionaram de modo imperativo, sugerindo a saúde como objeto passível de ser adquirido pelo usuário, como se aquela fosse um produto, conforme a reflexão de Goidanich (2001).

Temos nestes casos o exercício prático daquilo que a materialidade do campo já havia revelado: o imperativo da saúde clínica que atravessa o serviço de saúde mental. O que me havia denunciado a arquitetura do espaço físico passa a ser representativo de um elemento que extrapola as materialidades para adentrar nos exercícios clínicos. Na saúde pública o psicanalista é contratado por sua formação de base – psicologia, medicina, serviço social etc. – que o coloca diante de uma cisão ética, pois se de um lado põe em prática uma ética do desejo, por outro lado é impelido a responder por um código de ética natural de sua profissão. Assim, a ética do cuidado, que compõe os serviços da saúde pública, forma compromisso com a impossibilidade de haver um psicanalista plenamente voltado ao inconsciente, inviabilizando a permanência de uma ética idêntica àquela que se espera praticar no *setting* tradicional.

Pode-se dizer, até o momento, que o psicanalista, diante das características do serviço de saúde mental, exercita uma ética bipartida que opera direcionada ora ao sujeito do inconsciente, ora ao indivíduo adoecido demandante de um saber tecnocientífico. O equilíbrio e a coexistência dessas éticas é o que garante uma clínica mais integral e conectada à premissa freudiana de uma psicanálise amalgamada a outros materiais que não apenas seu “puro ouro”. Essa ética bipartida incide sobre a técnica psicanalítica que sempre foi, naturalmente, destinada a transformar-se. No entanto, a partir das práticas psicanalíticas observadas foi possível delinear a existência de uma terceira ética. Esta ética, ao contrário das anteriores, não incide sobre a técnica, pois, no lugar disso, advém dela – razão pela qual só foi possível identifica-la a partir de sua constante presença no cotidiano das atividades terapêuticas. Trata-se de uma ética da intersubjetividade.

### *O tear psicanalítico e a ética da intersubjetividade*

Tomemos, mais uma vez, como ponto de partida da discussão dos resultados um excerto do diário de campo.

*No fim daquele encontro, Virgínia faz algo como uma intervenção global, realizando a costura entre as partes, uma fala que integra os ocorridos: “Acho que hoje todas vocês falaram muito das dificuldades, das coisas que fazem vocês, inclusive, pensarem em não vir, mas eu fico muito feliz que vocês tenham vindo porque como vocês mesmas perceberam, e também os familiares de vocês, é importante vir aqui, é importante estar aqui pra que a gente possa com o tempo pensar o que vocês tão passando e ajuda-las a encontrar as melhores soluções pra lidar com as dificuldades”.* (Diário de Campo)

Há muitos elementos na intervenção de Virgínia, todavia, para propor a referida terceira ética, quero dar enfoque ao que no diário relatei como sendo semelhante a uma *costura*, isto é, a confecção de um único objeto a partir de vários fragmentos – nesse caso, a confecção de um único assinalamento a partir de diversas queixas subjetivas. Intervenções globais ao final de atividades coletivas tiveram grande presença nas ações de ambos os psicanalistas. Tal abordagem assemelha-se ao que Fiorini (2008) entende por “recapitulações” no contexto da clínica individual, isto é, intervenções verbais por meio das quais o analista produz pequenos fechamentos, verdadeiras sínteses que possibilitam a contínua integração do processo terapêutico. A recapitulação de Virgínia, no entanto, traz como especificidade a costura das partes, algo que integra o grupo em uma unidade interventiva.

Notavelmente, à primeira vista, essa intervenção pode parecer tão somente o fruto de uma técnica ajustada à dinâmica grupal. Entretanto, o destaque que quero propor encontra-se justamente no princípio ético que ela inaugura – princípio este que defenderei enquanto próprio às práticas não ambulatoriais da saúde mental. A costura realizada por Virgínia não cumpre somente a função de uma síntese, ao modo de uma recapitulação coletiva, mas, no lugar disso, é como se possibilitasse levar a máxima do poeta Arthur Rimbaud – *Je est un autre* – para uma dimensão que extrapola o desenvolvimento do Eu ao convergir para a construção de um laço social.

A estratégia técnica de integração das falas dos participantes das atividades grupais foi continuamente utilizada pelos psicanalistas, não somente como modo de fechamento do encontro, mas também como processo permanente de circulação da palavra. No entanto, a potência das costuras somente foi de fato percebida quando, ao longo da etnografia, pude observar um grupo terapêutico acontecendo na ausência do psicanalista. Naquela ocasião, Otto não pode se fazer presente em função de certas demandas extras no serviço. O grupo foi então conduzido por suas supervisionandas. No diário de campo daquele dia realizei o seguinte apontamento:

