

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

Carolina Hesketh Gomes

**Psicanálise e Saúde Pública: desafios e possibilidades de inserção à luz da
ética**

SÃO PAULO
2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

Carolina Hesketh Gomes

**Psicanálise e Saúde Pública: desafios e possibilidades de inserção à luz da
ética**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito de aprovação da disciplina "TCC II", do curso de Psicologia na Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Eduardo Silva Ambra.

Parecerista: Prof. Dr. Raul Pacheco Filho

SÃO PAULO

2022

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -
Ficha Catalográfica com dados fornecidos pelo autor

Gomes, Carolina Hesketh
Psicanálise e Saúde pública: desafios e
possibilidades de inserção à luz da ética /
CarolinaHesketh Gomes. -- São Paulo: [s.n.], 2022.
68p ; 21 x 29,7 cm.

Orientador: Pedro Eduardo Silva Ambra.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) --
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,
Graduação em Psicologia, 2022.

1. Psicanálise. 2. Saúde Pública. 3. Ética. I.
Ambra, Pedro Eduardo Silva. II. Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, Graduação em
Psicologia. III. Título.

CDD

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Pedro Ambra que topou o desejo de embarcar nesta pesquisa junto a mim.

Ao meu supervisor de estágio Raul Pacheco, que tem me guiado e mostrado cada vez mais a fineza da escuta clínica.

À Fernanda e Luiza, mãe e irmã, e eternas companheiras de vida.

*Existirmos: a que será que se destina?
Pois quando tu me deste a rosa pequenina
Vi que és um homem lindo e que se acaso a sina
De um menino infeliz não se nos ilumina
Tão pouco turva-se a lágrima nordestina
E apenas a matéria vida era tão fina
E éramos olharmo-nos intacta retina
Da cajuína cristalina em Teresina*

(Cajuína, Caetano Veloso)

PSICANÁLISE E SAÚDE PÚBLICA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO À LUZ DA ÉTICA

7.000.00.00-0- CIÊNCIAS HUMANAS

7.07.00.00-1- PSICOLOGIA

ORIENTANDA: CAROLINA HESKETH GOMES

ORIENTADOR: PROF. DR. PEDRO EDUARDO SILVA AMBRA

RESUMO

A presente pesquisa teve como principal objetivo discutir acerca das possíveis articulações entre o trabalho do psicanalista na saúde pública e a ética psicanalítica. Através de uma revisão bibliográfica, buscou investigar acerca da especificidade da escuta psicanalítica e dos desafios enfrentados nas instituições públicas de saúde, guiando-se a partir da ética psicanalítica lacaniana. Na primeira parte do estudo, foi realizada uma fundamentação teórica da ética a partir do Seminário VII de Lacan e alguns de seus comentadores. Esta argumentação abriu espaço para a discussão acerca dos entrelaçamentos entre a psicanálise, a política e a sociedade, momento em que a pesquisa apontou para os desdobramentos da psicanálise na pólis e a imersão na clínica ampliada. No segundo capítulo, investigou-se o que concerne ao trabalho do psicanalista nas instituições públicas de saúde. Discutiu-se quais as possibilidades e impossibilidades do psicanalista ao inserir-se no campo da saúde pública, levando em conta a radicalidade de sua ética, a especificidade do trabalho analítico e os desafios ético-políticos enfrentados pelos profissionais orientados pela psicanálise nestes espaços. A pesquisa demonstrou, com base na bibliografia consultada, que por mais que o psicanalista possua um espaço de atuação nestes dispositivos, em termos éticos parecem existir mais incompatibilidades do que aproximações entre o campo da saúde pública e o da psicanálise, tendo em vista o tensionamento inerente entre ambos.

Palavras-chave: psicanálise; saúde pública; ética

SUMÁRIO

1. Introdução	8
2. Objetivos	16
2.1. Objetivo geral	16
2.2. Objetivos específicos	16
3. Metodologia e método	17
4. Capítulo 1: Psicanálise na pólis	22
4.1. Introdução	22
4.2. A ética da psicanálise	22
4.3. Psicanálise, política e sociedade	35
5. Capítulo 2: Trabalho do psicanalista em instituições de saúde pública	43
5.1. Introdução	43
5.2. A especificidade da psicanálise na saúde pública: possibilidades de inserção	43
5.3. Os desafios ético-políticos	50
6. Considerações finais	58
7. Referências	62

1. Introdução

A inserção do psicanalista no âmbito público é uma linhagem que Freud já havia traçado. Em 1919, durante o V Congresso Psicanalítico Internacional, em Budapeste, Freud apresenta àqueles que compunham as primeiras gerações de psicanalistas da época, seu discurso intitulado "Linhas de progresso da terapia psicanalítica". Neste momento, Freud lança luz à ideia de uma psicanálise implicada com a saúde pública, alegando que o tratamento psíquico da população deveria ser responsabilidade do Estado e um direito dos cidadãos:

Pode-se prever que em algum momento a consciência da sociedade despertará, advertindo-a de que o pobre tem tanto direito a auxílio psíquico quanto hoje em dia já tem cirurgias vitais. E que as neuroses não afetam menos a saúde do povo do que a tuberculose, e assim como estas não podem ser deixadas ao impotente cuidado do indivíduo. Então serão construídos sanatórios ou consultórios que empregarão médicos de formação psicanalítica (...). Talvez demore muito até que o Estado sinta como urgentes esses deveres. As circunstâncias presentes podem adiar mais ainda esse momento. Talvez a beneficência privada venha a criar institutos assim; mas um dia isso terá de ocorrer (FREUD, 1919, p.180).

Por mais importante que seja este discurso em si, é somente a partir da extensa pesquisa feita por Danto (2005) que pode-se entender a força desta fala. Este discurso de Freud reverberou extraordinariamente nas primeiras gerações de psicanalistas, que puderam de fato impactar o campo social ao empenharem-se na construção de clínicas públicas. Foram fundadas ao menos 12 clínicas públicas e gratuitas pelo movimento psicanalítico da época entre os anos de 1918 a 1938, além de as cidades européias contarem com uma forte participação destes psicanalistas na construção de políticas públicas. Deste modo, com o devido apoio de Freud, os psicanalistas da época puderam explorar e inventar diversos dispositivos clínicos que possibilitassem a intervenção psicanalítica nos diferentes meios sociais (DANTO, 2005).

Contudo, já neste texto de Freud, encontra-se uma tensão entre os campos da psicanálise e da saúde pública. De acordo com Marino (2018), Freud também chama a atenção para a dimensão ética da psicanálise, considerando as complicações envolvidas nas instituições de saúde não psicanalíticas, ao promoverem o que se entendia como o "bem" para seus pacientes. A posição ética do analista condiz com a abstinência do terapeuta de modo a não satisfazer os desejos do analisando, conferindo assim, uma impossibilidade de plena satisfação. Esta abstinência diz respeito à uma recusa ética de "transformar" o paciente para que ele se aproxime dos ideais do analista, ou da sociedade/Estado.

Assim, se a psicanálise pretendia inserir-se na série de direitos garantidos pelo Estado, entendia-se necessário considerar a impossibilidade de assegurar uma promessa em relação ao tratamento dos analisandos, visto que a psicanálise não seria uma "visão de mundo" a qual o psicanalista acabaria impondo seus ideais sobre seus pacientes. Nota-se como a psicanálise perpassa por questões clínicas, éticas e políticas ao procurar inserir-se como direito da população e dever estatal. Encontramos assim, desde Freud, um tensionamento entre o campo das políticas públicas e a psicanálise (MARINO, 2018).

A inserção contemporânea da psicanálise nas instituições de saúde pública vai de encontro às concepções de Freud, constituindo-se como um vasto e desafiador campo de atuação. Por diversas vezes, a psicanálise foi criticada quanto ao seu modelo hegemônico de consultório particular, cujo setting analítico engessou-se num estereótipo de uma sala com um divã. Esta crítica permitiu que tanto o alcance como a eficiência e a terapêutica da psicanálise fossem postos em questão. Contudo, devido à reorganização dos serviços de saúde pública, decorrentes das reformas realizadas no sistema público de saúde brasileiro, faz-se necessário avançar para que seja possível oferecer a escuta ao sofrimento humano para além deste "standard". (PRADO, 2016).

Ao abordar a intersecção entre a psicanálise e a saúde pública, é necessário apontar brevemente a incursão da psicanálise no Brasil e como ela vai de encontro com a história da saúde pública no país, em especial, no que diz respeito à Reforma Psiquiátrica e a criação do SUS.

Pode-se dizer que, inicialmente, a história da psicanálise no Brasil esteve fortemente ligada à formação médica e psiquiátrica. A introdução das ideias psicanalíticas no país datam do início do século 20, com a atuação do psiquiatra Juliano Moreira na Faculdade de Medicina da Bahia. Posteriormente, as ideias freudianas se expandem aos grandes centros urbanos, São Paulo e Rio de Janeiro, ganhando expressão a partir da atuação dos médicos Júlio Porto-Carrero e Durval Marcondes que, de modos distintos promoveram a inserção da psicanálise na atividade terapêutica clínica (ABRÃO, 2011).

Mesmo com a regularização da formação profissional em Psicologia, em 1962 durante o governo Jango, ainda não existia um lugar relevante e visível para os psicólogos e psicólogas que desejassem seguir a abordagem psicanalítica. Com o golpe de 1964, afirma Lima (2021, p.92), "a hegemonia dos processos decisórios dos destinos do movimento psicanalítico nacional (ainda) era dos psiquiatras". Neste período, os movimentos psicanalíticos nacionais já estavam razoavelmente consolidados e independentes do capital estrangeiro, ao mesmo tempo em que estavam igualmente distantes de qualquer bloqueio financeiro, sentido no campo da saúde pública no início dos anos 1960.

Por mais que ligados à psiquiatria e à formação médica, tampouco os psicanalistas puderam tomar decisões importantes que dirigissem os hospitais psiquiátricos públicos, travando discussões e negociações com o governo. De todo modo, a atuação de psiquiatras e psicanalistas na rede pública manteve-se mesmo após a década de 1950, período de institucionalização do movimento aos moldes da IPA, e verificou-se um estado de bifurcação entre o público e o privado nos interesses dos movimentos psicanalíticos.

No estado de São Paulo, os psicanalistas tiveram anos de importante participação nos serviços públicos de higiene mental na década de 1930, contudo, ao final dos anos 1960, este trabalho parecia algo distante demais para reaproximar novamente os psicanalistas do espaço público. Isto pois, as reivindicações das classes médicas mostravam-se mais sanitárias diante das urgências e demandas locais (OLIVEIRA, 2002; LIMA, 2021).

Porém, é somente a partir dos anos 1970 que a psicanálise difunde-se para outras regiões do país e surgem outras tendências e correntes psicanalíticas. Em 1975, desponta o primeiro movimento de psicanálise lacaniana no Brasil, a partir da criação do Centro de Estudos Freudianos. (OLIVEIRA, 2002).

Concomitantemente à chegada da psicanálise no Brasil, ainda na década de 1970, o país viveu o começo do movimento da Reforma Psiquiátrica, inspirada pelo pensamento antimanicomial italiano de Franco Basaglia. Com o objetivo de realizar o cuidado e a atenção às doenças mentais sem isolar os sujeitos da sociedade, a Reforma teve por essência a desospitalização, desinstitucionalização e total extinção dos manicômios. No Brasil, as principais transformações da Atenção à Saúde Mental, advindas deste movimento reformista, foram as propostas de extinção dos manicômios e hospitais psiquiátricos e sua devida substituição por internações curtas em instituições abertas e com características diversas. Fala-se aqui, principalmente, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de enfermarias de curta permanência nos hospitais gerais.

Este novo modelo de tratamento proposto pela reforma, procura apontar para a possibilidade de realizar a atenção ao sofrimento psíquico dispensando por completo as instituições fechadas e o mandato social da psiquiatria. Isto não significa dispensar completamente a psiquiatria em si, mas exigir que ela se redefina e restabeleça novas técnicas, éticas e novos modos de exercer sua função em relação ao sofrimento psíquico.

No Brasil, os questionamentos e transformações em relação ao modelo manicomial de cuidado tem início na década de 1970, período ditatorial que representou o assalto às instituições democráticas. Neste momento, um grupo de profissionais da saúde foi pioneiro na luta por uma reforma que atingisse diretamente a instituição e lógica manicomial. Os resultados deste primeiro momento da reforma foram 17 instituições ambulatoriais, chamadas de "os convênios de 1973" que consistiam em ambulatórios de saúde mental com equipes mínimas de saúde mental na Atenção Básica. Durante muito tempo estas ações ambulatoriais de atenção ao sofrimento psíquico foram as únicas políticas públicas de confrontação explícita aos manicômios no Brasil.

Baseando-se na experiência revolucionária da psiquiatria italiana, o grupo gestor da política dos ambulatórios promoveu, na década de 1980, um dos atos fundamentais da Reforma Psiquiátrica brasileira: a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ainda diretamente influenciados pela desinstitucionalização experienciada na Itália, foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) como substitutos radicais dos manicômios. Esta sigla passou a ser designada a uma atitude política de confronto radical e direto às instituições

manicomiais e aos hospitais psiquiátricos, trazendo um modo totalmente diverso de fazer uma rede de práticas psicossociais.

Pode-se dizer que estas primeiras experiências da atenção psicossocial serviram de inspiração para uma série de outras transformações que surgiram orientadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Isto foi fruto da luta deste grupo de profissionais da saúde por mudanças e reivindicações no campo da atenção à saúde pública.

Evidencia-se que, concomitante à emergência dos NAPS e dos CAPS, já estava em execução o que ficou conhecido como Reforma Sanitária no campo da saúde pública. Este movimento ético-político inspirado em exemplos mundiais de reforma dos modelos de atenção à saúde (como o cubano e o italiano), teve seus princípios traduzidos na prática com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a Reforma Sanitária, cuja origem foi na luta de trabalhadores da saúde, pode ser considerada um dos mais importantes exemplos de política pública em saúde brasileira.

A implementação do SUS permitiu a multiplicação dos NAPS, e principalmente dos CAPS por todo território nacional. Posteriormente, no início dos anos 2000, esses dois modelos de atenção psicossocial passaram a ser compreendidas sob a denominação CAPS. Este acaba por representar a expressão concreta de uma política federal que se contrapõe aos manicômios e hospitais psiquiátricos e, mais do que isso, é elevado à categoria de um dispositivo estratégico para a superação destas instituições. Contudo, tanto os manicômios quanto os hospitais psiquiátricos continuam a existir paralelamente, mesmo com o número de leitos reduzido, como instituições que compõem a política de saúde mental (COSTA-ROSA, 2013).

Assim, pode-se dizer que a trajetória de criação dos CAPS e NAPS foi um marco fundamental para a construção de ideais e práticas em atenção psicossocial, por referirem-se a uma vertente da Reforma Psiquiátrica que vai além da própria psiquiatria em si. Costa-Rosa define, portanto, que atenção psicossocial é caracterizada "por um conjunto de práticas cujo arcabouço teórico-técnico e ético-político caminha na direção da superação paradigmática da psiquiatria asilar" (2013, p. 21).

Após este breve delineamento histórico da atenção psicossocial dentro da rede de saúde pública, faz-se necessário compreender as instituições de saúde

mental como dispositivo de produção de subjetividade. Costa-Rosa (2013) propõe o termo "saúde subjetividade" para definir a especificidade da saúde psíquica, por ser uma saúde cuja consistência é tão singular a ponto de não ser possível dissociar sua produção da própria produção de subjetividade. Em outras palavras, é através da subjetivação que se produz saúde psíquica. Portanto, as instituições de saúde mental são estruturadas como dispositivos singulares de produção de "saúde subjetividade".

