

Fragmento de experiência em uma clínica psiquiátrica: a posição do analista e o imperativo do capital

Denise de Fátima Pinto Guedes

Maria Cristina Poli

Ao analista resta o lugar de *santo*, não por fazer caridade, mas justo o oposto, ocupando o lugar de *dejeto*. É assim que Lacan se refere à posição do analista. Em “Televisão”, de 1974, ao ser questionado sobre qual seria a posição do analista em relação aos trabalhadores de saúde mental, que *aguentam toda a miséria do mundo*, Lacan aponta que aguentar a miséria é entrar no discurso que a condiciona (o discurso do mestre), nem que seja para protestar contra ela, e que, ao denunciar o discurso, você pode reforçá-lo ou aperfeiçoá-lo (LACAN, 1974/1993). A essa miséria Lacan relaciona o discurso do capitalista. Desse modo, qual seria a posição possível de um(a) analista em uma instituição psiquiátrica?

A presença do analista nas instituições tem se consolidado desde a implementação das políticas de saúde mental no Brasil, não sem mal-estar e nem sem um constante questionamento sobre a prática possível neste contexto. A aplicabilidade da Psicanálise fora do consultório já era prevista por Freud como um serviço a ser realizado à saúde pública dada a dimensão do sofrimento psíquico na população, apostando que, para isso, os analistas teriam a responsabilidade de adequar a técnica às novas condições, sendo necessária a preservação dos elementos fundamentais (FREUD, 1919 [1918]/2017). Rinaldi, retomando “A proposição de 9 de outubro de 1967” de Lacan, chama atenção para o fato de que há um vínculo indissociável entre a “psicanálise em intenção” e a “psicanálise em extensão”, “evidenciando a lógica do discurso analítico, onde externo e interno se entrecruzam, na medida em que não há sujeito sem o Outro” (RINALDI, 2000, p.2). Ou, nas palavras de Freud, “a psicologia individual é também, desde o início, psicologia social” (FREUD, 1921/2011, p.14).

Começamos com um relato de caso. Lúcia¹ chega ao hospital-dia, por conta de graves crises de angústia que a impediam de trabalhar e sair à rua. É acompanhada sempre pela mãe ou pela irmã. Nas primeiras vezes, se apresenta muito inquieta e com diversos sintomas ansiosos, tendo que ser amparada, ora por técnicos, ora pela própria analista.

¹ Nome fictício

Lúcia trabalha como gerente em uma distribuidora e relata ter funções acumuladas pela falta de funcionários, além da presença de um supervisor que *implica muito com ela*. Em casa, descrevia um casamento em crise, se queixando *que seu marido havia mudado muito e que achava que ele não a amava mais*, se queixando também das mudanças que ela própria percebia em sua aparência com o passar dos anos. Afastada do trabalho, se considerando doente por frequentar uma clínica psiquiátrica, ganha a atenção do marido e da família materna, situação de importância em seu discurso.

Com o tempo, os momentos de angústia vão cedendo e dando lugar a uma fala sobre o que queria mudar em sua vida e sobre a vontade, apesar do medo, de voltar a trabalhar. Os ganhos que até então haviam se estabelecido não eram suficientes para a paciente. Uma reviravolta acontece quando, um dia, recebe a ligação do chefe, dizendo sentir sua falta e o quanto o seu trabalho era necessário na empresa. O pedido do chefe é trazido para analista e para o médico com satisfação, apontando que *o chefe sentia falta do trabalho dela*, mostrando até então um lugar que estava adormecido.

