

Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan

Ethics and Clinic in Psychosocial Care: contributions of Freud's and Lacan's psychoanalysis

Abílio Costa-Rosa

Psicanalista e Analista Institucional. Professor Livre Docente do Departamento de Psicologia Clínica da UNESP-Assis.

Endereço: UNESP Dep. Psicologia Clínica. Avenida Dom Antonio, 2100, CEP 19806-900, Assis, SP, Brasil.

E-mail: abiliocr@assis.unesp.br

Resumo

O objetivo central é discutir a possibilidade de uma ética pertinente ao conjunto de ações atualmente realizadas sob o enfoque da Atenção Psicossocial no campo da Saúde Mental Coletiva. Utilizando o método do ensaio, partirei da análise de algumas proposições importantes sobre a ética na Saúde Mental, presentes na literatura recente, e da experiência de vários anos no campo da Atenção Psicossocial como trabalhador, como assessor clínico-institucional do Ministério da Saúde e como formador de psicoterapeutas. Duas vertentes de análise são consideradas: éticas disciplinares, chamadas éticas da psiquiatria, incluindo uma tentativa importante de complementá-las criticamente sob o enfoque da “ética do cuidado”, e éticas fundadas em concepções psicanalíticas do sujeito e seu sofrimento, que destacam as dimensões do sujeito como “entre” social e como “entre” subjetivo ou “entre sentido”. Com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde e na psicanálise do campo freudiano, procura-se fundamentar a ética da Clínica na Atenção Psicossocial como ética do “cuidar-se” - base necessária para a construção do protagonismo dos sujeitos do sofrimento na produção do sentido necessário à superação do sofrimento e demais impasses que motivaram a procura de ajuda, e para a possibilidade de seu reposicionamento no “entre social” e no “entre sentido”; componentes da saúde em sintonia com a subjetividade singularizada referenciada nos Ideais socioculturais e no devir desejante. Demonstra-se que essa ética exige dos trabalhadores do campo a superação dialética dos modos de produção de saúde e subjetividade em sintonia com o Modo Capitalista de Produção e seus derivados autoritários.

Palavras-chave: Ética na Atenção Psicossocial; Saúde Mental Coletiva; Governança Clínica; Psicanálise e Clínica Ampliada.

Abstract

The main objective is to discuss the possibility of an ethics that is relevant to the set of actions currently performed in the perspective of Psychosocial Care in the field of Public Mental Health. Using the essay method, I will start with the analysis of some important propositions about ethics in Mental Health, present in the recent literature, and with my many years of experience in the field of psychosocial care as a worker, as a clinical and institutional advisor with the Ministry of Health, and as a psychotherapist trainer. Two methods of analysis are considered: disciplinary ethics, called psychiatry ethics, including a major attempt to complement it critically from the standpoint of the “ethics of care”, and ethics based on psychoanalytic conceptions of the subject and their suffering, which highlights the subject’s dimensions as “between” social progress and “between” subjective or “between sense”. Based on the guidelines of the National Health System and on the psychoanalysis of the Freudian field, the aim is to justify the ethics of the Psychosocial Care Clinic as the ethics of “self-care” – the necessary basis for the construction of the protagonism of the subjects of suffering in the production of the necessary meaning to overcome suffering and other dilemmas that motivated them to seek help, and also for the possibility of repositioning them on “between social” and “between sense”; health components in line with singularized subjectivity, referenced in socio-cultural ideals and in the desiring future. It is shown that this ethics demands from field workers the dialectical overcoming of the health and subjectivity production modes in line with the capitalist mode of production and its authoritarian derivatives.

Keywords: Ethics in Psychosocial Care; Public Mental Health; Clinical Governance; Psychoanalysis and Amplified Clinic.

O objetivo central deste ensaio é discutir a possibilidade de uma ética pertinente ao conjunto de ações atualmente realizadas sob o enfoque da Atenção Psicossocial no campo da Saúde Mental Coletiva. Como base para essa proposição é oportuno exame crítico de algumas das formulações importantes sobre o tema, já existentes no âmbito da Saúde Mental.