Têm-se como consequência da singularidade e da práxis dos dispositivos de saúde mental, a necessidade de que eles produzam para além daquilo que é declarado em suas intenções oficiais. Isto aponta para que a instituição de saúde mental esteja, por um lado, estruturada a partir de uma demanda social, a qual lhe deu origem, mas que por outro lado responda às queixas e pedidos que a atravessam. Este acaba por ser um dos grandes desafios para as instituições que se encarregam socialmente da "saúde subjetividade": dar conta das funções institucionais declaradas oficialmente em defasagem com as funções de fato efetivadas.

Constata-se, ainda, um importante aspecto sobre o modo como operam as ações no campo da saúde mental pública. É notório e incontestável que para grande parcela da população brasileira, em especial a classe trabalhadora ou aquela excluída da produção, o acesso aos serviços de saúde só se dá através de instituições públicas criadas para prestação de serviços em atenção à população. Deste modo, um dispositivo público de saúde mental é um intermediário essencial entre os trabalhadores da instituição e os sujeitos do sofrimento psíquico - os usuários do serviço (COSTA-ROSA, 2013).

Pontua-se que a tarefa do trabalhador do campo da saúde mental pública é a de trafegar entre a generalização - as determinações gerais e normatizações que a lei impõe - e a escuta sensível das experiências do sujeito. Este dilema intrínseco da política pública permite reconhecer que apesar de toda norma ser limitante e engessante, é necessário que o trabalhador, em especial o psicólogo, contribua ao dar ênfase no que é singular e subjetivo de cada sujeito (DELGADO, 2010).

É desta maneira que pode-se pensar que, se o objetivo da política de saúde é promover mudanças qualitativas nos territórios, as ações de saúde desenvolvidas

pelos serviços devem dar um passo além de intervenções nos efeitos socioeconômicos e culturais em que a comunidade e/ou o sujeito se encontram, e acoplar à este trabalho as condições subjetivas de cada um. Somente a partir deste ponto é possível pensar nas contribuições plausíveis do saber da psicanálise no campo da Saúde Pública (FERNANDES, 2013).

Como discutido, foi a partir da reforma psiquiátrica que o quadro de assistência em saúde mental foi reestruturado no Brasil, ao criticar e enfrentar os dispositivos tradicionais de tratamento da loucura e configurar novos dispositivos de assistência. Rinaldi e Alberti defendem que tanto a reforma influenciou o pensamento psicanalítico no Brasil, como foi influenciada por ele:

Ao problematizar a hegemonia do saber médico neste campo, ela abriu espaço para a construção de novas formas de abordar o sofrimento psíquico, propondo um trabalho multidisciplinar que reorienta a prática clínica nos serviços públicos de saúde (...). O campo da atenção psicossocial caracteriza-se por diferentes orientações; desde aquelas que, oriundas da psiquiatria democrática italiana, privilegiam a dimensão política, propondo uma supressão da clínica em prol do cuidado, até aquelas que retomam a clínica, seja incorporando os procedimentos de atenção psicossocial, passando a designá-la como *clínica ampliada*, *clínica do cotidiano* e *clínica do sujeito*, onde se faz notar, nesta última, a presença do discurso psicanalítico (2009, p 540).

É notório o tensionamento entre estes dois campos: Psicanálise e Saúde Mental Pública. Por um lado se tem a política pública em saúde mental que sustenta a reforma no âmbito institucional e estabelece uma série de normas, e por outro lado, têm-se um trabalho realizado com a população não assistida de cada dispositivo, incapaz de desconsiderar a singularidade de cada sujeito que busca o serviço em busca de tratamento.

Muitas vezes esta tensão leva a crer que uma redução da clínica a procedimentos de reabilitação psicossocial, instrumentos pedagógicos ou normatizadores, possam ser a solução. Contudo, entende-se que a prática clínica nestes novos dispositivos de saúde mental pública - principalmente àqueles que tratam de graves transtornos mentais - só pode sustentar uma política de reinserção

e inclusão social daqueles excluídos do laço social, na medida em que leva em conta o modo singular com que cada sujeito se relaciona com o mundo e, mais especificamente, o modo como o sujeito se endereça ao Outro.

É a partir deste enfoque, portanto, que pode-se pensar nas contribuições da teoria psicanalítica para a clínica em saúde mental pública. É a partir dos ensinamentos freudianos sobre o inconsciente, sobre este dito não-dito, que uma clínica do sujeito pode se efetivar. Clínica cuja dimensão da fala não repousa no registro da doença ou da demanda de assistência, mas sim no registro de algo da subjetividade ou "saudessubjetividade". Através dos fundamentos de uma ética do desejo, uma ética da diferença, a clínica do sujeito efetua a proposta política da reforma psiquiátrica ao "dar voz aos pacientes", proposição essencial para insurgir a tradicional concepção médica de que o saber está no médico e a ignorância no enfermo (RINALDI & ALBERTI, 2009).

Com isso, questiona-se acerca das possibilidades e impossibilidades de convergência entre a psicanálise e a saúde mental como política pública. Afinal, de que modo a práxis psicanalítica, com toda sua radicalidade ética, pode caber dentro da saúde pública? Será possível que os paradigmas e a especificidade do tratamento clínico psicanalítico sejam compatíveis com o campo da saúde pública?

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Compreender as articulações entre a ética da psicanálise e os debates acerca da presença do psicanalista em instituições de saúde pública, bem como os desafios dessa prática.

2.2. Objetivos específicos

- Refletir sobre a especificidade da escuta psicanalítica nestes espaços a partir da fundamentação ética da psicanálise.
- Discutir quais as possibilidades de inserção do psicanalista na atenção à saúde pública.
- Investigar quais os desafios ético-políticos para a inserção da psicanálise na saúde pública, levando em conta as possíveis divergências entre instituição e trabalho analítico.

3. Metodologia e método

A pesquisa em psicanálise é algo amplamente discutido e sujeito a muitas confusões. Desde as primeiras formulações freudianas até a atualidade, encontram-se contestações e questionamentos quanto ao método científico implicado na pesquisa psicanalítica. Mezan (2006) aponta que estas confusões presentes no debate sobre a cientificidade da psicanálise se dão, majoritariamente, pelo fato de que alguns termos como "ciência", "verdade", "racionalidade" possuem significados diversos a depender do interlocutor. Apoiando-se na ideia de Lebrun, o autor entende que cada ciência constrói a sua própria racionalidade, afastando-se, assim, da ideia de uma razão universal e de uma verdade absoluta.

Freud procurou responder a estas objeções metodológicas e epistemológicas instaurando e defendendo um "método clínico" próprio da psicanálise. A partir de sua autoanálise pode retirar o pesquisador deste lugar idealizado de neutralidade e tomá-lo também como objeto de estudo da pesquisa. Assim, a pesquisa em psicanálise se dá, essencialmente, a partir da clínica que, com base naquilo que se apresenta como um caso, viabiliza a compreensão do sujeito, de grupos específicos e da humanidade. Para tal, toda pesquisa em psicanálise possui caráter qualitativo, cuja prerrogativa é a singularidade do sujeito.

Considerando sempre o pesquisador como sujeito que faz parte do processo investigativo, Aguiar (2006) aponta que a realização de pesquisas em psicanálise conta com a suspensão dos valores pessoais do pesquisador a fim de que isto não interfira nos resultados e discussões elaborados ao longo da investigação. Contudo, entende-se também como impossível um sujeito-pesquisador totalmente neutro e livre de todos seus conhecimentos e julgamentos a priori. É importante, portanto, que no momento de análise e discussão daquilo que foi coletado, o pesquisador sempre leve em conta esta reflexão acerca de sua neutralidade, fato que o próprio processo analítico pode ajudá-lo em seu fazer científico.

Ainda, tendo em vista que a teoria psicanalítica se dá a partir do saber inconsciente, é essencial afirmar a centralidade desta noção para a pesquisa em psicanálise. As formulações acerca do inconsciente e da atenção flutuante estão presentes nos textos que baseiam as pesquisas em psicanálise, portanto, estas

duas noções também devem ser tomadas como ponto de partida na pesquisa. Sendo assim, o instrumento de trabalho do pesquisador é também o seu inconsciente, devendo trabalhar acerca de seus próprios desejos, percepções, transferências e resistências (AGUIAR, 2006).

Pontua-se que o cunho teórico da presente pesquisa se dá na interface entre Psicanálise e Saúde Pública, o que leva a crer que é importante abordar qual a contribuição da pesquisa em psicanálise para o desvelamento da relação entre o sujeito os fenômenos sociais, culturais e políticos. Fala-se, portanto, de pesquisar a partir do aporte teórico de uma psicanálise extramuros ou em extensão. De acordo com Rosa (2004), a psicanálise em extensão, seria uma abordagem ética e conceitual das problemáticas que dizem respeito ao sujeito envolvido nos fenômenos sociopolíticos, e não restrito apenas ao tratamento analítico.

Existem duas principais críticas quanto às possibilidades de uma psicanálise extramuros. Uma diz respeito à aplicação dos conceitos teóricos e metodológicos a objetos que são externos ao campo das descobertas freudianas. Outra crítica surge em relação ao próprio método da psicanálise em extensão visto que, desde Freud, a psicanálise não aponta para um método a que todos os casos possam ser submetidos.

O discurso psicanalítico possui como premissa a sustentação da verdade do sujeito e a superação do discurso consciente. Isto faz com que o campo de pesquisa da psicanálise não seja o das generalizações e das certezas, mas muito pelo contrário, diz respeito àquilo que não se sabe. A investigação psicanalítica distancia-se da psicologização dos fenômenos e de abstrações generalizantes, por isso, a importância da caracterização apropriada dos conceitos psicanalíticos.

Rosa (2004) retoma alguns dos textos "sociais" de Freud, como o "Mal estar na civilização" (1930) e "Psicologia das massas e análise do eu" (1921) a fim de embasar a concepção freudiana de que a psicologia é social - levando em conta tanto a análise de fenômenos coletivos para a compreensão de processos individuais, como o inverso. Existe uma recusa na psicanálise freudiana de dissociar indivíduo e sociedade, sujeito e coletivo, o que é embasado nestas obras de Freud na medida em que ele insere o sujeito psicanalítico na cena social. A identificação, antes trabalhada no âmbito do indivíduo, a partir de 1921 é integrada ao funcionamento dos grupos e das instituições, na medida em que entende-se como elemento constituinte do ideal do eu.

Assim, pode-se dizer que desde Freud, a chamada psicanálise em extensão - nomeada por ele como psicanálise aplicada - ocupava um grande espaço nas investigações psicanalíticas, demonstrando que a articulação entre sujeito e sociedade está presente na trama clínica e teórica. A psicanálise, recorda Rosa (2004), foi idealizada por Freud atravessando três pontos principais: é um método de investigação do inconsciente, uma teoria e técnica de tratamento e também uma teoria que estrutura os modos de funcionamento subjetivo no laço social. Com isso, a pesquisa que tem por base uma psicanálise extramuros, leva em conta a influência que grupos, instituições e o coletivo impõe ao sujeito, ao demonstrar as modificações psíquicas que acarretam o sujeito com a entrada na vida social.

Tomando como base a psicanálise lacaniana, é possível realizar, ainda, uma distinção entre a psicanálise em intensão e extensão:

A primeira, a doutrina; a segunda, a prática e o recenseamento do campo freudiano, em que inclui a articulação da clínica com ciências afins, incluindo aquilo que do estruturalismo em certas ciências, pode lançar luz sobre a psicanálise (Plon, 1999). Coloca a psicanálise em extensão na dependência da psicanálise em intensão para diferenciá-la de uma sociologia quantitativa. (ROSA, 2004, p. 336)

O rumo para lidar com os eventos sociopolíticos, portanto, envolve o modo de compreensão teórico-prático da psicanálise, algo que aproxima-se de uma crítica social. A articulação entre o campo do sujeito e o campo sociopolítico, presente tanto em Lacan como em Freud, permite que a psicanálise estabeleça relações com as ciências afins, possibilitando a pesquisa nesta área e dispondo de dispositivos e metodologia para tal investigação.

Quando a pesquisa em psicanálise refere-se ao modo como o sujeito enreda-se na malha social, o desconhecimento acerca de seu desejo e sintoma possui função essencial, no que diz respeito, é claro, à sua realidade social. Assim, pode-se dizer que a consistência do sintoma envolve algo do sujeito da qual não se sabe sobre, e a elucidação desta parte desconhecida pode ter efeito de desagregação do sintoma. Isto significa afirmar que a revelação das fantasias que sustentam um sintoma tem efeito sobre ele, e funcionam - no caso de uma

psicanálise implicada socialmente - como uma denúncia da organização social, no lugar de Grande Outro.

Este breve delineamento sobre a área de pesquisa em psicanálise que compreende sua implicação social, nas palavras de Rosa, demonstra que "a psicanálise tem a sua forma específica de analisar a variação histórica e ideológica dos referentes fundamentais e sua relação com o sujeito, e de pesquisar os fenômenos sociais" (2004, p.346).

Tendo em vista a reflexão aqui apresentada acerca da metodologia em psicanálise, pode-se dizer que o presente estudo trata-se de uma pesquisa de cunho teórico fundamentada na revisão bibliográfica da intersecção entre dois campos: Psicanálise e Saúde Pública. Foi realizada uma revisão de literatura em plataformas digitais utilizando as bases de dados da *Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações*, *SciELO* e *Google Acadêmico*. A fim de procurar compreender as articulações entre o trabalho do psicanalista na saúde pública e a ética da psicanálise, esta pesquisa conta com dois capítulos. Primeiramente, o foco da discussão será a ética da psicanálise e seu envolvimento com o campo sócio-político. Num segundo momento, o objetivo será discutir as possibilidades e limites de atuação dos profissionais orientados pela psicanálise no cotidiano dos serviços de saúde pública.

Para este primeiro capítulo recorreu-se ao Seminário 7 de Lacan a fim de realizar uma imersão no campo da ética da psicanálise e das formulações teóricas do autor que baseiam esta noção. A fim de elucidar melhor esta noção, foram abordadas algumas discussões dos comentadores de Lacan acerca da ética. Recorreu-se aos trabalhos de Santoro (2006), Gaspar (2007), Garcia (2016), Chaves (2006), Junqueira e Coelho (2005), dentre outros. Ainda, a fim de discutir a psicanálise inserida na pólis consultou-se os escritos de Dunker (2019), Ribeiro (2009), Danto (2005), Broide (2019) e Rosa (2019).

Objetivando investigar quais as possibilidades de inserção da psicanálise nos espaços de saúde pública referiu-se a Prado (2016), Costa-Rosa (2019), Goidanich (2001), Fernandes (2013), Dias (2021), Rosa et. al (2017), dentre outros autores.

Por fim, pretende-se realizar um balanço com aquilo que foi possível discutir ao longo dos capítulos, refletindo sobre o que de fato a psicanálise pode contribuir

para o trabalho em saúde pública levando em conta sua práxis e a atual conjuntura das instituições de saúde pública do país.

4. Capítulo 1: Psicanálise na pólis

4.1. Introdução

Antes de adentrar o campo da saúde pública propriamente dito, é necessário fundamentar a psicanálise ética e politicamente, de modo a tratarmos da psicanálise "extra-muros", do psicanalista fora do setting clínico tradicional. Este capítulo procura discutir acerca da ética psicanalítica e como ela pode estar implicada social e politicamente. Em outras palavras, busca-se refletir acerca da inserção do psicanalista na pólis e quais os possíveis desdobramentos do fazer psicanalítico em espaços públicos.