Houve um esforço por parte de seu médico para que ela continuasse o tratamento, do contrário, ia perder os benefícios ganhos, seja com o salário, seja com a medicação oferecida pelo plano e questiona se ela conseguiria fazer a manutenção do tratamento fora da clínica. Essa pergunta é também endereçada à analista, já que o médico acreditava que a paciente *voltaria para a clínica em um momento posterior mais adoecida*. A analista responde que não saberia dizer, mas que a paciente se apresentava segura de sua decisão. Lúcia rompe com seu médico, que apostava em uma transferência pela via dos benefícios, do ganho a mais, seja do dinheiro, seja das medicações, e responde a partir de sua posição histórica, que além de apontar o furo no que lhe era oferecido, inebriada pelo seu desejo, aquele que o chefe desvela, busca ser amada e reconhecida.

As questões e reflexões aqui levantadas foram vivenciadas no período de 2012 a 2016, em uma clínica psiquiátrica regulada pelas regras da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com presença de leitos para internação, portas abertas para emergências e hospital-dia, atendendo casos de psicoses, neuroses graves e dependência química. Aqui serão apresentados dois momentos institucionais que marcam a diferença com relação à clínica realizada nessa instituição.

Em um primeiro momento, a instituição mantinha cerca de 80 pacientes e uma equipe de trabalho constituída de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogas e psicanalistas com a formação de origem em psicologia. A instituição tinha a

proposta de oferecer um tratamento que privilegiasse o sujeito tanto em sua vertente de cidadão, quanto sujeito do inconsciente. Havia reuniões semanais que tratavam de assuntos diversos, reunindo os saberes para a *construção do caso*. Esse espaço de construção era corroborado pelo médico, este, marcado em seu percurso pessoal pelo discurso psicanalítico e sócio proprietário da instituição, exercia um papel de coordenação clínica do serviço, abrindo espaço para que, nas reuniões, os discursos ali presentes se mesclassem em prol de um saber. No dia-a-dia institucional, se torna claro que a abertura para a psicanálise se dava pelo reconhecimento de um limite no saber médico, carregando consigo, o significante de resolver o “impossível”, os casos de difícil manejo. É nesse lugar, daqueles que resolvem o que não tem jeito, que o grupo de trabalho em um primeiro momento é reconhecido. A partir de uma *transferência de trabalho* bem estabelecida, a equipe estava mais aberta a escutar os efeitos do inconsciente, seja no questionamento de sua própria ação, seja na escuta da singularidade de cada caso.

Ganhávamos um espaço de flexibilidade com ações que ultrapassavam os muros e introduções de elementos dentro do contexto institucional que permitiam a emergência de um sujeito até então apagado. As ações se desdobravam em situações diversas, como um acesso a internet em horas não convencionais, a presença de uma bateria (não sem mal-estar), além de saídas com os pacientes. Segue-se a direção lacaniana de se fazer *secretário do alienado*, atuando para *um tratamento possível*, de modo a construir um lugar e um sentido no mundo para o mesmo².

Assim, o trabalho na instituição obtinha efeitos a partir de duas sustentações necessárias para a circulação do discurso da psicanálise: *a construção do caso clínico* e o estabelecimento de uma *transferência de trabalho*³ em que o ato do analista é suportado. O um-a-um era a política infiltrada na instituição, *uma política da falta-a-ser*⁴.

O sucesso na direção do tratamento e nas intervenções nos momentos de crise chamaram a atenção para o trabalho realizado na clínica, fazendo com que houvesse o desejo de ampliação com vistas a *uma certa hegemonia do mercado na cidade*, o que inaugura um segundo momento institucional. Esse processo se deu a partir de uma tentativa de normatização, para maior controle seja da produção (incorporada na quantidade de atendimentos realizados), seja dos próprios pacientes (o horário que

² Termos introduzidos por Lacan em O Seminário, livro 3, as psicoses (1955-56).

³ Pontos essenciais trabalhados por Carlos Viganò em seu texto *A construção do caso clínico em Saúde Mental*, 1999.

⁴ Termo cunhado por Lacan em *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, 1958.

ficavam na clínica, os dias presentes, as atividades realizadas). Paralelamente aos processos, houve um crescimento da equipe e o chamado a uma especialização. Dessa forma, os psicólogos deveriam atender e não fazer oficinas, justificativas que iam de acordo com a hora-paga a cada profissional.