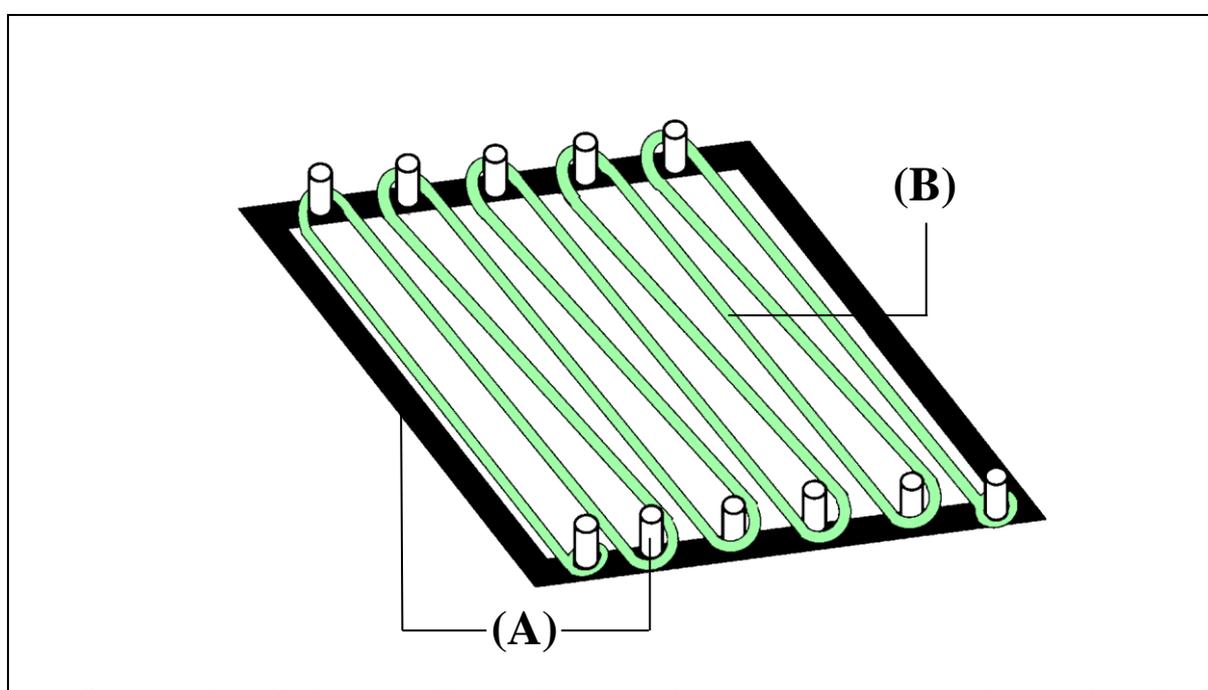
*Na ausência do psicanalista é como se as falas não fossem consideradas em sua qualidade de entrelaçamento. A fala de Otto parecia funcionar como um tear que cruza e trama as linhas em prol da construção de um único objeto oriundo de lados opostos. Um discurso intersubjetivo. (Diário de Campo)*

Sabe-se que todo conhecimento científico – independente da base epistemológica – visa o esclarecimento de fenômenos e eventos. Dentro da linguagem científica, existem diversos modos possíveis de se realizar a tarefa explicativa, sendo a elaboração de modelos um dos recursos mais utilizados, inclusive no cenário psicanalítico. De acordo com Sayão (2001), o modelo é uma criação destinada a representar uma realidade, ou mesmo parte de seus aspectos, visando torna-la descritível e observável. Por essa razão, modelos científicos podem recorrer a analogias, isto é, uma correspondência estrutural entre o objeto representado pelo modelo e o modelo propriamente dito. Nesse sentido, proponho que a costura intersubjetiva realizada pelos psicanalistas possa ser representada, tal qual o assinalamento do diário de campo, a partir do modelo do tear.

O tear diz respeito a uma estrutura mecânica destinada à fabricação de malhas. Existem diversos modelos de tear que variam de acordo com o nível de manualidade que exigem do tecelão. Contudo, para além das diferenças estruturais, todo tear está subordinado ao mesmo