4.2. A ética da psicanálise

A fim de dar início à discussão sobre ética, cita-se a definição do dicionário Michaelis (2021) dos termos "ética" e "moral". De acordo com esta fonte, a moral seria o "conjunto de regras de conduta estabelecidas e admitidas por um grupo social numa época determinada". Outra definição para este termo seria o "conjunto de valores e princípios morais (virtude, honestidade etc.) que norteiam a conduta e o pensamento de uma pessoa e sua relação com a sociedade em que vive; moralidade". Por outro lado, a ética apontaria para o "ramo da filosofia que tem por objetivo refletir sobre a essência dos princípios, valores e problemas fundamentais da moral (...), tendo como base as normas consideradas universalmente válidas e que norteiam o comportamento humano" (MICHAELIS, 2021). É interessante notar que, por mais diferentes os objetivos de cada termo, ambos dialogam entre si e apontam para o modo como a sociedade, política e cultura se organizam.

Tendo isto em vista, é necessário postular o que a psicanálise lacaniana entende pelos termos "ética" e "moral". De acordo com as formulações de Lacan no Seminário VII (2008 [1959 - 1960]), a moral diria respeito à ordem do campo imaginário, já que, atrelada a um Bem Supremo, implicaria sempre em engendrar um ideal de conduta para o sujeito. A ética, por outro lado, seria própria da práxis psicanalítica, não se alinhando à uma função normalizadora e reguladora, mas sim, pendendo ao lado da singularidade de cada sujeito. Ainda, esta ética aponta para o

modo como o sujeito se posiciona frente à falta de uma verdade absoluta, de uma norma universal e do próprio Bem Supremo. Enquanto tal, a ética é a disciplina por excelência que regula, regimenta e dirige as ações do sujeito, tal qual, a análise (GASPAR, 2007; SANTORO, 2006).

No Seminário VII, Lacan fundamenta a ética psicanalítica a partir da elaboração do conceito nomeado de *a Coisa (das Ding)*. Faz-se necessário, portanto, rever este conceito para dar-se continuidade à discussão da ética lacaniana.

Entende-se por *Das Ding*, o objeto causa do desejo. É um traço que se faz presente na relação do sujeito com o objeto, não sendo relativo nem a memória e nem a percepção, mas com a qualidade de algo que, por mais que perdido, mantém-se sempre o mesmo. Para Freud, tanto o princípio do prazer quanto o da realidade davam conta de reviver os primeiros momentos de satisfação real do sujeito. Contudo, para Lacan, a realidade está excluída destas experiências primordiais na medida em que "o que se trata de encontrar não pode ser reencontrado. É por sua natureza que o objeto é perdido como tal. Jamais ele será reencontrado" (LACAN, 2008, p. 68; GARCIA, 2016).

Antes de dar seguimento à discussão do presente capítulo, é necessário realizar um apontamento. Existem divergências entre os comentadores das obras lacanianas quanto ao conceito de *das Ding* e o conceito de objeto *a*. Lacan apresenta o conceito de *a Coisa* no Seminário VII e, posteriormente, nos seminários VIII, IX e X, faz referências ao que se chamou de objeto *a*. Ao que aparenta, existem alguns autores que tomam ambos conceitos como semelhantes, ou até mesmo sinônimos (GASPAR, 2007; JUNQUEIRA & COELHO, 2005), e outros que realizam uma definição mais específica de cada conceito, dado o contexto de publicação de cada um (GARCIA, 2016; SANTORO, 2006; WENDLING & COELHO, 2016). Pontua-se que, no presente trabalho, os dois conceitos serão empregados de modo semelhante e sinônimo, à fim de facilitar o aprofundamento da discussão acerca do Seminário VII, no qual Lacan faz uso apenas do conceito *das Ding*.

Assim, objetivado enquanto vazio, *das Ding* é um vazio no simbólico, é algo de uma perda que somente se faz valer como perda a posteriori, portanto, não é um dado primeiro da experiência. A frase comumente usada por lacanianos de que "a

primeira mamada do bebê é uma experiência mítica", encontra sentido na medida em que entende-se esta experiência não apenas como uma descarga de excitação, mas como as "coordenadas de uma vivência de prazer que, posteriormente, aparece como experiência perdida, plenitude da realização do desejo" (GARCIA, 2016, p. 107). Assim, das Ding é um objeto de desejo reencontrado e o único modo de saber que um dia este já foi perdido é por intermédio desses reencontros, proporcionados a partir da ética que direciona o tratamento analítico (LACAN, 2008).

A *Coisa* dá ao sujeito as coordenadas de sua relação com o objeto e, nas palavras de Lacan, é ela que "funda a orientação do sujeito humano em direção ao objeto" (2008, p. 74). No Seminário VII apresenta-se a ideia de que o desejo refere-se não a qualquer objeto, mas aquele que diz respeito sobre aquilo que é mais íntimo do seu ser, e que este, não apenas suporta o desejo do sujeito como, em última medida, causa-o. Porém, como este movimento é a posteriori, a *Coisa*, assim como o sujeito, depende do simbólico, pois é um vazio neste registro: é a "ressignificação, via simbólico, daquilo que se coloca exatamente como ponto de ruptura da linguagem, daquilo que a linguagem não consegue dar conta" (GARCIA, 2016, p. 107).

No âmbito do Seminário VII, é importante marcar as diferenças postas entre objeto e das Ding, para que isso facilite a discussão acerca da ética lacaniana. O objeto nada mais seria do que qualquer objeto que possa ser investido pelo sujeito, um objeto reencontrado em sua versão imaginária do objeto de desejo. Por outro lado, das Ding seria este objeto primordialmente perdido e que marca a falta fundamental na determinação do desejo do sujeito. Este objeto perdido está além e aquém do objeto reencontrado, imaginariamente, objeto de desejo. Portanto das Ding não exclui a falta, muito ao contrário, circunscreve-a no desejo do sujeito, e é neste sentido, que a ética da psicanálise funda-se na falta, no vazio estrutural do sujeito (GARCIA, 2016).

Gaspar (2007) descreve, portanto, que a *Coisa* surge no campo do Real como objeto causa de desejo do sujeito, ao mesmo tempo em que, desde sempre, este também foi o objeto perdido. Em verdade, este objeto perdido nunca existiu, sendo algo mítico que procuramos reencontrar sem jamais ter acesso à ele,

configurando a falta estrutural do desejo apontada para o sujeito através de alguns significantes mestres. E o que vem a barrar *das Ding* do gozo, é o traço significante que marca a identificação do sujeito no registro do Simbólico: a marca da lei. No mito edipiano, a mãe viria ocupar o lugar de *das Ding*, ou seja, o vazio é ocupado por este Outro originário - que representa o campo do simbólico - e é barrado pela lei, atribuída ao pai (GASPAR, 2007; SANTORO, 2006).

Neste sentido, a mãe, só pode surgir na posição de *das Ding* na medida em que é o primeiro sujeito que se coloca como suporte do Outro, pois é a mãe quem toma o bebê como sujeito, que aparece enquanto sujeito para outro sujeito ao sustentar este lugar de articulação da fala. Aponta Lacan:

(...) é em relação a esse *das Ding* original que é feita a primeira orientação, a primeira escolha, o primeiro assento da orientação subjetiva que chamaremos, no caso, de *Neurosenwahl*, a escolha da neurose. Essa primeira moagem regulará doravante toda função do princípio do prazer (2008, p. 70).

Assim, a formulação de *a Coisa*, permite que a ética também situe-se no Real, descolando-se do campo da moral, visto que, se não há bem ou objeto capaz de preencher o vazio deixado por esta perda, o sujeito vê-se enredado em criá-lo. Porém, esta invenção não é universal e estará sempre vinculada ao modo como cada sujeito articula e posiciona seu desejo em relação a *das Ding*, um movimento singular (GASPAR, 2007).

A partir do momento em que Lacan realiza a distinção entre moral e ética, ele separa os efeitos e implicações de uma ética superegóica daquela chamada de *ética do desejo*. Uma ética superegóica seria aquela destinada a se manifestar via sentimento de culpa, causado pela renúncia à satisfação pulsional, inerente ao sujeito. Esta ética diz respeito à lógica do supereu que expressa o modo como a interdição simboliza uma perda, uma *falta* para o sujeito, gerando sentimento de culpa (GASPAR, 2007).

Em contrapartida, a ética do desejo seria aquela que reconhece e aceita a dimensão da falta, e de *Das Ding*, ao invés de recusá-la, surgindo justamente a partir da falha do sujeito em procurar significar tudo. Na análise lacaniana, a experiência moral não se reduz ao superego e à exploração de seus paradigmas,

mas a culpa situa-se no registro da relação do significante com a Lei imposta no discurso. Esta ética não impele o sujeito à universalização, e é ao reconhecer a impossibilidade do sujeito em alcançar o objeto de seu desejo que Lacan postula a ética do desejo. O desejo que está em jogo é aquele suscitado na análise, por isso, singular e único, o que impede a ética de tornar-se um ideal, sendo trabalhada sempre no real da experiência (CHAVES, 2006; GASPAR, 2007). Com isso:

É o desejo que permite que o gozo fique circunscrito à castração, na medida em que o acesso ao objeto encontra-se barrado pela própria falta (do objeto). Essa lei, balizada pela castração, não se estabelece do mesmo modo que uma lei imposta pelo superego, lei que exige o impossível – que o sujeito goze, mesmo que seja ao preço de sua aniquilação (GASPAR, 2007, p.62).

Pode-se dizer que a psicanálise propõe uma ética desconfortável na medida em que não procura camuflar a falta estrutural e ofertar um ideal pacificador ao ego, como faria a superegógica. De modo algum trata-se de uma ética que nega o conflito mas, muito pelo contrário, aceita a falha/falta constitutiva do sujeito abrindo espaço para que o desejo possa circular e se manifestar, criando novas formas de significar ao redor deste vazio. Enquanto a ética superegógica perdura na medida em que gera o sentimento de culpa, a ética do desejo situa este sentimento em outra via, em qual a única culpa que o sujeito é capaz de carregar é a de ter cedido ao seu desejo, por não ter seguido em conformidade ao seu desejo (GASPAR, 2007).

Existem, ainda, duas proposições lacanianas em relação às vias de desejo do sujeito que são essenciais para a compreensão de suas formulações éticas. Ora, se para Lacan não existe um Bem Supremo, e para o problema do desejo não há resposta, só há a falta, pode-se pensar em duas vias para o sujeito lidar com seu desejo: a sublimação e a "verdade libertadora do desejo" (a ética do bem-dizer). É importante pontuar que ambas só seriam possíveis através do processo de análise. A sublimação, definida no Seminário VII, constitui-se na elevação de um objeto à posição, a dignidade de *das Ding* (objeto causa de desejo) a partir da articulação significante presente entre ambos, o que permite a substituição como metonímia (usar uma palavra para dizer outra). Ou seja, dar a qualquer objeto do mundo a honra de ser este objeto fundamental, primordial de sua experiência, que causa seu desejo (JUNQUEIRA & COELHO, 2005).

Durante o processo analítico são perseguidas as "verdades libertadoras do desejo", que nada mais são do que as marcas do desejo do sujeito e as normas que regem o princípio do prazer/desprazer. Descobre-se, portanto, a verdade do desejo e do gozo, permitindo que o sujeito fique menos engessado em um só objeto e em uma só forma de gozar, libertando-se do gozo mortífero do Outro. Assim, é possível que o sujeito organize seu desejo a partir do nível do mais-gozar, que é o gozo parcial e não total, e é o gozo viável dos objetos e da fala (JUNQUEIRA & COELHO, 2005).

Ressalta-se que essa busca pela "verdade libertadora do desejo" associa-se ao lugar do analista, como o lugar de "semblante objeto *a*" ou "objeto causa do desejo". Tendo em vista que o objeto *a* é aquilo que move o inconsciente, aquilo que causa o desejo, o analista, posicionando-se como seu semblante, representa toda a energia que opera o inconsciente, que o faz trabalhar. O analista, no lugar de objeto *a*, opera como um catalisador, na medida em que garante o movimento do inconsciente. Este movimento é o que possibilita a emergência das marcas do desejo (JUNQUEIRA & COELHO, 2005).

Contudo, é relevante afirmar que a ética do bem-dizer não é uma ética daquilo que é belo, eloquente ou expressivo, mas sim a ética de um dizer em que a palavra produz efeito operatório no tratamento. Trata-se de dizer um dito que signifique algo do recalcado. Isto implica, portanto, em dizer um algo que aponte para a quietude do recalçamento. Neste sentido, esclarecem Junqueira e Coelho :

A ética do bem-dizer tem relação com algo que está muito aquém do recalcado, algo que ficou fora do significado, pois a simbolização foi precária ou inoperante. A ética do bem-dizer opera tanto no nível das interpretações quanto no das construções, a fim de constituir um enunciado possível sobre o desejo e sobre o gozo, que liberta o sujeito para o encontro de formas menos nocivas de gozo. (2005, p. 116)

Pode-se dizer que o que há de universal no modo como Lacan propõe a ética da psicanálise é justamente sua essência trágica, na medida em que a base de sua teoria é a falha universal e estrutural dos sujeitos. O autor pode ser considerado por muitos como "anti-social", na medida em que denuncia e rejeita a ideia de um Bem

Supremo e aponta para a falsidade dos "bens" oferecidos pela sociedade para satisfazer os desejos individuais, o que indica que Lacan de fato não acreditava numa relação harmônica entre indivíduo e sociedade. Na verdade, acredita num sujeito dividido em sua origem, pela perda de gozo estrutural, de modo que *das Ding* está desde sempre perdido (JUNQUEIRA & COELHO, 2005; SANTORO, 2006).

Por esta razão, um dos principais alvos de crítica de Lacan em seu Seminário VII (1959 - 1960) foi a instância denominada por ele como pastoral da análise. Estes seriam alguns analistas que tomavam o lugar de suposto saber - semelhantes a guias e pastores - ao auxiliarem o analisando a atingir uma relação satisfatória com o objeto, centrada no prazer genital. Dotados de "poderes e saberes", estes analistas teriam como meta aproximar os analisandos de um Bem Supremo, vendendo a análise como um "bem" cujos resultados são garantidos.

Em contrapartida, a ação própria da ética lacaniana seria colocar o desejo do sujeito como parâmetro, a fim de questionar valores e fórmulas universais que prometem uma suposta boa vida. Por isso, Lacan escolhe a tragédia "Antígona" de Sófocles, composta em 441 AC, para ilustrar seu seminário sobre a ética (WENDLING & COELHO, 2016).

Antígona é a terceira e última das peças de Sófocles que ficaram conhecidas como a Trilogia Tebana, sendo esta a dramática continuação de "Édipo Rei". Antígona é filha de Édipo e irmã de Etéocles, Polinice e Ismênia. Após o exílio de Édipo, o trono de Tebas deveria ser revezado a cada ano entre seus dois filhos, Etéocles e Polinice. Contudo, ao final do primeiro mandato de Etéocles, este recusou-se a abandonar o cargo e ceder ao seu irmão que, ao saber da traição, organizou um ataque a Tebas, unindo forças militares com o reino de Argos. Num combate singular, ambos irmãos morrem e quem assume o trono de Tebas é Creonte, irmão de Jocasta - esposa de Édipo. Creonte estabelece que apenas o corpo de Etéocles deveria receber as honrarias tradicionais de sepultamento, largando o corpo de Polinice a esmo, exposto a putrefação e dilaceração, como aviso aqueles que desejassem se opor ao reino de Tebas (ANTÍGONA, 2020).