O espaço de escuta do paciente se encurta e é sobreposto pelo discurso do bem-estar, da cidadania, guiado por um contexto moral de reabilitação. Havia incessantes demandas por organização do serviço, seja através dos prontuários, da regularização de pontos ou da contagem de pacientes por psicólogo - questões que demonstram uma incitação à produção e ao *bom funcionamento* da instituição. Instalou-se um clima de *caça às bruxas* do tempo perdido, tornando o espaço para o ato e a transferência de trabalho fragilizados.

Claramente, as mudanças foram regidas pelo imperativo do capital. Mas não havia antes esse imperativo?

Lacan, em O Seminário, livro 17, *o avesso da Psicanálise* (1969/70), formaliza quatro discursos encontrados em sociedade, decorrentes de estarmos imersos na linguagem e que se estruturam a partir de S^1 (significante mestre), S^2 (Saber), $\$$ (sujeito dividido) e a (mais-de-gozar), em torno de quatro lugares: o agente do discurso, o outro a quem se dirige, a produção do discurso e a verdade que movimenta o discurso. Originários das profissões impossíveis nomeadas por Freud (1925), há, então, o discurso do mestre (ato de governar), o discurso universitário (ato de ensinar), o discurso da histórica (se fazer desejar) e o discurso do analista (psicanalisar). A partir da intervenção inconsciente, haveria um giro e uma circulação pelos discursos.

O que está em jogo no discurso é a forma de gozo do sujeito, gozo que é freado pelo enlace que ocorre na própria estrutura de linguagem. Portanto, o discurso se incluiria numa tentativa de frear o gozo, ao explicar, ao querer saber, se torna possível um corte, um limite no gozo mortífero e ilimitado da pulsão de morte. Consequências, também, da estrutura da linguagem, há, então, em todo discurso, uma impossibilidade, uma dimensão de fracasso, já que não é possível tudo representar; e uma dimensão de impotência, uma vez que não há relação entre a produção e a verdade. É essa diferença que dá base à radicalidade do saber em psicanálise.

O discurso do analista não tem privilégios quanto à impossibilidade e à impotência. Ele se institui pelo fato de que é o objeto a , que ocupa o lugar de agente, um objeto funcionando enquanto instrumento, que dirige o discurso fazendo-o operar. Esta

operação se dá através do ato do analista, suas intervenções, instituído em uma experiência de limite.

Lacan (1970) desenvolve um quinto discurso, o discurso do mestre moderno, vigente de forma predominante no momento histórico atual. O discurso capitalista em termos lógicos aponta para a ruptura dos laços, posto que ele se organiza a partir da subversão do discurso do mestre, em que o acesso do sujeito à verdade não está intermediado pelo outro. Assim, a forma como o discurso capitalista se apresenta incentiva, a partir de uma ilusão, a eliminação da castração, vivências de fantasias de completude, intensificação do individualismo e afrouxamento dos laços. Isso ocorre porque, em termos de significante, se no discurso do mestre haveria um Outro a quem demandar com relação a sua falta, demandar uma verdade e se dar conta da impossibilidade envolvida nas relações e de uma impotência com relação à verdade, no discurso do capitalismo esse circuito não pode ser realizado e o sujeito se encontra enlaçado ao objeto de consumo (DIAS, 2017).

É através do discurso do psicanalista e sua relação com o discurso da histeria que obtemos a passagem entre um discurso e outro, assim como o furo do discurso do capitalismo. Isso decorre da relação do discurso do psicanalista com o real e sua interrogação sobre o gozo. O discurso do psicanalista vai em direção a um descolamento do Outro, ou seja, questiona toda e qualquer mestria, colocando em xeque o desejo do sujeito e o real em jogo nas relações. Em Radiofonia, Lacan (1970) aponta “que é somente pelas vias do real que podemos conter os idealismos” (LACAN, 1970/2003, p.442).