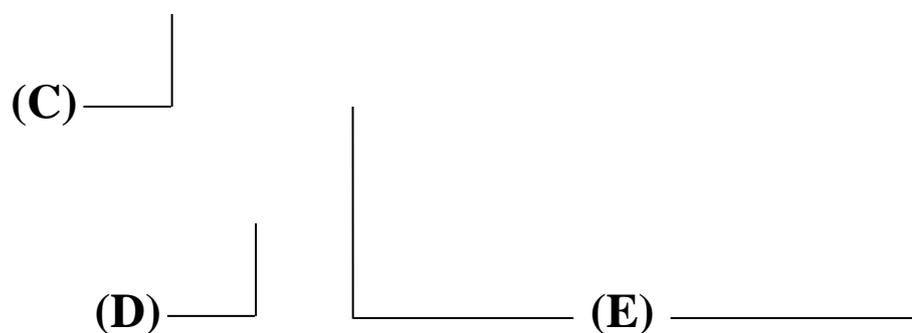
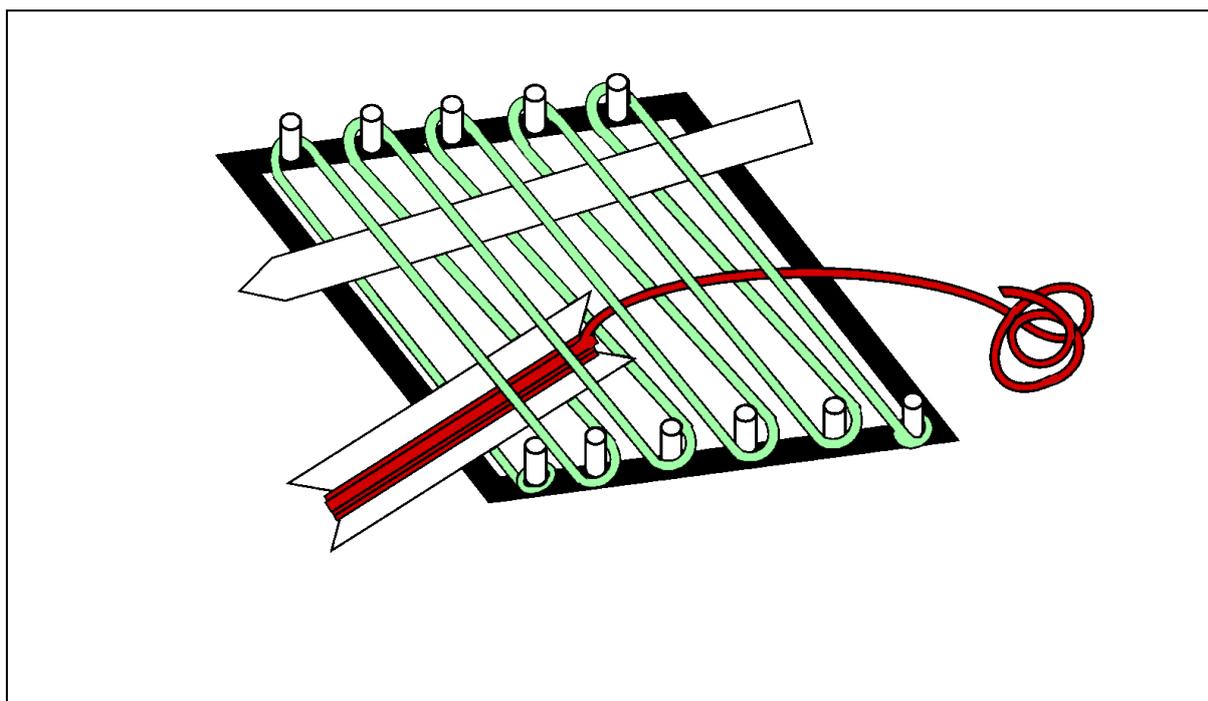
princípio: o contínuo exercício de entrelaçamento entre duas ou mais linhas. Para a presente modelagem, tomarei como referência o tear de pregos, que possui todos os elementos básicos deste artefato de costura. O tear de pregos (Figura 1) é composto por: (A) *uma moldura geral*, que comporta pregos enfileirados em duas de suas extremidades; e (B) *a linha de base*, que diz respeito a uma linha contínua, organizada em carreiras e disposta ao redor de cada prego, em movimentos de zig-zag de uma extremidade a outra da *moldura geral*. É na *linha de base* que serão tramadas as linhas subsequentes.

**Figura 1**



Para a realização da trama (Figura 2) no tear de pregos, faz-se necessário a utilização de dois instrumentos básicos, (C) *a régua* e/ou (D) *a navete*. A régua é o objeto que atravessa a linha de base, intercalando as carreiras sobre e sob si própria. Dessa forma, a régua abre caminho para que a *navete* atravessasse livremente a linha de base. A *navete* é como um suporte em torno do qual (E) *as linhas da trama* são enroladas e, subsequentemente, conduzidas por entre a linha de base, formando a malha.

Figura 2



Cada parte deste modelo corresponde a um elemento que compõe a prática da psicanálise nas modalidades não ambulatoriais de atendimento da saúde mental, sobretudo nas ações e intervenções coletivas. Podemos dizer que no tear, a *moldura geral* corresponde ao serviço de saúde mental onde o trabalho é desenvolvido – o CAPS, o Consultório na Rua, o Serviço de Residencial Terapêutico, ou, nesse caso, a Equipe de Saúde Mental. A *moldura geral* é como o espaço que abriga os técnicos e os usuários, o já referido “canto no mundo” (Bachelard, 2000).

Nesse caso, a *linha de base*, organizada ao redor da moldura do tear, passa a funcionar como a base discursiva da saúde pública e da saúde mental, isto é, o conjunto de diretrizes e saberes que estruturam os serviços desde a reforma psiquiátrica. A *linha de base* organiza os cotidianos e garante a ética do cuidado. Até a Figura 1, portanto, temos o campo da saúde mental pública propriamente dito que, enquanto tão somente campo de ação, para existir independe da presença do psicanalista. A psicanálise surge justamente na Figura 2, quando o tear entra em ação, abandonando a condição de substantivo para adentrar no devir de um verbo no infinitivo.