Uma primeira observação geral mostra que ainda é rara a referência a concepções da ética que escapem à deontologia, isto é, que possam ir além da preocupação com o que se deve ou não fazer, de acordo com o senso humanitário corrente ou com os códigos estabelecidos pelas disciplinas profissionais que atualmente trabalham nesse campo da Saúde. Talvez por isso o sujeito a quem se dirige a Atenção¹ fique comumente ausente das discussões, ou apenas seja considerado em posição lateral de objeto das ações, com o qual se deve ser mais ético ou menos ético; algumas vezes ele pode ser convidado para uma cogestão dos processos de Atenção (Merhy, 2002). Não é difícil perceber que a ausência do sujeito nessas discussões sobre a ética é apenas a aparência da sua objetificação necessária decorrente do paradigma disciplinar “sujeito-objeto” e do princípio médico “doença-cura” que ainda são incontestavelmente dominantes, mesmo na práxis denominada Atenção Psicossocial.

Neste ensaio, circunscreveremos nossos argumentos em torno da análise crítica de algumas formulações importantes sobre o assunto presentes no livro *Ética e Saúde Mental* (Figueiredo e Silva Filho, 1996), no qual encontramos um conjunto de textos que fazem um interessante panorama sobre a questão da ética concernente ao campo da Atenção ao sofrimento psíquico. Aí duas vertentes de análise podem ser destacadas: a das éticas disciplinares (sobretudo as chamadas éticas da psiquiatria) e a das éticas fundadas em concepções psicanalíticas do sujeito e seu sofrimento. Nosso material de análise incluirá, ainda, uma tentativa importante de complementar criticamente as éticas da psiquiatria sob o enfoque da “ética do cuidado” (Ferreira, 2000).

1 Propomos a utilização do termo *Atenção*, com inicial maiúscula, para referir o conjunto de ações realizadas no campo da Saúde Mental, geralmente denominadas tratamento, cuidado, promoção e mesmo atenção. Quanto ao indivíduo para o qual se destinam essas ações, optaremos por denominá-lo *sujeito do sofrimento*, conservando a ambiguidade criativa do termo *sujeito*.

Finalmente, empreenderemos a tentativa de caracterização da ética que nos parece pertinente à clínica da Atenção Psicossocial, procurando aplicar algumas formulações da psicanálise de Jacques Lacan sobre a ética e sobre os Discursos considerados como laços sociais e modos de produção (Lacan, 1992).

Embora comumente apresentadas como éticas da psiquiatria e tributárias de acúmulos forjados ao longo da história dessa disciplina e suas reformas, a análise dessas éticas, bem como da “ética do cuidado”, deve servir de base para a discussão das práticas das equipes interprofissionais que atualmente compõem os meios de trabalho das instituições originadas da Reforma Psiquiátrica: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Equipes de Atenção Ambulatorial e Equipes Matriciais de apoio à Estratégia Saúde da Família, entre outras. Nessas equipes, a Psiquiatria é um dos componentes, ao lado da Psicologia, da Enfermagem, do Serviço Social, da Terapia Ocupacional e de outras disciplinas e fazeres artísticos recém-chegados. Às vezes, encontra-se também a Psicanálise, geralmente “Psicanálise aplicada”, tanto ao campo da clínica aí exercida quanto às considerações éticas dessa práxis. Essa constatação nos obriga a vislumbrar que a formulação de uma ética para as práticas da Atenção Psicossocial deverá tanger necessariamente a questão da interprofissionalidade; ou seja, a complexidade dessa parte dos meios de produção. É necessário notar que a apresentação das éticas da psiquiatria e da “ética do cuidado” já é feita em uma perspectiva crítica por seus autores. À pequena síntese que apresentaremos de seus argumentos, somaremos alguns outros derivados da compreensão da Atenção Psicossocial como um paradigma que pretende superar o da “psiquiatria reformada” (Costa-Rosa e col., 2003), a fim de introduzir nossa contribuição a uma ética da clínica na Atenção Psicossocial.