Estamos todos imersos em nosso tempo: a instituição, o analista e os pacientes. E se, em um primeiro momento, observamos a prevalência do discurso do mestre, encarnado pelo discurso médico, que tem aí como tentativa produzir tanto uma melhora dos pacientes, quanto geração de capital para a clínica, simultaneamente há um atravessamento pelo discurso psicanalítico e uma estabelecida transferência de trabalho. De tal modo, mesmo em uma atmosfera em que o capital insiste como senhor, o atravessamento pelo discurso da analista sustentava um(a) outra posição.

Na instituição em questão, a impotência e a impossibilidade presentes em todos os discursos eram deslocadas, a partir da emergência dos efeitos do capitalismo, para um “é você que não está fazendo direito, você não está dando conta”, ou seja, para uma insuficiência do sujeito. Apontando a presença do mais-de-gozar em um incessante pedido de *produza mais e melhor*. “O discurso capitalista, ao situar a mais-valia no lugar da causa do desejo, transforma cada um de nós em um explorador em potencial dos nossos

semelhantes para deles obter lucro” (QUINET, 2001, p.17), interpretando o desejo como desejo de objetos, gadgets, como o relato de caso aponta.

A psicanálise virou uma especialidade presente dentro da clínica. Sem uma transferência de trabalho, se torna improvável a presença do discurso analítico na instituição. Além disso, se antes havia um espaço de fala que não sem razão era dado à psicanálise, por conta de uma transferência de trabalho, houve um momento em que os que encarnavam esse lugar *deveriam ser organizados, pois não faziam a instituição andar bem...* Assim, talvez a posição possível, tenha sido, sem palavras, dizer e ouvir que *a porta da rua é serventia da casa* em uma instituição que tudo funciona tão bem, que se *consome, consome... até que se consuma*⁵.

Referências Bibliográficas:

DIAS, Brendali. *De que maneira o discurso do analista possibilita fazer furo no discurso capitalista?*, Rio de Janeiro. Revista Stylus n.34 p.59 -73, 2017.

FREUD, S. (1925) “*Um estudo autobiográfico*” Em: Obras Completas, v.XX Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1937) “*Análise terminável e interminável*” Em: Obras Completas, v.XXIII Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1919[1918]) “*Caminhos da terapia psicanalítica*” Em: Fundamentos da clínica psicanalítica/ Sigmung Freud; tradução Cláudia Dorndusch.—1.ed.; reimp.—Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. – (Obras Incompletas de Sigmung Freud).

FREUD, S. (1921) “*Psicologia das massas e análise do eu*” Em: Obras Completas, v.XV Rio de Janeiro Cia das Letras, 2011.

LACAN, J. (1958) “*A direção do tratamento e os princípios de seu poder*”. Em: Escritos. Rio de Janeiro: JZE, 1998.

LACAN, J. (1955-1956) O Seminário, livro 3, “*as psicoses*”, Rio de Janeiro, JZE, 1985.

LACAN, J. (1969/1970) O Seminário, livro 17, “*o avesso da psicanálise*”, Rio de Janeiro, JZE, 1992.

LACAN, J. (1970) “*Radiofonia*”. Em: Escritos. Rio de Janeiro: JZE, 2003.

⁵ Referência a Lacan, em O seminário 17, *os quatro discursos* (1959-60) ao explicitar a potência do Discurso do Capital.

QUINET, Antônio. “*A psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade*”. Em: *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências* – Antônio Quinet (org.) – Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

RINALDI, Doris. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. Disponível em: <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-biblioteca/DRinaldi/Doris_Rinaldi_desejo_psicanal_campo_saude_mental.pdf> Acesso em: 27 de julho de 2018.

VIGANÒ, Carlos. (1999) A construção do caso clínico em saúde mental. Em: *Curinga*. v.1, n.0 (out. de 1993) - .- Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, n.31, dezembro de 2010.