Tanto a *régua* quanto a *navete* podem ser compreendidos como o discurso psicanalítico, ou a prática da psicanálise. Enquanto *régua*, o psicanalista atravessa *as linhas de base* da saúde mental pública, faz furos e nas brechas encontra seu lugar. Sua técnica não protocolar, bem como sua presença reservada, materializada por uma ética voltada ao desejo e à singularidade do sujeito, trazem novos modos de acolher e intervir. Como apontou Otto, a escuta psicanalítica na saúde pública transmite uma função alteritária ao serviço e seus trabalhadores:

*“A ideia da escuta é, num primeiro momento, ajudar as pessoas a terem empatia pelo outro. Não é escutar o inconsciente. Não precisa ser. Pode ser uma prática de TCC. Uma terapia de resolução de problemas, uma terapia de intervenção breve, mas que tu esteja preocupado com o outro. Com o que ele quer. Com o que o anima e não com aquilo que tu acha que ele deveria querer. Esse é o impasse que eu acho que tem na saúde pública e até nas equipes de saúde mental. Esse é um impasse que a gente se depara e enfrenta. Com o tempo vai ficando mais claro pras pessoas que não adianta querer que uma pessoa não tenha o sintoma que tem”* (Otto. Entrevista complementar).

Se por um lado a *régua* abre fendas nos saberes da saúde mental pública, trazendo novos discursos e entendimentos sobre o usuário, a *navete* passa a ser a função que, diante das aberturas fabricadas, conduz e introduz o discurso dos usuários nos serviços, fruto de suas subjetividades. A *navete* é o suporte que organiza e trama as narrativas de sofrimento de cada

sujeito aos contextos e dinâmicas dos serviços. Desse modo, o discurso do usuário passa a ser representado pelas *linhas da trama*, linhas que estão fora da *moldura geral*, mas que precisam se integrar a esta para que o ato de tear aconteça.

Diante do modelo do tear psicanalítico, temos a representação gráfica de como a ética da intersubjetividade é inaugurada – ética esta que se faz, necessariamente, sobre a trama entre ética do cuidado e ética do desejo. Na terceira ética, temos um exercício de intersubjetividade, isto é, de construção coletiva, que começa no intersubjetivo da relação entre psicanalista e serviço de saúde mental e é concluído na intersubjetividade que se estabelece entre usuários e trabalhadores.

De acordo com Coelho Junior e Figueiredo (2012), a noção de intersubjetividade engloba discussões fenomenológicas sobre a comunicação eu-outro, sendo possível identifica-la em campos diversos como o da filosofia, psicologia e etologia. Mais especificamente no que tange à psicanálise, a noção de intersubjetividade tem sido amplamente trabalhada, tanto na perspectiva intrapsíquica – aquela que se direciona ao plano dos objetos internos e, portanto, dona de efeitos que não ocorrem na realidade externa –, quanto a partir da intersubjetividade enquanto um fenômeno natural no *hic et nunc* do processo analítico.

Dentro da perspectiva de uma intersubjetividade interna ao trabalho de um psicanalista, talvez seja a noção de “terceiro analítico” de Thomas Ogden um dos exemplos mais marcantes. Pitanguy (2009) explica que, em Ogden, o terceiro analítico trata-se de uma criação conjunta entre analista e analisando, confeccionada pelos pensamentos de ambas as partes. O terceiro analítico parte da premissa de que o sujeito pensa os pensamentos do outro, pois o pensamento não é uma propriedade exclusiva, mas sim uma construção intersubjetiva, sendo, portanto, o terceiro analítico, um “narrador inconsciente que faz ecoar vozes intersubjetivas e histórias” (Pitanguy, 2009, p. 82). A concepção de Ogden (2013) é radical quando afirma que tanto o

psicanalista quanto o analisando são forjados a partir do ato de criação do terceiro analítico, sendo assim inexistentes na ausência da relação intersubjetiva.

Poderíamos dizer que se o terceiro analítico é uma construção intersubjetiva, e o psicanalista se sustenta pela criação do terceiro analítico, ser um analista e conduzir uma análise é, portanto, fomentar a intersubjetividade, sendo esta uma posição ética. Assim, a ética da intersubjetividade reside na *práxis* de um psicanalista que conduz o encontro até que se forme algo que até então não havia. Como afirma Coelho Junior (2009), a intersubjetividade do terceiro analítico está para além de uma relação entre sujeitos, sendo, no lugar disso, a elaboração de um *novo sujeito*.

O *novo sujeito* criado pela prática da psicanálise nas modalidades não ambulatoriais da saúde mental é justamente a *malha*, ou seja, o produto do enlace do tear. A subjetividade de cada usuário, conduzida pela *navete* psicanalítica, se mistura à subjetividade do analista que, em sua presença reservada, se faz parte atuante e constitutiva do *novo sujeito*. Entendo que, diante da história de uma saúde mental brasileira que se funda e consolida a partir da mobilização de trabalhadores e usuários, o *novo sujeito* é a política. A reforma psiquiátrica, enquanto movimento de superação de estigmas, preconceitos e maus tratos de modelos terapêuticos desumanizados, é a malha que a ética da intersubjetividade tece.

### ***A política penetra a prática até que a prática se faz política***

Sabe-se que a reforma psiquiátrica brasileira é oriunda de um conjunto de movimentos políticos, iniciados pela crítica à psiquiatria higienista nos anos 70, visando a transformação dos modelos de cuidado à saúde mental. O modelo *princeps* de tratamento, que se pautava no isolamento do louco em manicômios, é então superado pelo princípio de recuperação dos vínculos sociais e da produção de subjetividade, outrora excluídas em detrimento da doença mental (Amancio, 2012). É justamente a partir da concepção de desinstitucionalização que a

reforma psiquiátrica viabiliza a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Hirdes, 2009), serviços estes que preconizam práticas não ambulatoriais de atendimento.