Ao ter notícias das normas impostas pelo tio, Antígona afirma preferir morrer ao deixar o corpo de seu irmão sem os devidos ritos fúnebres sagrados. Acreditava que Creonte era arbitrário e desrespeitava as leis divinas mais antigas que

protegiam as almas de ficaram à deriva no período pós-vida. Antígona, portanto, desafia as leis do tio e tenta enterrar seu irmão, porém, um guarda de Tebas a prende e a leva à Creonte, que sentencia a sobrinha à morte. Ismênia, por mais que discordando da atitude de sua irmã, tenta levar a culpa pela transgressão no lugar de Antígona e acaba também sentenciada à morte. Antígona foi condenada a viver em uma caverna com o mínimo de alimento possível, para ter uma morte lenta e tortuosa e acaba suicidando-se. Hémon, noivo da protagonista e filho de Creonte, ao saber da morte de sua amada, tira a própria vida. Por fim Eurídice, esposa de Creonte, ao saber da morte do filho Hemón, também comete suicídio (ANTÍGONA, 2020).

Ao analisar a peça de Sófocles, Lacan procura identificar qual a essência de uma tragédia e sua possível relação com a teoria psicanalítica. Primeiramente, apresenta que a tragédia está presente na experiência analítica desde os escritos de Freud ao utilizar o mito edipiano para representar as relações de desejo e poder do sujeito. Entende, portanto, que na raiz de nossa experiência, a tragédia possui como essência a *catarse*. Este termo estaria vinculado a noção de ab-reação, ou seja, da descarga: "Trata-se do seguinte - uma emoção, um traumatismo pode deixar para o sujeito algo em suspenso, e isso enquanto um acordo não for encontrado" (LACAN, 2008, p. 290).

Ainda, citando o pensamento aristotélico, Lacan elucida uma outra definição para a *catarse*, que seria a de purificação, e, especialmente, a purificação ritualística, que envolve as eliminações e o retorno ao normal. Com isso, afirma que a meta da tragédia é a *catarse*: a purgação das paixões, do temor e da piedade. Contudo, Lacan afirma que Antígona de fato torna-se a verdadeira heroína pois desconhece o temor e a piedade durante todo seu percurso na peça; ao contrário por exemplo de Creonte, que ao final, encontra-se com a piedade (LACAN, 2008).

Assim, Creonte possui um papel fundamental na ética trágica, que é a ética psicanalítica, ao representar na peça aquele que quer o bem de todos, o chefe da comunidade que conduz o povo ao bem. Contudo, é aí que encontra-se sua *hamarita*, ou, *erro de julgamento*: Creonte entra na posição de fazer o bem à todos, da lei suprema, soberana, lei que transborda e ultrapassa os limites. Em termos kantianos, a linguagem de Creonte seria a da razão prática, quando impõe a recusa

do sepultamento de Polinices seguindo a lógica de que um traidor e inimigo da pátria não é merecedor das honrarias oferecidas aqueles que a defenderam - aqui explicita-se uma máxima cujo valor é universal. Porém, nas palavras de Lacan é visto que "o bem não poderá reinar sobre tudo sem que apareça um excesso, de cujas consequências fatais nos adverte a tragédia" (LACAN, 2008, p. 306).

Lacan apresenta o termo *até* como central na trama de Antígona: "Essa palavra é insubstituível. Ela designa o limite que a vida humana não poderia transpor por muito tempo" (p. 310). E é justamente este limite fronteiro que Antígona deseja ultrapassar - ela não suporta mais viver sob a lei de Creonte. Aqui apresenta-se o enigma paradoxal de Antígona, o de ser um ser desumano, no sentido de ser inflexível, não-civilizado, cru. Antígona encontrou algo para além dos limites de *até* que tornou-se seu próprio bem, que não refere-se ao bem de todos, e que não está pautado por nenhuma universalização ou supremacia, marcando a diferença principal entre a heroína e Creonte: enquanto a primeira está desprovida de qualquer referência entre o bem e o mal, seu tio encontra-se munido de uma máxima universal.

Para Lacan, Antígona personifica a face trágica do desejo absoluto, aquele desejo puro que não conhece barreiras ou limites: "o puro desejo de morte" (p. 342). Ao ultrapassar a fronteira da castração em direção ao seu objeto de desejo, a heroína paga com a morte por sua trajetória ousada. E o desejo da protagonista não é outro se não um desejo incestuoso pelo seu irmão, desejo, em sua radicalidade, destruidor (LACAN, 2008).

Somente deste modo é possível entender o por que de Antígona servir de modelo (mas não de ideal) para a ética lacaniana: a persistência em atingir o fim último do desejo, sem quaisquer economias. A heroína está além da demanda e aquém de seu desejo, evidenciando a beleza trágica de ir em encontro a *das Ding*, encontro este catalisador de sua morte. Seu desejo decidido de morte é persistir naquilo que, para ela é seu Bem, radicalmente *das Ding*. Assim, têm-se duas mortes: uma morte psíquica, simbólica e "a morte na medida em que é invocada como sendo o ponto onde o próprio ciclo de transformações naturais se aniquila" (p. 301). Portanto, trata-se de uma morte que nada mais é do que a negação da vida.

Mas então a ética psicanalítica postularia a morte como final do encontro do sujeito com seu desejo puro? (JUNIOR, 2008).

Ao contrário, a peça de Antígona nos proporciona a reflexão mais importante da discussão sobre a ética: o encontro com *das Ding* é impossível, pois, por mais que indestrutível, o desejo não é onipotente. Cabe, portanto, ao limite da castração impor as possibilidades do desejo frente à esta demarcação. Antígona representa um desejo que funda-se sob bases frágeis, na medida em que ao ir de encontro *das Ding*, tem como resultado preciso a morte. Portanto, a heroína está sempre flertando com a transgressão que tem por objetivo o gozo de *das Ding* (JUNIOR, 2008).

Ao opor o "homem comum" ao herói, Lacan aponta para uma via rumo ao herói, existente em todo sujeito. Mesmo que a via trágica de Antígona esteja barrada naqueles sujeitos inscritos no campo da castração, o desejo do analisando não deixa de rumar em direção à *das Ding*. E é somente do lugar de "homem comum" que é possível responsabilizar-se por seu desejo e sustentá-lo, através de seus sintomas e de suas manifestações inconscientes. A ética psicanalítica não é de um gozo desmedido pois o gozo é impossível ao homem comum. Contudo, é desta herança heróica do homem comum que preserva-se a ética de sustentar o desejo, sem ir de encontro ao destino fatal de Antígona, já que, a castração deve estar interposta entre o destino do homem comum e o da protagonista da peça. Deste modo: "É aí que o homem comum deve compartilhar da natureza do herói: o homem que se dirige ao limite, capaz de suportar desejar, sustentando o desejo como falta radical e, nisto, permanecer desejante" (JUNIOR, 2008, p. 102).

Em suma, é visto que a protagonista não abriu mão de seus desejos frente às leis da cidade impostas de modo arbitrário por Creonte. Antígona não alinhou-se ao bem comum. Contudo, o que é posto pela ética da psicanálise é que nem quem segue as leis da cidade/do mundo (como Creonte) e nem quem segue as leis de seu desejo (Antígona) terão a garantia do conforto ou certeza de felicidade. O que verdadeiramente interessa é como o sujeito se movimenta e se posiciona quanto ao seu desejo numa cultura fundada pela moral e pela lei. Por esta razão que o que resta à ética da psicanálise é a ética de bem-dizer o desejo (WENDLING & COELHO, 2016).

Ao discutir a ética lacaniana, Santoro (2006) aponta para dois conceitos fundamentais para a psicanálise abordados por Lacan em "Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder" (1958): que a *transferência* seria o motor da análise e que a *interpretação* seria a arma utilizada pelo analista. Deste modo, já que um dos objetivos da análise é quebrar a barreira do imaginário, do sentido, para chegar aquilo sem-sentido (as determinações inconscientes), para uma ética psicanalítica, o analista deve abdicar do poder que lhe é referido via transferência e pensar numa *posição* analítica e não em uma *profissão* analítica.

Para elucidar este último apontamento, é necessário compreender a distinção realizada por Lacan entre desejo e demanda, na qual a demanda estaria articulada à transferência e o desejo à técnica. Assim, Lacan define como desejo tudo aquilo que resta da subtração entre demanda e necessidade. A demanda seria a necessidade que passa na ordem da fala, através da cadeia de significantes. Porém nem tudo da necessidade é passado por essa via e nem tudo da necessidade pode ser significatizável. E aquilo que não passa preserva a força que a necessidade possui de exigência de satisfação: o desejo.

$$N - D = d \quad D \rightarrow \text{Demanda}$$

$$d \rightarrow \text{desejo}$$

$$N \rightarrow \text{Necessidade}$$

Ao se ofertar para o sujeito, o analista cria uma demanda de saber, de ser um sujeito suposto saber. O cerne da ética na clínica está em criar esta demanda porém não respondê-la, expondo que o verdadeiro sujeito suposto saber é o próprio analisando, que há de escutar aquilo que ele mesmo rejeita. Portanto, a máxima lacaniana de "não responderás a demanda", diz respeito a uma impostura, pois o analista de fato nada sabe sobre o sujeito portanto não pode responder a esta demanda, mas aposta sim numa construção, a fim de decifrar junto ao analisando este sujeito do inconsciente.

O desejo é um questionamento: "*Che vuoi?*" ou "*O que queres?*". Para que esta pergunta possa advir na clínica, é essencial que não se responda a demanda do analisando. É neste sentido que pode-se afirmar que a análise só irá progredir quando o analista presentificar o que é o desejo do outro para aquele sujeito e isto

deve, e só pode ocorrer, sem que o analista entre neste lugar de outro para o sujeito. E é somente a partir de seu próprio desejo, como sujeito, que o analista faz surgir a dimensão do desejo do outro, através da política da falta a ser:

Que política é essa? Uma política baseada na falta, que ele chama de política da falta a ser. Lá, onde o analista poderia comparecer com seu poder, ele tem que faltar, o que não quer dizer paradoxalmente que não seja ele que conduz o tratamento, mas que sua arma não é o poder e sim o manejo da transferência e a interpretação. (SANTORO, 2006, p. 62)

Tendo isto em vista, o que se deve encontrar na base da ética da psicanálise é o *desejo do analista*, pois é isto que irá mover e reger as ações do analista desde as interpretações e construções colocadas, até o manejo transferencial. Ao invés de encontrar um senhor detentor de todas as respostas, um "mestre e comandante analista", na clínica, o que se vê é a política da falta a ser, marcada pelo desejo do analista que é um não-saber. Portanto, Lacan radicaliza ao colocar que a ética da psicanálise é a ética de ninguém, pois é a ética relativa ao discurso do analista. Uma ética que não pretende impor preceitos, sugerir ou recomendar, mas é a ética que se cala.

Como uma categoria ética, o desejo do analista é operatório do tratamento. Lacan vincula, lado a lado, a interpretação do analista e a ética da psicanálise, postulando que desejo e palavra são incompatíveis e o analista seria, como já dito, um semblante, um esboço do objeto *a*. Por isso, o desejo do analista não se relaciona com a transferência mas sim com suas interpretações. Estas, por sua vez, compreendem decifrações, interrogações e exclamações, postas de modo enigmático, que enunciam uma tática embasada na ética da psicanálise: manter a estrutura de falta do inconsciente (SANTORO, 2006).

Posteriormente, ao produzir os Seminários XVI e XVII, Lacan procura ampliar esta ética do desejo para uma ética do gozo, visto que este último só pode ser compreendido quando articulado ao desejo. O gozo resta no Real na medida em que não pode ser totalmente inserido na cadeia simbólica, expressando-se muitas vezes como dor e trauma, por estar fora-do-significado.

Com isso, haveria para Lacan duas modalidades de gozo. O mais-gozar, ou gozo do objeto *a*, seria aquele submetido à lógica da castração e que resta do processo de significação. Visto que a linguagem não pode dizer tudo, sempre há algo que sobra - mais-gozar. Deste modo, a lógica do mais-gozar impossibilita a completude e a significação plena do sujeito. No entanto, a outra modalidade, denominada gozo do Outro, deriva de uma exigência sem limites, desconsiderando a barreira imposta pela castração e movimentando o sujeito ao encontro do objeto de desejo. Pode-se dizer que esta última espécie de gozo é mortífera e levaria o sujeito à sua própria destruição, pois o encontro deste com o objeto de desejo implica na anulação da falha/falta estrutural e no extermínio do universo da demanda, reinando, assim, o desejo.

A ética idealizada por Lacan, portanto, diz respeito à saída do sujeito do campo do gozo do Outro em direção ao campo do mais-gozar, no qual o sujeito, impedido pela lei da castração de ir ao encontro direto com o objeto *a*, goza pelas bordas. O autor introduz à discussão da ética uma atenção especial à barreira que existe em relação ao objeto *a*, marcando a impossibilidade de obter o objeto de desejo como objeto de gozo. Aborda-se uma ética que renuncie ao gozo do Outro e que abra ao sujeito a possibilidade de se aproximar o suficiente do objeto de desejo, a partir do universo da fala e da modalidade do mais-gozar. É importante colocar que esta ética somente existe enquanto articulada com a lei, jamais pregando a realização do desejo a qualquer custo (JUNQUEIRA & COELHO, 2005).

Em suma, pode-se dizer que a ética da psicanálise lacaniana refere-se à política da falta/falha estrutural presente na determinação simbólica do sujeito, o que o impede de acessar *das Ding*. A ética encontra-se no vazio, na falta e não nas obrigações ou nos mandamentos. Além disso, a discussão realizada no presente subcapítulo demonstrou que a ética psicanalítica é a ética que não cede ao desejo, sendo este, a bússola do analisando na clínica.

4.3. Psicanálise, política e sociedade

Tendo em vista a discussão sobre a ética da psicanálise realizada no capítulo anterior, alguns questionamentos se colocam: Então, quais as consequências e desdobramentos da ética psicanalítica na sociedade e na política? Como a psicanálise posiciona-se perante sua inserção na pólis?

De acordo com Figueiredo, no âmbito das políticas públicas, uma recontextualização da psicanálise se faz necessária, devendo ser entendida como uma "revisão conceitual, no campo próprio da teoria, como uma realocação de sua prática no campo da clínica em suas variações." (1997, p. 31). Em consonância, Zugno et al. (2015, p. 35) pontuam que uma das diferenças entre o atendimento em uma clínica privada e uma pública é o movimento de encontro entre paciente e psicanalista: em clínica particular, o paciente vai de encontro ao analista pois deseja ser atendido por este, já no espaço público, a clientela vai de encontro à uma instituição - o SUS, no caso do Brasil. Deste modo, se faz necessário entender como se insere e como recontextualizar a psicanálise nos diferentes espaços públicos e sociais.

É visto que a oposição entre o espaço público e o privado nunca fez parte do universo conceitual ou da experiência psicanalítica. A partir da cisão dos processos de individualização, característica da modernização, a noção de espaços públicos e privados traduziu-se na oposição entre casa e rua - para o psicanalista, o consultório particular e a instituição de saúde. Pontua-se que, ao abordar o público e o privado, deve-se fomentar de modo mais qualificado o que entende-se por espaço. Neste sentido, espaço não limita-se ao território ou a geografia apenas em seu sentido físico, como uma praça ou uma casa. Desde a *pólis* grega, o direito do homem livre ou do cidadão era expressamente vivido na *ágora*, nas praças públicas onde normalmente realizavam-se as assembléias do povo. Assim, é visto que um espaço público é, concretamente, um espaço simbólico (DUNKER, 2019).