Todavia, Amarante (2013) coloca que a reforma psiquiátrica diz respeito a uma luta política não reduzida ao processo de reestruturação de serviços. Ou seja, embora o oferecimento de serviços substitutivos tenha grande relevância à transformação dos manicômios, é preciso ter em mente que o objetivo principal se encontra na superação de uma lógica exclusivamente biomédica a partir do reconhecimento da saúde mental como um campo complexo, sendo, por isso, um movimento a ser realizado em caráter permanente. Nesse sentido, toda prática da saúde mental, quando verdadeiramente alinhada ao interesse de não submeter o louco à exclusão, atualiza a reforma psiquiátrica enquanto movimento político. As práticas são, assim, penetradas pela história da reforma psiquiátrica ao ponto de elas próprias se tornarem instrumentos políticos, na medida em que realizam a manutenção das conquistas alcançadas até então.

Dentro dos serviços substitutivos as práticas passam a ser, em última instância, atos políticos, pois tratar o sofrimento psíquico é uma forma de garantir a permanência de um indivíduo em sociedade. Por essa razão, a busca pela promoção de cidadania, manifesta na concessão de benefícios, inserção em atividades laborais e oferta de moradia, é balizadora das práticas da reforma psiquiátrica, pois fomenta um lugar para o cidadão que sofre.

Por sua vez, a psicanálise, quando na saúde mental, não se furta em tecer críticas ao contínuo exercício de promoção de cidadania. De acordo com Rinaldi, Cabral e Castro (2008), nos atuais dispositivos de saúde mental estão priorizadas práticas de resgate das habilidades sociais, que, embora tenham sua relevância, podem facilmente se tornar verdadeiros imperativos de cidadania quando impostas a um usuário que não necessariamente reconhece para si a importância dessa busca. Nesse sentido, mesmo a promoção de cidadania fomentaria a noção de que se trabalha com um alienado que nada sabe sobre si mesmo. Hasky e Frare (2016) também problematizam o imperativo de promoção da cidadania, apontando que o “bem

querer” dos serviços, manifesto na oferta de benefícios, aposentadorias e rendas complementares aos usuários, corre o risco de obliterar as construções subjetivas e a responsabilização de cada usuário por sua vida. Por essa razão, Moreira e Kyrillos Neto (2017) apontam que a psicanálise inaugura um trabalho complementar aos processos de ressocialização na saúde mental por fazer operar a escuta de um sujeito, o que “não quer dizer extinguir a dimensão social das demandas que se apresentam, mas sobretudo, considerar a apropriação singular que cada usuário faz delas” (p. 117).

Escutar o sujeito é implica-lo politicamente, todavia, não na política que o serviço carrega ou mesmo na qual o técnico acredita. Escutar o sujeito é implica-lo em seu próprio desejo. No contexto de um grupo terapêutico constituído por jovens adultos de 18 a 20 anos de idade, Virgínia foi colocada diante de um conjunto de narrativas de sofrimento sobre o futuro político do país. Na aurora do segundo turno das eleições para presidência da república, aquele grupo de jovens narrava suas angústias diante da perseguição a suas diferenças, expressas em liberdades individuais. Apontando para o novo crescimento do machismo, da homofobia e do racismo, o grupo de jovens falava sobre a necessidade de fazer a revolução e, assim, morrer lutando pela liberdade.

*Após as falas dos usuários, a psicanalista intervém: “Acho que todos nós vamos ter que pensar no que vai ser feito e, como um de vocês disse, as coisas podem ficar bem interessantes, pois agora estaremos todos juntos. Vocês falavam que se sentem diferentes, a revolução talvez seja uma forma de vermos que temos algo em comum e que sim, vamos precisar lutar. Mas pra isso é importante estarmos vivos. É vivo que se luta”.* (Diário de Campo)

A intervenção de Virgínia, em um mesmo movimento, enlaça discursos (faz o tear da intersubjetividade dos usuários); enaltece o desejo do sujeito (nesse caso o lutar e fazer a revolução); intervém sobre a pulsão de morte (“estar vivo para lutar” substitui a tendência

mortífera de “morrer lutando”); e, por fim, não desimplica a analista da posição de sujeito político no *setting*, afinal “*nós vamos ter que pensar no que vai ser feito (...) pois agora estaremos todos juntos*”. Estar junto na garantia de direitos, sem impor suas convicções ao outro, mas, no lugar disso, fomentando um sujeito posicionado em relação ao seu próprio desejo, é ser um agente político.

Checchia (2011) argumenta que falar de política é falar de sua articulação com as formas de poder distribuídas em sociedade, poder esse que é sempre exercido sobre um outro. Teria sido inclusive a partir do uso de poder sobre o outro – nesse caso o poder da sugestão – que Freud teria descoberto o inconsciente. Por essa razão, Checchia (2011) entende que a psicanálise nasce justamente a partir da busca por um outro manejo das relações de poder. Teríamos, nesses termos, certa proximidade com a máxima lacaniana de que “o inconsciente é a política” (Lacan, 2008/1966-67, p. 350).