O cerne da discussão dos espaços públicos situa-se, sobretudo, no modo como ele é ocupado e por quem o ocupa. Em termos políticos, o que define se um

ambiente será público ou privado são os interesses que o construíram e que o constituem, bem como, os sujeitos que o compõem e o compreendem como tal. De modo similar é o que ocorre no espaço da psicanálise, sendo que o que o define e o configura é o desejo do sujeito e a posição ocupada por este em sua realização.

Ao pensar sobre a implementação da psicanálise na cidade, é importante ter-se em mente três questões lacanianas referentes à esta pauta: no campo do imaginário, as identificações e seus efeitos de alienação em massa; no campo do simbólico, o mito edípico e seus efeitos na relação entre a subjetivação da lei em autoridade ou em violência; e no campo do real, a segregação e as desigualdades, cujos efeitos permeiam a invisibilidade, a humilhação, a morte, dentre outras categorias sociais. Assim, para trabalhar com os sintomas sociais brasileiros de desigualdade, marginalização e injustiças seria preciso propor uma ocupação crítica do psicanalista que levasse em conta a problemática encontrada nestes três registros: a identificação, o pacto edípico e a segregação como resultado da iniquidade do pacto social. Seria importante pensar como estas questões elaboram e colaboram com uma necropolítica brasileira e qual a ocupação possível nos espaços públicos e privados para combatê-la (DUNKER, 2019).

Em matéria de política pode existir, ainda, um temor quanto à partidarização da clínica e ao compromisso com a neutralidade por parte dos psicanalistas, o que entende-se como comprometedor do trabalho analítico. Contudo, entende-se que a relação da psicanálise com a política possui maior relação com o fato de que fazer parte do espaço público significa, necessariamente, participar do campo político, visto que não há o público sem o político. A política é um campo que se encerra, se fecha ou se alarga, segrega ou inclui. Campo que possui como vetor de expansão histórica o conceito de democracia, o que permite afirmar que, a participação no espaço público significa o reconhecimento do campo da política e do conceito da democracia como norma de formação deste campo. Nas palavras de Dunker (2019):

É reconhecer que à regra da associação livre corresponde uma mimese social da livre associação. Mas em outro sentido, a política não é só um campo, o campo do espaço público da diferença entre iguais, mas a política (the politics) é o conjunto desordenado de estratégias locais de transformação. Este conjunto formado por classes de interesses e interesses de classe, por gêneros de

sofrimentos e por sofrimentos de gênero, por raças de mestres e mestre de raças (...) (p.16).

Deste modo, pode-se dizer que a psicanálise insere-se no campo político enquanto discurso que sustenta a abertura deste campo, e não como algum tipo de prática de cura que eleva-se perante as demais políticas de saúde. Torna-se um movimento que não cessa de não inscrever-se, de sobrar no campo político e enquanto estratégia política. Isto fundamenta-se na política da falta, do resto, presente na ética psicanalítica. A psicanálise, portanto, dá voz àquilo que é excluído da voz e do corpo do sujeito, identificando-se com aquilo que não tem nome (DUNKER, 2019).

A posição da psicanálise no espaço público-político compreende os bloqueios da política e os fracassos da constituição deste campo como campo onde, em termos éticos, o poder reside na palavra. Desta maneira, para a psicanálise é impossível que a cura sirva como pacificação harmonizante ou como algo que sirva de adaptação aos sujeitos. Tampouco a cura deve servir à algum modo de conformismo normativo ou de tolerância do conflito e dos antagonismos sociais (DUNKER, 2019).

Assim, como já afirmava Lacan em seu Seminário sobre a Ética (1959/64), a psicanálise posiciona-se de modo crítico à normatividade e à existência de um Bem Supremo, não cabendo-lhe, na experiência analítica, indicar o modelo, padrão ou conduta de felicidade a ser seguida. É nesse sentido que a noção de "cura" deve diferir-se da de "tratamento", este último como estratégia e não norma. A posição ética do psicanalista na política deve, portanto, reconhecer a potência daquilo que não é determinado, de não suprimir as alteridades e as variações e de tomar a diferença como causa constitutiva do campo, organizando, assim, cadeias transformativas de si e do mundo (DUNKER, 2019).

Afirma-se que a psicanálise surgiu e construiu suas raízes a partir da experiência clínica, porém, não limitou-se à prática psicoterápica, desdobrando-se para uma ética e um discurso propriamente analíticos. Tendo isto em vista, não há por que supor uma exclusividade da atuação psicanalítica no campo da clínica individual, pois, mesmo em Freud e Lacan, incansavelmente reafirmava-se a

indissociabilidade do indivíduo e do social, do público e do privado e, desse modo, do sujeito e do cidadão (RIBEIRO, 2009, p. 16).

Portanto, salienta-se que a psicanálise parte da clínica da escuta, e esta escuta pode ser feita em qualquer lugar, desatrelando-se de um modelo privado de consultório tradicional. A escuta analítica deve estar onde emergir um sujeito, onde emergir desejo e pulsões, afinal, se estamos lá para escutar, as pessoas não de falar. Portanto, é dever do psicanalista que trabalha na pólis implicar-se das situações sociais críticas presente nos territórios onde atua, dedicando-se a uma lógica sobre coisas que não dialogam entre si e que se encontram no espaço vazio: sujeito de desejo e sujeito de direito (BROIDE, 2019a).

Broide (2020), ao discutir uma psicanálise em situações sociais críticas, postula quatro pressupostos. Primeiramente, aponta que a psicanálise é de todos e é para todos, não referindo-se à uma classe social, étnica ou cultural, a psicanálise é para o mundo. Assim, a psicanálise deve estar onde a vida está, presentificando o fazer psicanalítico em todos os setores e territórios do mundo, sendo este pressuposto referido à *ética de lutar pela vida, onde quer que ela esteja*. Ainda, o autor afirma que a psicanálise não deve restringir-se ao divã, traçando seu percurso na cidade, nas políticas públicas através de uma clínica específica e rigorosa, a fim de dar conta das demandas que surgem nas entranhas da cidade através do inconsciente. Por fim, ao trabalhar com situações sociais críticas, a psicanálise deve realizar um movimento interdisciplinar, para que todos os fragmentos de uma urgência social possam ser acolhidos de modo amplo (BROIDE, 2020).

Com isso, o psicanalista na pólis, ao interagir com e cuidar das urgências sociais, deve manter em mente quais os dispositivos sociais e públicos necessários para atender-se àquela demanda. Existe uma distinção entre dispositivos sagrados, aqueles que existem para manter determinada ordem social, e dispositivos profanos, cujo objetivo é não manter a ordem, mas sim, movimentar-se num sentido transformador, a fim de romper com determinadas normas sociais. O psicanalista implicado faz uso destes últimos dispositivos, a fim de criar um espaço que movimente a fala e a ação transformadora dos sujeitos ali acolhidos (BROIDE, 2019a).

Ainda, o dispositivo deve ser um espaço de criar vazio, de construir junto e movimentar o vazio. Isto pois, têm-se o vazio como a essência do dispositivo, sendo que é somente a partir deste "furo" que o novo pode advir. A transformação social é incapaz de ocorrer dentro de um dispositivo cujo espaço esteja cheio, fora do campo da castração. Portanto, uma psicanálise implicada, procura *criar* dispositivos que deem conta das urgências sociais de um modo transformador, a partir dos conceitos psicanalíticos de inconsciente, pulsão, repetição e transferência, e que permitam que o espaço destes dispositivos sejam para fazer ver e fazer falar sobre o sofrimento sócio psíquico (BROIDE, 2019a).

O psicanalista na pólis, segundo Broide (2019a), deve dedicar-se a uma escuta territorial, categoria definida como a escuta que sente o pulsar do campo onde atua o psicanalista. Na cidade, ou dentro da instituição é preciso atentar-se às demandas do espaço: O que é dito aqui? Do que se precisa? O que pulsa? Realizar uma escuta territorial é colocar o corpo para jogo, é implicar-se daquele território andando pela cidade, conhecendo as pessoas, sentindo os cheiros, realizando, de fato uma imersão naquele campo. Como método de investigação psicanalítica, a escuta territorial permite uma reflexão ampla sobre a vida dos sujeitos que habitam determinado espaço: "Engloba a compreensão do cotidiano local e das diferentes manifestações sociais que ali ocorrem. Significa compreender como vivem, moram e trabalham as pessoas que circulam em um dado espaço geográfico" (BROIDE, 2019b, p. 39).

A rua possui uma estética e uma ética própria que explodem no corpo do analista enquanto sensações, repulsa, desejo, medo, curiosidade entre outros sentimentos. É a partir da imersão nas complexas redes de existência que instalam-se na cidade que o analista é capaz de compreender e apreender o território em que se trabalha. Assim, observa-se como as relações que permeiam as urgências sociais são atravessadas por uma série de fragmentos que possuem toda a força na transferência: diferenças e desigualdades de classe, raça, gênero, ética, estética, culturas, etnias etc.

Sobreviver ou não, parece ser o cerne das situações sociais críticas no Brasil. Ao ter o mínimo de contato com sujeitos atrelados à estas condições, perguntamo-nos como a maioria destas ainda está viva. Assim, questiona-se: o que

mantém estas pessoas ancoradas à este espaço? A partir desta reflexão, Broide apresenta o conceito de *ancoragem*. A compreensão do território como um todo expõe os fios invisíveis que mantêm as pessoas atreladas a determinado território (nas favelas, nas ruas, nas instituições). É papel do analista na pólis buscar os fios que ligam o sujeito à vida e quais os laços determinantes de sua existência. A sobrevivência, certamente, encontra-se nestes laços vinculados a desejo e possibilidades. Deste modo, afirma Broide:

O surgimento das ancoragens na escuta clínica faz com que estas sejam nosso mapa, nosso radar de trabalho com o sujeito, e no andar no território. Diferentemente do atendimento na classe média, o sujeito que está no abismo social não tem rede simbólica, social, familiar, e dinheiro. Está diante do abismo. Assim, muitas vezes é necessário ir atrás das ancoragens, e elas estão no território. Esses fios que são tão frágeis necessitam outra amarração (2019a, p. 56).

O território de atuação dos psicanalistas têm-se ampliado cada vez mais, visto que suas práticas clínicas adentraram o campo das políticas públicas, como SUS e SUAS. Nestes novos ambientes, encontram-se segmentos da população que estão segregados e marginalizados da sociedade, abrindo novas questões para a clínica psicanalítica que impõe-se a pensar as particularidades das intervenções quando os conflitos e dores do sujeito são decorrentes de sua desqualificação com o laço social. Laço este, marcado pela exclusão de bens materiais e culturais bem como pelas relações de submissão diante das classes e segmentos sociais privilegiados (ROSA, 2019).

À este modo específico de padecimento, Rosa (2019) atribui o conceito de sofrimento sociopolítico, levando em consideração a ideia de que existem estratégias ideológicas que promovem e geram esta moléstia, composta por angústia, humilhação social, culpa, entre outros aspectos. A defesa central aqui é a de que o *sofrimento produz o silenciamento* daqueles excluídos socialmente, por conta de sua inserção e posição no laço social (ROSA, 2019).

Desse modo, as práticas desenvolvidas pelo analista implicado tem por base o conceito de *desamparo discursivo*, um nome dado ao silenciamento, sustentado por duas proposições: a especificidade do sofrimento sócio político que retira o sujeito do seu lugar de fala - suscitando o abalo narcísico e a ampliação de sua

dimensão traumática - e o fato do lugar de fala estar articulado ao lugar de escuta, o que implica na resistência do analista (pertencente a uma casta social diferente daquele sujeito) em escutar o sofrimento deste outro (ROSA, 2019). Em consonância com este último apontamento, afirma Fernandes (2013):

Para que a prática clínica e o saber dela decorrente não se apaguem atrás de estatísticas, exames, medicações, benefícios e nem dos cálculos de eficácia e produtividade, exigidos cada vez mais pelas agências reguladoras da assistência à saúde pública, cabe ao profissional de saúde a responsabilização pela posição que ocupa nos serviços, a qual só se sustenta na demanda que o paciente lhe endereça por supor ali um saber. (p. 72)

Os indivíduos em vulnerabilidade social, sem proteções políticas, econômicas ou sociais, estão sujeitos a instaurar uma desfiliação, na qual constata-se o extermínio de sua força discursiva. Submetidos ao discurso social hegemônico, esses sujeitos mantêm-se atrelados a significantes que são atribuídos a verdades incontestáveis e, deste modo, são desalojados do seu lugar discursivo, e lhe é retirada a possibilidade de se manter plural e contraditório. O seu endereçamento ao Outro torna-se então impossibilitado, e lança este indivíduo a alienação, ao não senso, tendo dificuldade de reconhecer sua verdade, sua história pessoal e sociocultural e seu lugar político no laço social (ROSA, 2019). É deste modo que o desamparo social transcreve-se em *desamparo discursivo*:

Na perspectiva psicanalítica, os laços sociais têm seu fundamento na linguagem que inaugura a entrada do homem na cultura e remete à condição constitutiva do homem e da civilização. A partir desse ponto são laços discursivos, ou seja, materializam-se nos modos de relação em um dado tempo e lugar (ROSA et. al, 2017, p. 364).

Entende-se que a psicanálise tem muito a contribuir no trabalho com as vulnerabilidades sociais, demasiadamente presentes na saúde pública e no campo da assistência social, visto que há resistências possíveis ao discurso social hegemônico que possibilitam ver o furo, a falta, que reside em todo ato de governar e de manejar as civilizações:

A escuta psicanalítica visa barrar o gozo contido no discurso violento e identitário, que se apresenta como simbólico. Objetiva reconhecer

os movimentos desejantes presentes no sofrimento, face da resistência, em que se passa do lugar de vítima ou algoz social para o lugar de testemunha que *pode alterar o regime de verdade a seu respeito*. (ROSA, 2019, p. 18. , grifo nosso).

É neste sentido que a escuta do psicanalista clínico-político deve romper com o silenciamento do grupo social ao qual pertence em relação às determinações da miséria do outro. Somente assim conseguirá escutar o sujeito e não o confundirá com o modo degradado no qual é apresentado em seu laço com a sociedade, com o mundo, laço este atravessado por preconceitos de classe, raça, gênero, sexualidade etc (ROSA et al., 2017).

5. Capítulo 2: Trabalho do psicanalista em instituições de saúde pública

5.1. Introdução

A partir da literatura revista, foi possível reunir referências que aproximam o saber psicanalítico ao trabalho no SUS e na saúde pública, o que permite ao presente estudo apoderar-se das discussões trazidas por estas produções a fim de refletir e discutir sobre o seguinte questionamento: quais as possibilidades e limites de atuação dos profissionais orientados pela psicanálise no cotidiano dos serviços de saúde pública? Dito em outras palavras, como a ética da psicanálise pode encontrar espaço em dispositivos públicos de saúde?

5.2. A especificidade da psicanálise na saúde pública: possibilidades de inserção

Se para nosso referencial teórico clínica e política não são campos dissociáveis, o trabalho do psicanalista no SUS não se sustenta sem o seu entrelaçamento com a política e a ética. Aqui marca-se o ponto de encontro entre a ética da saúde pública (sujeito de direitos) com a ética da psicanálise (sujeito de desejos), visto a dimensão política do trabalho no SUS. A ética psicanalítica corresponde à política da falta, na qual o psicanalista se abstém de uma posição de poder para usar *o poder da palavra do sujeito*, dita do modo como pode-se dizê-la (DIAS, 2021).