Sabe-se que, apesar de a obra lacaniana possuir vastas referências ao laço social, sobretudo a partir da teoria dos quatro discursos, a colocação de que “o inconsciente é a política” não foi pormenorizada por Lacan. Diante disso, Ferretti (2011) propõe o entendimento de que a máxima lacaniana se refere ao fato de que o inconsciente é estruturado pela via do contato com o outro que introduz o sujeito na linguagem. Este mesmo outro será alvo, segundo Ferretti (2011), de uma tentativa subsequente de separação, fato este que tornaria o inconsciente uma instância indomável. A autora defende, nesse sentido, que a psicanálise sustenta a noção de que sempre haverá algo impossível de ser governado, ou seja, algo que subverte à dominação.

Nesse sentido, a política inaugurada pela psicanálise na saúde mental é justamente a política do sujeito. No contexto de práticas não ambulatoriais a política do sujeito não se faz individualmente, mas na construção de espaços de compartilhamento e produção de coletividade. Na já comentada ética da intersubjetividade, o agente político é o encontro entre sujeitos que, assim, utilizam do serviço de saúde como espaço promotor de laço social. A

reforma psiquiátrica se fez justamente no estabelecimento de laços entre trabalhadores e usuários, fortalecendo a participação destes últimos nas decisões acerca do próprio tratamento – modelo que se alinha perfeitamente à cena psicanalítica de um analisando conduzindo a própria análise. A política de saúde mental perpassa todas as práticas, como o fio de base do tear, até o ponto em que as práticas se convertem em atos políticos. A prática psicanalítica, especificamente, é aquela que se faz política na garantia de um sujeito ativo no próprio tratamento e preparado para responsabilizar-se pelo próprio desejo.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente ensaio foi construído a partir de duas premissas básicas oriundas da letra freudiana. A primeira delas remete à profecia de que a psicanálise, quando exercida em espaços distintos do *setting* tradicional onde foi fundada, se faria amalgamada a outros manejos que, à primeira vista, não possuem o mesmo brilho de seu puro ouro. A segunda alinha-se ao caráter inefável da experiência analítica, expresso na impossibilidade de ser escrito um manual sobre sua técnica ou mesmo um relato representativo de todas as análises, sendo, por isso, cada análise uma experiência singular, *sui generis*. Do encontro das referidas premissas, foi eleita a observação etnográfica como método na busca pelo modo como se pratica a psicanálise nas modalidades não ambulatoriais de atendimento da saúde mental.

Por meio de excertos do diário de campo, tomados aqui como a transcrição de cenas cotidianas de uma Equipe de Saúde Mental, busquei apresentar o modo como psicanalistas habitam os espaços da saúde pública. Sabe-se que o cotidiano do serviço etnografado, bem como a postura de seus psicanalistas durante as observações, não compõe um conjunto de resultados que revele e sistematize de forma categórica a experiência psicanalítica em Equipes de Saúde Mental. Assim como a experiência psicanalítica *stricto sensu*, tais achados remetem ao inefável de uma prática que não pode ser compreendida enquanto fenômeno universal.

Entretanto, o fato de o presente ensaio debruçar-se sobre a singularidade de uma única equipe e nos manejos, também singulares, de somente dois psicanalistas, não inviabiliza que tais experiências possam ser tomadas como ponto de partida para proposições teóricas e conceituais que se tornem resolutivas e representativas de outros serviços, bem como de outros psicanalistas. Apesar de cada serviço e psicanalista possuir suas especificidades e estilos, todos estarão atravessados pelos mesmos elementos essenciais que são a política de saúde mental, oriunda dos movimentos da reforma psiquiátrica, e a ética psicanalítica, condutora das técnicas a serem utilizadas quando diante de um sujeito que narra o próprio sofrimento. Os resultados apresentados, portanto, repousam sobre estes elementos.

A proposição do modelo do tear é o ponto de chegada organizador das diversas facetas deste complexo percurso. Neste modelo, busquei sintetizar a forma como técnica e ética psicanalíticas interagem com as proposições da saúde mental, as políticas balizadoras do cuidado, e os usuários que chegam ao serviço de saúde mental. Entende-se, assim, que todo profissional da saúde integra o tear enquanto estrutura representativa de um espaço que oferta o cuidado em saúde mental. Todavia, somente o discurso psicanalítico – que não é restrito à presença de um psicanalista – faz o tear entrar em ação, na medida em que cruza as narrativas dos sujeitos entre si e com aquelas que compõem a política de saúde mental. Ao mesmo tempo em que introduz a dimensão do sujeito como aquele que precisa ser escutado para além das definições nosológicas, a psicanálise fomenta a ética da intersubjetividade.

A ética da intersubjetividade é o combustível da saúde mental, pois produz o encontro coletivo e a implicação do sujeito como parte de um todo. Nesta ética, o psicanalista é parte integrante e ativa do discurso. Ele deixa de ser “mais um” no campo para se tornar parte constitutiva de um terceiro, um novo sujeito que é a reforma psiquiátrica. Entendo, desse modo, que o exercício não ambulatorial, expresso nas práticas grupais realizadas nos espaços coletivos, faz do psicanalista um agente político que atualiza continuamente a reforma

psiquiátrica, ao mesmo tempo em que atualiza a si próprio. Se na amálgama entre ouro e cobre, o último cumpre a função de dar ao ouro mais resistência na confecção de peças, o campo da saúde mental não necessariamente será usurpador da pureza psicanalítica, mas, no lugar disso, ocupará a nobre função de tornar o psicanalista um agente mais apto a suportar as transformações de sua clínica, que serão, em última instância, as transformações de seu tempo.