Como apontado no primeiro capítulo, a ética para a psicanálise lacaniana é uma ética do desejo que refere-se no campo do Real. Assim, é uma ética não idealista, que foge da lógica humanitária e racionalizante, tal como presente na ética profissional da medicina. A ética psicanalítica não se enquadra na formação científica contemporânea, que divide o conhecimento e o sujeito por especialidades, mas sim, realiza uma verdadeira interdição nessas especialidades. O fazer psicanalítico refere-se a um saber daquilo que não se sabe, que diz respeito à lógica singular do inconsciente e do desejo, tomando o sujeito como guia de seu próprio

trabalho terapêutico. A práxis parte desta ética, que permite que o único saber que se sabe é aquele apontado pela fala do sujeito, pois é esta que guia e direciona uma análise.

Retoma-se que o campo da saúde mental no Brasil, da forma como se constitui atualmente, nasceu do movimento antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. No contexto em que surgiram novas possibilidades de atendimento e atenção à uma população marginalizada social e culturalmente, a psicanálise ocupa um lugar importante ao procurar reconstituir esta prática de atenção, propondo uma clínica do sujeito. Assim, se para o movimento da reforma psiquiátrica, uma clínica ampliada é atravessada pela noção do sujeito como cidadão, o saber psicanalítico adiciona a esta noção uma outra dimensão clínica: o sujeito do inconsciente, que não é um sujeito da razão e da vontade consciente.

De acordo com Meyer, numa instituição de saúde mental convivem, portanto, duas dimensões diferentes da clínica:

uma, que inclui a ideia de reabilitação psicossocial, tendo como referência central a questão da cidadania, e outra, a clínica psicanalítica, que valoriza prioritariamente o sujeito do inconsciente, implicando-o em suas escolhas e em sua forma de inserção no mundo (2016, p.110).

Pode-se pensar que, por mais que distintos, estes dois princípios clínicos compõem um tratamento em atenção psicossocial, que constitui a base dos serviços substitutivos da lógica manicomial presente em hospitais psiquiátricos: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, ao pensarmos na interlocução entre a psicanálise e a saúde mental pública faz-se necessário pontuar as contribuições da práxis psicanalítica no que diz respeito à construção de uma nova terapêutica para as psicoses. Num contexto institucional, a psicanálise ocupa um importante lugar ao valorizar a palavra e a produção delirante da psicose, na medida em que é assim que se pode decorrer a condição de sujeito.

Desde os textos freudianos entende-se o delírio psicótico como algo que não deve ser eliminado ou anulado, mas sim como uma produção subjetiva da psicose, valorizando o sujeito que advém nesse delírio. A conceituação de sujeito formulada

pela psicanálise implica em responsabilizá-lo por suas escolhas inconscientes, mesmo nos casos mais graves de psicose. Isto é fundamental para a construção e o desenvolvimento de uma clínica das psicoses e uma grande contribuição para o tratamento destes sujeitos nas instituições de saúde mental, na medida em que difere da noção hegemônica médica que coloca o sujeito como um objeto portador de uma moléstia. Portanto, a clínica psicanalítica das psicoses aposta na estrutura do sujeito e ao acompanhar e escutar os delírios que se apresentam, abre espaço para o sujeito emergir. Ancorada na valorização do sujeito e daquilo que é endereçado na relação transferencial ao analista, a psicanálise inaugura uma nova forma de se fazer e pensar a clínica das psicoses. É oferecido, assim, um espaço para a elaboração e construção de sentido para as formações delirantes e alucinatórias do sujeito.

Referida ao campo da saúde mental e tomando como ponto de partida o sujeito, a clínica da atenção psicossocial possibilita a compreensão das duas dimensões clínicas citadas anteriormente - clínica ampliada e psicanalítica. A escuta da singularidade marca o trabalho do psicanalista numa instituição ao permitir a transmissão de um discurso analítico, seja no espaço particular, seja no público (MEYER, 2016).

Ao adentrar o vasto campo da Saúde Pública, é imprescindível que o psicanalista ofereça sua escuta. Isto significa, como destacam Macedo e Falcão, que a relação analítica trata-se de uma relação de comunicação que abarca o ato de “escutar a palavra do outro e o de produzir palavras que viessem ao encontro dessa demanda e ajuda” (2005, p. 66, apud PRADO, 2016, p. 49). É somente ao escutar o outro que o analista abre novas possibilidades de compreensão do sofrimento humano, permitindo que este outro repense e reinvente sua história, produzindo e reproduzindo psiquicamente efeitos para tal (PRADO, 2016).

A fim de discutir sobre o questionamento de como incluir a psicanálise no campo da Saúde Mental Coletiva, Costa-Rosa (2019) introduz três pontos considerados essenciais, considerando que o campo tratado na presente pesquisa é nomeado pelo autor como saúde mental coletiva. Primeiramente entende que é necessária uma configuração institucional como campo possível para a inserção da psicanálise, incluindo ações que trabalhem, por exemplo, com a realidade psíquica,

através da mediação da realidade social subjetivada - o território, a instituição como dispositivo social e as disciplinas do trabalho. Ainda, assevera-se a caracterização do que o autor chama de um *trabalhador-intercessor*, portanto, aquele que procura superar os especialismos disciplinares presentes no campo da Saúde Mental Coletiva, buscando a *transdisciplinaridade* através da ética psicanalítica. Por fim, o autor apresenta alguns aspectos clínicos considerados principais como condição de possibilidade de uma clínica psicanalítica na Saúde Coletiva: o conceito de *acontecimentos-sujeito*, como aquilo que é específico dos modos como os sujeitos compareceram às instituições, e a especificidade da transferência ofertadas nas práticas profissionais multidisciplinares.

Ao pensar sobre a pertinência do trabalho da psicanálise na Saúde Coletiva, trivialmente têm-se como meta ampliar o campo de inserção e atuação da própria psicanálise e, para tal, é relevante analisar e discutir quais as circunstâncias deste novo território. Contudo, para além disso, torna-se importante entender quais as especificidades das *demandas* que chegam ao campo das instituições de Saúde Mental Coletiva:

"Basta dizer que os impasses, sofrimentos, enigmas, sintomas que interpelam os trabalhadores da SMC têm essencialmente a especificidade de uma "realidade psíquica" – aquela que Freud (1950 [1895]/1996) nomeou *Realität*: uma realidade que é feita de sentido (consciente e, sobretudo, inconsciente) e corpo pulsional (muito além, portanto, de qualquer realidade neuronal)." (COSTA-ROSA, 2019, p.4).

Muito do que se observa no trabalho na Atenção Básica aponta para um mal-estar cotidiano dos usuários, marcando um sintoma que coloca em cena o sujeito do inconsciente, evidenciando a necessária mudança destes com o laço social (FERNANDES, 2013). Nota-se na fala dos sujeitos uma queixa, um apelo de difícil compreensão para os atendimentos médicos tradicionais, pois tratam-se de "problemas dos nervos". No entanto, por trás destas verbalizações que insistem na mesma queixa, encontra-se uma multiplicidade de problemas nesta forma do adoecer mental tão disseminado nas classes trabalhadoras, visto que este adoecer é marcado por especificidades sócio-culturais (GOIDANICH, 2001).

Assim, o psicanalista nos serviços públicos de saúde, transforma em estranhamento o excesso de justificativas e explicações utilizadas pelo sujeito para desviar a atenção daquilo que ele não quer saber, o que permite potencializar os espaços instituídos para discussões e reflexões. Aquilo que é sintomático como a inércia, a irritabilidade, o afastamento e a violência pode ser questionado e interrogado pela equipe de saúde a partir de um outro lugar, com o auxílio do psicanalista (FERNANDES, 2013).

Para além disso, é visto que os usuários parecem buscar os serviços de saúde como quem busca um objeto, um produto que os tranquilizaria e que seria de fácil e rápida aquisição (GOIDANICH, 2001). Assim, afirma Aguiar e Victor (2011):

"Não basta restituir a saúde e o bem-estar, é fundamental que isso ocorra rapidamente. Não há tempo para se envolver com o seu mal-estar, buscar suas causas, construir novas maneiras de lidar com ele, responsabilizar-se. O objetivo não é procurar alternativas para a angústia inerente a todo ser humano, mas sim, comprar o seu antídoto". (p. 48)

De acordo com Goidanich (2011), entende-se, portanto, a saúde objetalizada pela cultura neoliberal, e sua desobjetalização apresenta-se como algo desafiador e de difícil ascensão, visto que a possibilidade de conviver com falhas e faltas intrínsecas ao ser humano não é algo suportado por uma sociedade cujo imperativo de felicidade grita mais alto. Diante da dificuldade de operar as demandas dos pacientes e este engodo neoliberal, resta o mal-estar e o fracasso das ações propostas pelos profissionais de saúde aos usuários. É neste momento que a psicanálise se especifica, pois oferece lugar e escuta ao que fracassa, não num sentido de transformar o mal-estar numa felicidade plena cumprindo assim os requisitos socioculturais, mas por que *o discurso analítico demonstra que na queixa, ainda sim, existe uma lógica de desejo e de satisfação* (FERNANDES, 2013).

Com isso, a direção da escuta psicanalítica será a de separar a alienação estrutural do sujeito ao discurso do Outro, da alienação do sujeito ao discurso sócio político hegemônico de seu tempo (ROSA et. al, 2017). A especificidade desta escuta em um espaço como o SUS caracteriza-se, deste modo, pela escuta do sujeito do inconsciente exaltada pelo desejo do próprio analista de fazer brotar este

sujeito e da criação de um laço transferencial entre analisando e analisante (ZUGNO et al., 2015).

Visto que o presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, entende-se como necessário realizar uma ilustração, através de um caso clínico, da experiência de um psicanalista dentro de um serviço público de saúde mental. O caso clínico selecionado é o "caso Daniel" pertencente à Junior e Besset (2012), que abordam em sua pesquisa as contribuições da psicanálise para a clínica no SUS. Dado sua riqueza de detalhes permitimo-nos realizar uma citação mais longa neste momento:

Daniel, assim nomeamos nosso pequeno paciente, chegou ao serviço com um ano e um mês de idade. Foi encaminhado por um neurologista com o pedido de avaliação psiquiátrica para confirmar a hipótese diagnóstica de autismo e, também, para receber medicação adequada, encaminhamento que parece obedecer à seguinte lógica: em busca de eficácia e rapidez, pede-se um diagnóstico e o remédio como solução para o problema.

(...) A partir dessas observações e de dados que fomos colhendo nos sucessivos atendimentos, foi possível colocar em questão outro fator, que não tinha sido considerado até aquele momento: os laços entre ele e a mãe, o modo como se estabeleceram, ou seja, a forma como essa criança respondeu ao desejo do Outro (...). Os dados clínicos indicam que Daniel responde do lugar de doente, lugar em que a mãe o situa em seu desejo. A mãe relata que sabia que o filho iria nascer doente, que alguma coisa a alertava para o fato de que aquele filho teria problemas.

O atendimento de Daniel envolvia também um momento de escuta de sua mãe. Depois de um tempo, ela pôde sair da posição de ser a mãe de uma 'criança doente' para a de uma mulher com questões a respeito de sua sexualidade, com dificuldades em seu relacionamento conjugal, questionando seu amor pelo marido. Durante muito tempo dormiu com o filho na cama, enquanto o marido dormia em um colchonete, no chão.

No entanto, em determinado momento do tratamento decidiu colocar Daniel para dormir no colchão e propôs ao marido que voltasse para sua cama. Ressaltamos que essa mudança de posição não foi fruto

de qualquer indicação pedagógica de arranjo familiar, mas pode ser tomada como indicio de uma mudança de posição subjetiva desse sujeito. Assim, no lugar de uma mãe completamente entregue aos cuidados com o filho, vislumbra-se uma mulher dividida entre a maternidade e o desejo de ser amada pelo marido.

Essa mudança não foi sem consequências para Daniel, pois, dentre outros sinais de melhora, as escoriações não mais retornaram. A psicanálise contribuiu para que seus “problemas de pele” não apontassem somente para um corpo biológico, que deveria ser examinado e medicado a cada nova apresentação sintomática. O acolhimento desse caso também envolveu uma escuta da família, interrompendo a procura por diversos serviços. Para isso foi preciso entrar em contato com esses e conversar sobre nossa avaliação e proposta de trabalho. Nossa suposição de que o movimento de ir a esses lugares só servia para que a mãe continuasse firmemente apegada aos sintomas do filho e não pensasse em si mesma encontra-se na base da orientação desse atendimento. Ressalta-se que a resposta à demanda inicial não se resumiu a oferecer prontamente o que era pedido pelos outros profissionais, a saber: diagnóstico e medicação (p. 531-532).

No caso apresentado é possível notar como a abordagem psicanalítica faz oposição ao lugar do profissional da saúde como mestre, o qual, numa posição de saber, já teria o conhecimento de antemão sobre o modo certo para se conduzir o caso. Pode-se dizer que a atuação dos psicanalistas também fez oposição a uma postura “pedagógica”, na qual se ensinaria a mãe como lidar com seu filho. Ao acolher as demandas e as queixas de Daniel e sua mãe, os psicanalistas deste serviço de saúde não respondem a esta demanda, mas sim, direcionam o tratamento no sentido do estabelecimento da transferência. Somente deste modo a escuta do sofrimento daqueles que procuram o serviço pode fazer emergir um sujeito dividido, que possui um saber sobre algo que não sabe.

Pode-se dizer que dar espaço ao “não-sabido” constitui-se como uma das grandes contribuições do trabalho de um psicanalista numa equipe multidisciplinar em saúde mental - equipe fortemente marcada pelo discurso médico tradicional que frequentemente se defronta com demandas de respostas rápidas e soluções eficazes (JUNIOR & BESSET, 2012).

5.3. Os desafios ético-políticos

Diante do contexto contemporâneo em que se tolera cada vez menos o sofrimento decorrente das frustrações inerentes à vida, as equipes de saúde possuem demandas de soluções rápidas e efetivas às mazelas e lutos vividos. Aqui, encontra-se um dos grandes desafios do psicanalista em serviços de saúde, pois, guiados por uma ética referenciada no singular e no desejo do sujeito, aponta para o furo deste discurso de eterno progresso e desse ideal de felicidade plena, tanto buscado pela ciência médica. Portanto, um dos grandes conflitos de uma equipe de saúde em relação a práxis psicanalítica é justamente o descrédito de um maravilhoso progresso científico e de soluções rápidas para o sofrimento psíquico.

Deste modo, trabalhar em serviços de saúde pública sob o referencial da ética psicanalítica significa, segundo Victor (2009, p. 62): "marcar um ponto de limite a essa lógica normativa e generalizante dos indivíduos. É criar e ofertar um lugar que propicie o sujeito a rever seus posicionamentos diante dos conflitos que o afligem". O discurso do analista se afirma no território estrangeiro de uma instituição de saúde pública na medida em que se sustenta esta proposta ética da psicanálise.

Mas, como já afirmado, marcar esta diferença de discursos implica obviamente em lidar com o ônus das críticas vindas dos profissionais da equipe de saúde e também de alguns pacientes. O que observa-se, porém, é que na medida em que os efeitos proporcionados pelo processo analítico vão tornando-se consistentes, tanto para os pacientes em trabalho analítico quanto para os profissionais, a resistência tida à psicanálise vai se esmaecendo. Assim entende-se que o único modo de se afirmar que é possível fazer psicanálise numa instituição de saúde mental pública, é sustentando sua própria ética.