## REFERÊNCIAS

- Agrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed.
- Amancio, V. R. (2012). *Uma clínica para o CAPS: a clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica a partir da direção da psicanálise*. Curitiba: CRV.
- Amarante, P. (2013). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Andrade Júnior, M. (2007). O desejo em questão: ética da psicanálise e desejo do analista. *Psychê*, 11(21), 183-196. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382007000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).
- Bachelard, G. (2000). *A poética do espaço*. São Paulo: Martins Fontes.
- Betts, J. (2014). Desamparo e vulnerabilidade no laço social – a função do psicanalista. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Org.). *Desamparo e vulnerabilidades* (p. 9-19). Porto Alegre: APPOA.
- Birman, J. (2014). *Arquivo e memória da experiência psicanalítica: Ferenczi antes de Freud, depois de Lacan*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013a). *Cadernos de Atenção Básica – saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf).

- Brasil. Ministério da Saúde. (2013b). Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual\\_ambientes\\_caps\\_ua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf)
- Bueno, C. M. O. (2002). *Entre-vista: espaço de construção subjetiva*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Checchia, M. (2011). O inconsciente é a política? *Stylus: Revista de Psicanálise*, (22), pp. 69-79. Disponível em: [https://issuu.com/epfclbrasil/docs/stylus\\_22](https://issuu.com/epfclbrasil/docs/stylus_22).
- Coelho Junior, N. (2008). Formas de comunicação e intersubjetividade em psicanálise. In: Figueiredo, L. C. & Coelho Junior, N. *Ética e Técnica em Psicanálise* (p. 123-141). São Paulo: Escuta.
- Coelho Junior, N., & Figueiredo, L. C. (2012). Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. In: N. Coelho Junior, P. Salem, & P. Klautau (Orgs.). *Dimensões da intersubjetividade* (19-35). São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Coutinho, A. H. S. A. (2004). Contratransferência, perversão e o analista in-paciente. *Reverso*, 26(51), 29-41. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952004000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952004000100004&lng=pt&tlng=pt).
- Costa-Rosa, A. (2011). Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Saúde e Sociedade*, 20(3), 743-757. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300018>.
- Dassoler, V. A., & Palma, C. M. S. (2011). Contribuições da psicanálise para a clínica psicossocial. *Revista Subjetividades*, 11(3), 1133-1157. Disponível em:  
<http://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/5015/4022>

- Dassoler, V. A., & Palma, C. M. S. (2012). A dimensão da ética nas intervenções do analista frente às demandas institucionais dos CAPS. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(1), 94-107. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000100008>
- Ferenczi, S. (2011). Elasticidade da técnica psicanalítica. In: *Psicanálise IV* (pp. 29-42). São Paulo: Martins Fontes. (*Publicado originalmente em 1928*).
- Fernandes, I. (2002). A dialética dos grupos e das relações cotidianas. In: G. T. D. Guimarães (Org.). *Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva* (p. 37-60). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Ferreti, M. G. (2011). Considerações sobre a ética e a política na psicanálise. *A peste*, 3(1), 69-76. <https://doi.org/10.5546/peste.v3i1.22081>.
- Figueiredo, A. C. (2001). O que faz um psicanalista na saúde mental. In: M. T. Cavalcanti, & A.T. Venancio (Orgs.), *Saúde mental: campo, saberes e discursos* (p. 73-81). Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ.
- Figueiredo, L. C. (2008). Presença, implicação e reserva. In: Figueiredo, L. C. & Coelho Junior, N. *Ética e Técnica em Psicanálise* (p. 13-54). São Paulo: Escuta.
- Fiorini, H. (2004). *Teoria e técnica de psicoterapias*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1996). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. *Edição Standard de Obras Completas de Sigmund Freud, volume 6*. Rio de Janeiro: Imago (*Originalmente publicado em 1901*).
- Freud, S. (2010). Caminhos da terapia psicanalítica. *Obras completas, volume 14*. São Paulo: Companhia das Letras. (*Publicado originalmente em 1919*).
- Freud, S. (2012). *A interpretação dos sonhos, volume 2*. Porto Alegre: L&PM. (*Originalmente publicado em 1900*).