O que há de inaugural no trabalho psicanalítico é justamente marcar a distinção entre o ensino do e sobre o inconsciente dos preceitos da antiga sabedoria a respeito da saúde, na medida em que rejeita-se qualquer fórmula que promova o sujeito a atingir um "bem-estar". Por isso, o psicanalista não responde e nem corresponde às demandas da equipe de "corrigir" determinadas inadequações comportamentais dos usuários. O psicanalista terá interesse sobre a relação do

sujeito com seu desejo e sobre o modo como pode direcioná-lo a se implicar dele, para que o paciente possa, a partir de sua verdade inconsciente, decidir por si próprio. Também é tarefa desafiadora do psicanalista mostrar à sua equipe que a demanda de um paciente muitas vezes não irá coincidir com seu desejo (por exemplo, de que o desejo da anoréxica seja ganhar peso) e que, por isso, a clínica analítica não pode se colocar à serviço do saber e tratamento médico (VICTOR, 2009).

Ao inserir-se no campo da saúde mental a psicanálise ganha espaço numa instituição transformada, composta por diferentes saberes e disciplinas, e marcada pela quebra da hegemonia do saber médico e pela multidisciplinaridade de uma equipe. Assim, Meyer aponta um dos desafios da inserção do psicanalista neste espaço:

(...) localizamos um conflito que diz respeito ao fato de, na instituição, a psicanálise operar como mais uma especialidade junto as outras especialidades/disciplinas, ao mesmo tempo em que escapa deste lugar “especialista”, justamente por ser constituída por uma ética da diferença, da singularidade (2016, p.109)

A especificidade da psicanálise é a sustentação de um lugar cuja escuta do sujeito do inconsciente é soberana, posição pela qual o psicanalista é eticamente responsável. Contudo, a problemática encontrada é justamente a dificuldade dos profissionais que trabalham nas instituições de saúde mental em escutar o sujeito. Trata-se, portanto, de reconhecer as diferenças entre ambas as práticas: a da instituição e a do tratamento orientado pela psicanálise. É somente a partir da diferença inerente entre estes dois campos que pode-se pensar em construir um trabalho clínico que potencialize o tratamento.

O psicanalista inserido numa instituição de saúde enfrenta algumas dificuldades ao atuar num campo que o coloca num lugar diferente, afastando-se por vezes da ética psicanalítica proposta a um dispositivo analítico. A própria especificidade e complexidade do tratamento das psicoses leva o psicanalista a ampliar sua atuação, fazendo valer o uso de outros dispositivos e saberes. Assim, numa instituição o psicanalista escuta o sujeito não apenas no âmbito individual, mas coletivo, social e cultural (MEYER, 2016).

A excessiva consideração pela singularidade e pelo subjetivo, movimento invariavelmente apontado pela psicanálise, constitui o cerne imprescindível com o qual as ações universalistas do SUS precisam dialogar, para que seja possível recolocar em movimento o desejo de realizar algo inédito e assim evitar a estigmatização do sujeito em sua própria história (FERNANDES, 2013). Constata-se que a ética da psicanálise afirma o singular e o diferente em detrimento desta normatização colocada pela política e, como afirmam Victor e Aguiar (2011), realizar este contraponto na instituição de saúde significa, muitas vezes, arcar com o fardo da resistência de toda uma equipe multiprofissional, visto que ressalta o estranhamento e mesmo a resistência ao discurso analítico.

Ao criticar o modelo biomédico predominante na assistência à saúde, Campos (2007, p. 63 apud ZUGNO et al., 2015, p. 37) assevera que a clínica médica fundamenta-se na concepção de que só é possível compreender e realizar alguma intervenção sobre os processos de saúde e doença a partir da razão e lógica consciente. Neste sentido, reina a ideia tutelar de um atendimento clínico que visa prever e controlar os rumos da saúde daquele paciente de modo que: *“o sujeito aí é privado de razão e vontade em prol da descrição fisicalista do modo como se apresenta,”* (FIGUEIREDO, 1997, P.63).

Para este impasse, Moretto (2021) elucida o desafio do psicanalista nas instituições de saúde em saber diferenciar sofrimento e sintoma, de modo que existe uma tendência institucional em patologizar o sofrimento, transformando-o em sintoma. Assim, se faz necessária a compreensão de que o sofrimento é algo intersubjetivo, na medida em que pode se transformar ao ser falado para alguém, ao ser escutado e reconhecido por outrém, o que não ocorre necessariamente com o sintoma. Considerando que a tendência do discurso institucional, orientado pelo saber biomédico, é transformar casos clínicos em quadros clínicos, seria tarefa do psicanalista reverter este cenário de modo a devolver ao *quadro clínico* a dignidade de um *caso clínico* (MORETTO, 2021).

Em consonância, Costa-Rosa (2011) aponta para a ausência da participação do sujeito em seu próprio processo de adoecer, revelando uma objetificação do usuário referente ao modelo médico disciplinar "sujeito-objeto" e "doença-cura". O autor defende, com base nas diretrizes do Sistema único de Saúde e da ética

psicanalítica, que o sujeito do sofrimento e de desejo é o eixo central e o principal trabalhador do processo de produção de "saúde subjetividade". Radicaliza-se que o sujeito de sofrimento psíquico localiza-se em seu trabalho subjetivo a partir do momento em que busca pela Atenção nas instituições destinadas a este fim (COSTA-ROSA, 2011).

Mais, Aguiar e Victor (2011) propõem que uma instituição seja orientada por um significante-mestre da civilização - como por exemplo, no caso dos ambulatórios, este é o saber médico. Neste sentido, o psicanalista não deve se colocar à serviço tampouco se impor à esta lógica, mas sim, encontrar meios para que se possa furar o significante da instituição, na medida em que o significante-mestre que deve sustentar é o sintoma do sujeito (AGUIAR; VICTOR, 2011). Concomitantemente, o trabalho analítico deve considerar os discursos sociais e o modo como operam as relações de poder sobre aqueles usuários deste serviços que são, em sua maioria, marginalizados (ROSA et. al, 2017).

Pode-se afirmar que a psicanálise segue na contramão do discurso médico hegemônico presente na maioria dos serviços de atenção básica e ambulatoriais ao defender a impossibilidade de erradicação do sofrimento, apostando na singularidade dos sujeitos e marcando um ponto de resistência à concepção de um paciente passivo, alienado, a-histórico e desprovido de saberes sobre si mesmo (AGUIAR; VICTOR, 2011). Entende-se, portanto, ser indispensável a construção de uma clínica psicanalítica dentro dos serviços de saúde pública que considere os sujeitos desamparados também do ponto de vista discursivo, levando em conta as inúmeras desigualdades presentes num país como o Brasil (ROSA et al, 2017).

Deste modo, é inegável a existência de um tensionamento ético do psicanalista nas equipes multiprofissionais de saúde, no sentido de existirem diferentes concepções de sujeito e diferenças epistemológicas que, mesmo assim, devem produzir algo em comum em seu trabalho. A dificuldade reside no fato da articulação dos campo bio, psico e social também demandar um acordo ético, não se tratando aqui de se constituir uma totalidade e fazer Um, mas, ao contrário, de fazer as diferenças conviverem. O que se propõe como possibilidade para a inserção da psicanálise nestas equipes multi é que cada integrante possa direcionar suas ações de saúde a partir da escuta singular das demandas de cada sujeito que

se dirige ao serviço. Desta maneira, o que permite que saberes tão distintos como a psicanálise e a medicina operem conjuntamente são as suas diferenças e estas são éticas, metodológicas e discursivas, mas o sujeito que está sendo tratado e cuidado é o mesmo (RIBEIRO, 2009; MORETTO, 2021).

Ao sustentar a clínica dentro de uma instituição pública de saúde mental à luz desta ética - que difere-se de uma moral assistencialista a qual supõe-se saber o que aquele sujeito demanda e deseja - sustenta-se, também, um fazer político. Isto pois, o sujeito é introduzido em um processo que pretende reconstruir as formas de assistência pública à saúde mental, a partir de outras referências que por vezes estão deturpadas pelas demandas institucionais. Neste sentido, o trabalho do psicanalista no campo da saúde mental pode ser entendido não apenas pela radicalidade de sua ética, mas também por seu campo político (RINALDI & ALBERTI, 2009).

É importante pontuar que o psicanalista fala de um determinado lugar e de uma posição discursiva ética, porém facilmente pode entrar como que num discurso histórico: como algo que falta aos médicos e à equipe de saúde, como um discurso-mestre, no lugar de ideal. O analista precisa ser apenas *mais um* e não o *mais* da equipe saúde e por isso é importante manter as diferenças discursivas, por mais que ética e epistemologicamente contraditórias. Torna-se necessário ter como premissa a extração das diferenças e o lugar para elas no trabalho com a saúde pública. (DIAS, 2021; MORETTO, 2021).

Assim, um dos desafios do psicanalista nos diferentes dispositivos de saúde pública é criar possibilidades de intersecção entre o saber do analista e o saber médico, visto que tratam-se de línguas diferentes. O caminho, talvez, seja apostar numa tradutibilidade entre línguas capaz de reconhecer que aquele real determinado por cada língua envolve uma resistência ao traduzível e que uma não pode ser reduzida a outra. Isto pois, diferentemente do médico, ao psicanalista interessa a relação do sujeito com o seu desejo, marcar e apontar a diferença entre seus desejos e suas demandas e rejeitar qualquer Ideal ou fórmula que coloque-o próximo de um ideal ou fórmula de um suposto "bem-estar". Isto pois, a língua do psicanalista é o inconsciente, apostando na soberania deste sobre a consciência (VICTOR, 2009).

Mesmo diante das diversas dificuldades impostas, é possível a efetividade de uma contribuição do trabalho do psicanalista nestas instituições:

"Dito de outra maneira, a psicanálise não se opõe aos avanços da ciência, até porque seria impossível negligenciar tais avanços. Entretanto, pode-se afirmar que, no seio da produção científica, os trabalhos se dividem entre os que incluem a interação com o Outro da linguagem nas determinações do sofrimento psíquico e os que negam ou tendem a negar esse ponto de vista." (AGUIAR & VICTOR, 2009, p. 45).

As políticas públicas em saúde mental, de acordo com Marino, assemelham-se a um objeto imaginário que teria a capacidade de promover a completude do sujeito, de tamponar a falta estrutural, trazendo uma satisfação plena à todos. Trata-se, portanto, de uma dinâmica social em que geram-se cada vez mais demandas por instituições de políticas públicas, o que escancara o impossível de se administrar e harmonizar as insatisfações públicas e privadas. Ao aproximar este objeto do discurso do mestre imaginiza-se um Estado que promete atender às satisfações e demandas de bem-estar e da felicidade.

A partir da teorização lacaniana, entende-se que o bem é aquilo interpretado pelo sujeito como sendo o que lhe falta e o que ele acredita que poderá completá-lo. Contudo, é justamente este bem que, paradoxalmente, o afasta de seu próprio desejo. É deste modo que a psicanálise orienta-se por uma ética guiada pela política da falta. Assim, marca-se novamente o tensionamento entre o campo psicanalítico e o campo de saúde mental nas instituições públicas:

as políticas públicas apresentam-se insuficientes à plena satisfação, inserindo-se imaginariamente como suposto remédio para saldar o mal-estar na civilização. Como sintoma disso, emergem não apenas as infundáveis demandas por mais políticas impossíveis de satisfazer, mas também, (...) um possível gozo contido em políticas que são feitas para que nada funcione, de modo que se mantenha a insatisfação (MARINO, 2018, p.102).

A princípio, no início do presente trabalho, acreditou-se que, apesar do tensionamento entre ambos, existisse uma confluência entre os dois campos aqui

trabalhados: a psicanálise e a saúde pública. A hipótese inicial é a de que haveria alguma convergência entre a ética psicanalítica lacaniana e a inserção do psicanalista nos dispositivos e instituições públicas de saúde. Contudo, a partir da revisão bibliográfica realizada verifica-se que esta confluência reside como algo mais intuído do que de fato num grande encontro, como desejaria-se que fosse.

Como visto no capítulo anterior, Lacan situou a ética em sua relação com a Lei, a qual constitui o desejo. Resgata e enfatiza a proposta freudiana de remeter o sujeito ao seu próprio desejo, sendo este vinculado à uma Lei que se apresenta como uma impossibilidade. Assim, a psicanálise é uma ética do Real que está em confronto com os idealismos que dizem respeito à uma ética do Bem Supremo.

Diante dos ideais da sociedade contemporânea - a total ausência do sofrimento e a rápida eliminação de todo mal-estar e angústia - a psicanálise, portanto, aponta para a impossibilidade de alcançar tais objetivos, oferecendo um outro caminho ético possível: o exato oposto destes ideais. Ao invés de prometer um fim à inquietação que habita no sujeito, a psicanálise preocupa-se em fazer com que este indague-se sobre seu conflito e implique-se de seu sintoma. Tomando o conflito psíquico como inerente à condição humana, o que a psicanálise espera é que o sujeito se responsabilize por este sofrimento.

Os dispositivos de saúde mental pública, como qualquer outra instituição, costumam refletir os ideais e valores da sociedade em que se está inserido. Portanto, esta crença numa resolutividade de qualquer sofrimento ou mal-estar, é o que se espera de um trabalho psicoterapêutico nestas instituições, por melhor se adequar ao discurso hegemônico (VICTOR, 2009).

Com isso, é possível afirmar que o levantamento bibliográfico realizado neste estudo não encontrou algo tão consistente que relacionasse a ética da psicanálise dentro do campo da saúde pública, contudo, foi possível realizar como que um inventário dos encontros e desencontros entre estes dois campos. Afirmar que o achado da presente pesquisa pode indicar que as discussões sobre saúde pública em psicanálise não tem sido feitas ou publicadas à luz do Seminário 7, de maneira nenhuma significa afirmar a impossibilidade do psicanalista de trabalhar num dispositivo público de saúde a partir de sua práxis. Significa que este fazer é

possível e é eficaz, como discutido ao longo deste segundo capítulo, pois são dois campos que conversam parcialmente entre si, porém, existe um horizonte paradoxal e de diferenças entre ambos.

Deste modo, a ética da psicanálise, que aponta para a singularidade do sujeito e consiste em remeter o sujeito à verdade sobre seu desejo, tem a importância de guiar o psicanalista neste desafio de viabilizar seu trabalho num terreno epistemologicamente diferente do seu. Como afirma Meyer (2016):

A questão não é saber se a psicanálise pode ser praticada na instituição, mas sim, pensar como o discurso analítico pode ser útil à clínica institucional, orientando o tratamento. O analista não deve se excluir ou reivindicar um estatuto especial na instituição, pois seu desejo não se limita à cura. O desejo do analista é o de fazer operar a psicanálise, o discurso inconsciente (p.112).

6. Considerações finais

O presente trabalho de conclusão de curso teve como principal objetivo discutir acerca das possíveis articulações entre o trabalho do psicanalista na saúde pública e a ética psicanalítica. Através de uma revisão bibliográfica, buscou-se investigar sobre a especificidade da escuta psicanalítica nestes espaços tendo em vista a fundamentação ética da psicanálise. Ainda, objetivou-se pesquisar quais os desafios éticos e políticos enfrentados pelo psicanalista ao inserir-se num dispositivo público de saúde. Assim, nestas considerações finais, pretende-se retomar o problema da pesquisa e demonstrar como ele pode ser desenvolvido ao longo deste estudo.