- Freud, S. (2014). Os atos falhos. *Obras completas, volume 13*. São Paulo: Companhia das Letras (*Originalmente publicado em 1916*).
- Freud, S. (2016). Análise fragmentária de uma histeria. *Obras completas, volume 6*. São Paulo: Companhia das Letras. (*Originalmente publicado em 1905*).
- Furtado, D. B. (2013). Antígona e a ética da psicanálise: notas sobre o Seminário 7. *Reverso*, 35(65), 31-37. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952013000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952013000100004&lng=pt&tlng=pt)
- Galvanese, A. T. C., Nascimento, A. F., & D'Oliveira, A. F. P. L. (2013). Arte, cultura e cuidado nos centros de atenção psicossocial. *Revista de Saúde Pública*, 47(2), 360-367. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003487>
- Garcia-Roza, L. A. (2009). Freud e o inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Geertz, C. (2005). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Goidanich, M. (2001). Saúde mental na rede pública: possibilidade de inserção psicanalítica?. *Psicologia: ciência e profissão*, 21(4), 26-33. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932001000400004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400004&lng=pt&tlng=pt).
- Hasky, F., & Frare, A. P. (2016). A concessão de benefícios e a aposta na singularidade: um desafio para a Saúde Mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 99-113. <https://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n1p99.8>.
- Heller, A. (1987). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones 62.
- Heller, A. (1989). *O cotidiano e a história*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.

- Lacan, J. (1988). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar. (Proferido originalmente nos anos 1955-56)
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Proferido originalmente nos anos 1969-70).
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar (Proferido originalmente nos anos 1959-1960).
- Lacan, J. (2008). *A lógica do fantasma*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Proferido originalmente nos anos 1966-1967).
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lerner, R. (2006). *A psicanálise no discurso de agentes de saúde mental*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Fapesp.
- Lopes, D. D., Rodrigues, F. D., & Barros, N. D. V. M. (2012). Para além da Doença: Integralidade e Cuidado em Saúde. *Psicologia em Pesquisa*, 6(1), 68-73. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-12472012000100009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472012000100009&lng=pt&tlng=pt).
- Meyer, G. R. (2016). A psicanálise na instituição de saúde mental. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 11(22), 108-121. Disponível em: [http://www.isepol.com/asephallus/numero\\_22/pdf/10-A\\_psicanalise\\_na\\_instituicao\\_de\\_saude%20mental.pdf](http://www.isepol.com/asephallus/numero_22/pdf/10-A_psicanalise_na_instituicao_de_saude%20mental.pdf)
- Moreira, L. R., & Kyrillos Neto, F. (2017). Dos benefícios sociais na reforma psiquiátrica: necessidade, demanda e desejo. *Revista de Psicologia*, 8(2), 110-118. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/11817>.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

- Ogden, T. (2010). *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Porto Alegre: Artmed.
- Ogden, T. (2013). *Reverie e interpretação: captando algo humano*. São Paulo: Escuta.
- Pitanguy, L. (2009). As dimensões do ser. In: G. C. Pinto (Org). *Coleção memória da psicanálise: psicanalistas contemporâneos* (pp. 76-83). São Paulo: Duetto Editorial.
- Quinet, A. (2009). As 4+1 condições da análise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Reis, E. S. (2017). Interpretar, agir, “sentir com”. In: E. S. Reis & J. Gondar. *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política* (pp. 33-52). Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Rhéaume, J. (2018). Reconstruir o sujeito político no trabalho: uma visão alternativa no mundo contemporâneo do trabalho. In: I. F. Ferrari, J. L. Ferreira Neto (Orgs.). *Políticas públicas e clínica: estudos em psicologia e psicanálise* (p.21-40). Belo Horizonte: Editora PUC Minas.
- Rinaldi, D. L., Cabral, L. H., & Castro, G. S. (2008). Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. *Estudos & Pesquisas em Psicologia*, 8(1). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/10854/8502>.
- Rocha, A. L. C., & Eckert, C. (2008). Etnografia: saberes e práticas. *Iluminuras*, 9(21). <https://doi.org/10.22456/1984-1191.9301>.
- Rosa, M. D. (2016). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Sayão, L. F. (2001). Modelos teóricos em ciência da informação - abstração e método científico. *Ciência da Informação*, 30(1), 82-91. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-19652001000100010>.
- Seixas, S. G. M. (2011). É possível haver a transferência analítica em uma instituição de saúde mental?. *Estudos de Psicanálise*, (35), 115-126. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372011000200013&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000200013&lng=pt&tlng=pt).

Strachey, J. (1996). Artigos sobre técnica – introdução do editor inglês. In: J. Strachey (Ed. E Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 13, pp. 93-96). Rio de Janeiro: Imago.

Tavares, C. M. M. (2003). O papel da arte nos centros de atenção psicossocial – CAPS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(1), 35-39. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000100007>

Turriani, A., Dunker, C., Kyrillos Neto, F., Lana, H., Reis, M. L., Beer, P., Lima, R. A., & Bertanha, V. (2018). O caso clínico como caso social. In: V. Safatle, N. da Silva Junior, & C. Dunker (Orgs.). *Patologias do social: arqueologia do sofrimento psíquico* (p. 59-79). Belo Horizonte: Autêntica.

Vorsatz, I. (2013). *Antígona e a ética trágica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Zaslavsky, J., & Santos, M. J. P. (2006). Tendências atuais da contratransferência (pp. 30-55). In: J. Zaslavsky e M. J. P. Santos (Orgs.). *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Zoboli, E. L. C. P. (2004). A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(1), 21-27. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000100003>.



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Pró-Reitoria de Graduação  
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar  
Porto Alegre - RS - Brasil  
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564  
E-mail: [prograd@pucrs.br](mailto:prograd@pucrs.br)  
Site: [www.pucrs.br](http://www.pucrs.br)