No capítulo inicial do trabalho, realizou-se uma fundamentação ética e política da psicanálise a fim de discutir-se a psicanálise extra-muros, ou ampliada, para viabilizar uma reflexão sobre os possíveis desdobramentos da psicanálise na pólis. Recorreu-se, portanto, ao Seminário VII de Lacan e a alguns de seus principais comentadores, o que permitiu a discussão acerca dos pontos mais relevantes do Seminário, como a conceitualização de *Das Ding* e a tragédia de Antígona. Esta fundamentação teórica permitiu demonstrar que a ética lacaniana refere-se à uma política da falta estrutural inscrita na determinação simbólica do sujeito, que o impede de acessar *Das Ding*. Uma ética que não cede ao desejo, como nos mostra a tragédia de Antígona, mas trabalha a partir dele, afastando-se das obrigações e dos mandamentos morais.

Ao tratarmos da psicanálise implicada social e politicamente, procurou-se discutir acerca dos desdobramentos desta ética psicanalítica na sociedade e na política. Os trabalhos de Broide, Rosa e Dunker nos auxiliaram a pensar numa clínica ampliada e implicada social e politicamente, ao relacionarmos o trabalho do psicanalista às urgências sociais e ao sofrimento sociopolítico expresso por grande parte da população brasileira. Foi visto como o trabalho do psicanalista pode efetuar-se na pólis, fora de um setting tradicional, e que esta atuação implica num fazer político do psicanalista.

Tais apontamentos e discussões trazidas neste primeiro capítulo permitiram o ingresso deste trabalho no campo da saúde pública. Assim, no segundo capítulo procurou-se pontos de confluência (ou não) entre o campo da saúde pública e o da psicanálise, tendo em vista a especificidade do trabalho analítico, a radicalidade de sua ética e os desafios da atuação de profissionais orientados por essa práxis em dispositivos de saúde pública.

Recorremos aos textos de Costa-Rosa, Prado e Fernandes para ilustrarmos aquilo que a psicanálise possui de específico na clínica da saúde pública e como se dá, apesar dos tensionamentos intrinsecamente presentes, sua inserção numa instituição de saúde. Ao adentrar num campo que funciona a partir de outra lógica, o psicanalista possui a tarefa de fazer trafegar por aquele dispositivo o discurso do inconsciente e fazer valer um sujeito do inconsciente para toda uma equipe de especialistas.

A partir dos estudos abordados, verificou-se como a prática profissional psicanalítica pode ser efetuada num dispositivo público de saúde, ao marcar invariavelmente a singularidade de cada sujeito lá acompanhado. A psicanálise, na contramão da ciência médica tradicional, oferece um lugar de escuta àquilo que falha e que fracassa levando em conta que em um sintoma existe uma lógica desejante e de satisfação, e que, portanto, a direção do tratamento não é pensada num sentido de transformar o mal-estar em felicidade plena. Foi visto como o discurso analítico opõe-se ao lugar do profissional da saúde num discurso de mestre, o qual já parece saber de antemão aquilo que o sujeito necessita para cessar seu padecer. Ainda, ilustrou-se, com um caso clínico, a importância da escuta analítica e deste "não-saber" sobre o sofrimento do sujeito como forma de tratamento.

Na segunda parte deste capítulo, abordou-se, a partir dos trabalhos de Moretto, Victor e Dias, alguns desafios encontrados pelo psicanalista no que diz respeito à sua ética e sua política dentro do campo da saúde pública. Encontramos que, em termos éticos, estes dois campos possuem mais incompatibilidades do que aproximações, tendo em vista que as leis que regem e direcionam o trabalho analítico são as leis do desejo inconsciente, diferentemente de uma instituição pública de saúde a qual serve às leis de um Estado. Existe, portanto, uma tensão

incontornável nesta pesquisa. Contudo, entendeu-se que apesar das divergências e dos desafios presentes na articulação entre estes dois campos, existem espaços possíveis para fazer valer o trabalho psicanalítico a partir da ética lacaniana no campo da saúde pública.

Enquanto limites encontrados na realização deste estudo pontua-se que devido ao tempo de um ano e meio para a realização desta pesquisa e levando em conta o que se esperava no início deste trabalho de conclusão de curso, entende-se que a pesquisa encontrou algo que era diferente de sua hipótese inicial. No início, esperava-se articular com maior consistência o campo da saúde pública e o da ética psicanalítica, contudo, esta articulação não pode ser encontrada de modo tão compatível a partir da literatura que foi revista.

Poderiam ter sido consultados mais trabalhos que articulem saúde pública e psicanálise e que tratem da clínica ampliada, tendo em vista outras produções de Maria Lívia Moretto como o artigo "Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde" e obras de Emília Broide e Jorge Broide como "A pesquisa psicanalítica e a criação de dispositivos clínicos para a construção de políticas públicas". Outros autores que não puderam ser abordados, porém desejou-se revisar a bibliografia visto a proximidade de tais autores com o tema foram Raul Albino Pacheco, Paulo Bueno e Luciano Elia. Além disso, mais textos de Freud poderiam ter sido abordados, em especial, os textos em que o autor implica a psicanálise na sociedade como "O mal-estar na civilização" e "Psicologia das massas e análise do eu". As articulações entre a luta antimanicomial, o movimento da Reforma Psiquiátrica e a psicanálise também foram pontos que poderiam ter sido mais desenvolvidos.

Deste modo, pode-se dizer que uma pesquisa se finaliza também com outras interrogações e perspectivas futuras, buscando dar uma continuidade ao trabalho aqui iniciado. Por exemplo, poderia ser realizada uma pesquisa na qual alguns psicanalistas que trabalhem em serviços de saúde pública fossem entrevistados acerca de seu trabalho e sua articulação com a ética da psicanálise. Acredita-se que este tema ainda está sujeito a muitos desdobramentos para futuros trabalhos, na medida em que novas indagações foram surgindo ao longo da pesquisa. Será que, inserido em outras instituições que não de saúde, sejam públicas ou não, o

psicanalista também se depara com este tensionamento ético e político? E em que medida esta tensão e as diferenças inerentes entre estes dois campos (saúde pública e psicanálise) pode estar relacionada ao modo de funcionamento capitalista e neoliberal?

7. Referências

ABRÃO, J. L. F. (2011). As contribuições de Júlio Pires Porto-carrero à difusão da Psicanálise de crianças no Brasil nas décadas de 1920 e 1930. *Memorandum*, 20, pp. 123-134. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/126936/ISSN1676-1669-2011-20-123-134.pdf?sequence=1>. Acesso em: 1 mai 2022.

AGUIAR, Fernando. **Questões epistemológicas e metodológicas em psicanálise**. In: J. psicanal. v.39 n.70. São Paulo, 2006.

AGUIAR, F.; VICTOR, R. A Clínica Psicanalítica na Saúde Pública: Desafios e Possibilidades. *Psicol., Ciênc. Prof*, Brasília, v. 31, nº 1, p. 40 - 49, ago. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000100005>>. Acessado em: 10 jun. 2021.

ANTÍGONA. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Ant%C3%ADgona_\(S%C3%B3focles\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Ant%C3%ADgona_(S%C3%B3focles))>. Acesso em: 7 nov. 2020.

BROIDE, J. A clínica psicanalítica na cidade. In: *Psicanálise nos espaços públicos*, 2019a, São Paulo. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, **2019a**. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise_espacos_publicos.pdf> . Acesso em: 29 nov. 2021.

BROIDE, E. E. A psicanálise nas situações sociais críticas: escutar, habitar, existir. In: *Psicanálise nos espaços públicos*, 2019b, São Paulo. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, **2019b**. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise_espacos_publicos.pdf> . Acesso em: 29 nov. 2021.

BROIDE, J. A construção de dispositivos clínicos nas urgências sociais. In: *Psicanálise nas situações sociais críticas*, 2021, São Paulo. Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=mJ56ttAp4xQ&t=290s>>. Acesso em: 16 nov. 2020

COSTA-ROSA, A. Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Saúde e Sociedade* [online]. 2011, v. 20, n. 3, pp. 743-757. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300018>>. Acesso em: 21 set. 2021

COSTA-ROSA, A. *Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. Ed. Unesp, São Paulo: 2013.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan?. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 18, n. spe, p. 37-54, dez. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-9044201900020004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 set. 2021.

CHAVES, W. C. O estatuto do real em Lacan: dos primeiros escritos ao seminário VII, a ética da psicanálise. *Paidéia* (Ribeirão Preto) [online]. 2006, v. 16, n. 34 [Acessado 19 Outubro 2021], pp. 161-168. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000200004>>.

DANTO, E. A. *As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social, 1918-1938*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.

DELGADO, P. G. Subjetividade do Consumo de Álcool e Outras Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras. In: *Seminário: O consumo de álcool e outras drogas: subjetividade e políticas públicas no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2010, p. 35-45. Disponível em: <<http://www.pol.org.br>>. Acesso em: 8 jun 2021.

DIAS, A. C. Desafios ético-políticos do psicanalista nas instituições. In: *II SEMANA DE PSICANÁLISE DA PUC-SP, 2021*, São Paulo. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=VJvpb0Oqo40>>. Acesso em: 1 set. 2021

DUNKER, C. I. A psicanálise nos espaços públicos. In: Psicanálise nos espaços públicos, 2019, São Paulo. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2019. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/Psicanalise_espacos_publicos.pdf> . Acesso em: 29 nov. 2021.

ÉTICA. In: MICHAELIS Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Brasil: Editora Melhoramentos Ltda., 2021. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/%C3%A9tica/>> . Acesso em: 26 out. 2021.

FERNANDES, A. V.. Contribuições da ética da psicanálise para a política pública de saúde. **A peste**, São Paulo, v. 5, nº 2, p. 67 - 79, jul/dez. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.5546/peste.v5i2.27933>>. Acesso em: 7 jun. 2021.

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1918). In: FREUD, S. Uma neurose infantil e outro trabalhos (1917 - 1919). São Paulo: Imago, 2006.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. Disponível em: <<https://pdfslide.tips/documents/ana-c-figueiredo-vastas-confusoes-e-atendimentos-imperfeitos-a-clinica.html>>. Acesso em: 20 set. 2021.

GARCIA, Luiz Fernando Botto. **Despertar do real**: a invenção do objeto a. 2015. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. doi:10.11606/D.8.2016.tde-22082016-111115. Acesso em: 2021-10-27.

GASPAR, T. R. O sentimento de culpa e a ética em psicanálise. **Psychê (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 20, p. 47-65, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-1138200700010004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 out. 2021.

GOIDANICH, Márcia. Saúde mental na rede pública: possibilidade de inserção psicanalítica?. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 26-33, dez. 2001. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-9893200100040004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2021.

JUNQUEIRA, C.; COELHO Jr., N. E. Considerações acerca da ética e da consciência moral nas obras de Freud, Klein, Hartmann e Lacan. **Psychê**, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 105-124, jun. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382005000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2021.

JUNIOR, A. M. *Ética da psicanálise e desejo do analista: bases conceituais do desejo do analista na ética do Seminário VII de Lacan*. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/VCSA-7NXJYB>>. Acesso em: 3 nov. 2021.

JUNIOR P. M. & BESSET V. **Psicanálise e saúde mental: contextualizando o atendimento às demandas**. *Psicologia USP* [online]. 2012, v. 23, n. 3 [Acessado 26 Maio 2022], pp. 523-538. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-65642012000300006>>. Acesso em: 20 mai 2022.

LACAN, J. (1959 - 1960) *O seminário*, livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LIMA, Rafael Alves. **A Psicanálise na ditadura civil-militar brasileira (1964-1985): história, clínica e política**. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. doi:10.11606/T.47.2021.tde-12082021-220350. Acesso em: 2022-05-08.

MARINO, Adriana Simões. **A psicanálise frente aos impasses nas políticas públicas: entre bem-estar e mal-estar social**. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. doi:10.11606/T.47.2019.tde-29012019-183801. Acesso em: 2022-05-08.

MEYER, G. A psicanálise na instituição de saúde mental. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 22, p. 108- 21, out. 2016. Disponível

em:<http://www.isepol.com/asephallus/numero_22/pdf/10-A_psicanalise_na_instituicao_de_saude%20mental.pdf>. Acesso em 10 abr. 2022.

MEZAN, Renato. Pesquisa em Psicanálise: Algumas reflexões. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 39, n. 70, jun. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100015&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 16/03/2022.

MORAL. In: MICHAELIS Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Brasil: Editora Melhoramentos Ltda., 2021. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/moral/>>. Acesso em: 26 out. 2021.

MORETTO, M. L. T. Desafios ético-políticos do psicanalista nas instituições. In: II SEMANA DE PSICANÁLISE DA PUC-SP, 2021, São Paulo. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=VJvpb0Oqo40>>. Acesso em: 1 set. 2021

OLIVEIRA, Carmen Lucia Montechi Valladares deA historiografia sobre o movimento psicanalítico no Brasil. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]. 2002, v. 5, n. 3 [Acessado 1 Maio 2022] , pp. 144-153. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-47142002003012>>. ISSN 1984-0381. <https://doi.org/10.1590/1415-47142002003012>.

PRADO, J.F. M. **O psicanalista na saúde pública**: uma prática do trabalho em equipe. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <[doi:10.11606/D.47.2016.de-20092016-172428](https://doi.org/10.11606/D.47.2016.de-20092016-172428)>. Acesso em: 22 set. 2021

RAMOS, C. A. *Da promessa ao exercício resignado do gozo: a ideologia como encenação*. Conferência de lançamento da Revista A Peste, março, 2012. Acesso em: 7 abr. 2021.

RIBEIRO, Eduardo E. M. A psicanálise nas instituições: clínica e política. In: *Boletim da Saúde*, Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública, v. 23, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/2921/a-psican%C3%A1lise-nas-insti>

[tui%C3%A7%C3%B5es:-cl%C3%ADnica-e-pol%C3%ADtica>](#). Acesso em: 20 set. 2021

RINALDI, D. L.; ALBERTI, S. (2009). Psicanálise, Saúde Mental e Universidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia, pp. 533-545. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v9n2/v9n2a18.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2022.

ROSA, M. D. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Mal- Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 329 - 348, set. 2004. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/1509>>. Acesso em: 10 mai. 2022.

ROSA, M. D.; ESTÊVÃO, I. R.; BRAGA, A. P. M. CLÍNICA PSICANALÍTICA IMPLICADA: CONEXÕES COM A CULTURA, A SOCIEDADE E A POLÍTICA. *Psicologia em Estudo*, v. 22, n. 3, p. 359-369, 24 set. 2017.

ROSA, M. D., *Sofrimento sociopolítico, Silenciamento e a Clínica Psicanalítica*. 2019. 24f. Prova pública de erudição para obtenção do cargo de professor titular - Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019. Acesso em: 7 abr. 2021

SANTORO, V. C. Clínica psicanalítica e ética. **Reverso**, Belo Horizonte , v. 28, n. 53, p. 61-66, set. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952006000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 out. 2021.

VELOSO, C. Cajuína. Rio de Janeiro: Polygram Studios, 1979, disco vinil.

VICTOR, R. M. Da viabilidade da clínica psicanalítica no ambulatório público. 2009. 78 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Pós- Graduação em Psicologia , 2009. Disponível em <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/92371>>. Acesso em: 21 set. 2021

WENDLING, M. M; COELHO, D. M. Do “não ceder de seu desejo” ao “bem-dizer o desejo”: considerações acerca da ética em Lacan. *Fractal : Revista de Psicologia*

[online]. 2016, v. 28, n. 1, pp. 139-145. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0292/1045>>. Acesso em: 19 out. 2021.

ZUGNO, D. S.; MAFALDA, D. R. da S.; MARTINS, R. V.; UBESSI, L. D. A CLÍNICA PSICANALÍTICA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL DO SUS. Revista Contexto Saúde, [S. l.], v. 15, n. 28, p. 32–40, 2015. DOI: 10.21527/2176-7114.2015.28.32-40. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/2520>. Acesso em: 20 set. 2021.