Éticas Disciplinares

O conjunto dessas éticas é introduzido a partir da ética da tutela. Apresentada como circunscrita ao campo da reclusão asilar, a partir dela o sujeito do so-

frimento é destituído de razão, demanda ou vontade e pode ser juridicamente interditado pelas possíveis consequências de seus atos futuros (Costa, 1996). Ciosamente fundada numa causalidade fisiológica do sofrimento psíquico, tal ética opera por exclusão da subjetividade, sobretudo daquilo que, desta, pode se expressar no protagonismo necessário do indivíduo para ação no processo de se tratar; como saber inconsciente do sujeito sobre o sofrimento de que se queixa, e mesmo de qualquer saber.

A ética tutelar é, na realidade, remodelada pela psiquiatria no tempo do desenvolvimento científico dos psicofármacos “eficientes” (Laurent, 1995). Seus agentes calçam-se agora mais facilmente nos argumentos do Discurso Médico (Clavreul, 1983) - sua cientificidade incontestável - para assumirem, frente ao sofrimento psíquico, o corpo dessubjeitado como metonímia do indivíduo e do sujeito.

A tutela e, eventualmente, a invalidação, são ainda mais facilmente realizadas por meio da inclusão dos indivíduos no continente dos simultaneamente excluídos da produção e incluídos no consumo de psicofármacos. Esse velamento da exclusão está perfeitamente coadunado com o amálgama das estratégias da sociedade de controle e o com o cerne do discurso ideológico da economia globalizada - a inclusão. Aí se esconde uma das proezas de nossa forma societária, à qual essa modalidade de psiquiatria parece conseguir responder com eficiência assustadora: excluir incluindo e vice-versa.

Na modalidade contemporaneamente dominante da psiquiatria, o próprio Hospital Psiquiátrico tornou-se obsoleto, mas não pode passar despercebida uma nova vertente da psiquiatria pautada na ética da tutela: sua performance medicalizadora² de verdadeiros contingentes de indivíduos que se queixam de novos sintomas e sofrimentos, muito mais relacionados aos impasses da vida subjetiva cotidiana do que aqueles relacionados aos tipos clínicos estabelecidos classicamente pela psiquiatria. É inequívoca a função social da psiquiatria reformada implicada nessa retomada do paradigma médico-psiquiátrico pela via do agenciamento do “manicômio químico”, peça essencial na sua nova estratégia. Além de admitir, como parte de seus

² Ela merece essa definição, sobretudo, pela utilização *a priori* e sem limite dos psicofármacos para todo tipo de situação, até mesmo na ausência de qualquer sofrimento definido como tal.

meios, a inclusão da equipe chamada interprofissional como seu auxiliar, é perfeitamente capaz de dispensar a tecnologia do manicômio, quanto ao arquitetônico, mobiliário e suas outras “máquinas”; embora esteja infinitamente longe de desinstitucionalizar sua lógica de instituição total (Gofman, 1987; Rotelli e col., 1990).

A função de distribuidores de “produtos”, de um contingente cada vez maior de psiquiatras, está, de tal modo, perfeitamente alinhada à lógica da sociedade de consumo, que a astúcia dos representantes dos Laboratórios (diferentes propagandistas e publicitários) chega a tomar de assalto até mesmo os preceitos éticos de muitos deles. Rendem-se à poderosa lógica social expressa no lema de que tudo se pode curar já e através dos medicamentos. O assédio agressivo dos laboratórios, somado ao “apelo narcísico” das imensas filas de espera pelo *phármakon* precioso, parece suficiente para assegurar a esses psiquiatras a evidência imediata da extrema relevância social de sua prática medicalizadora; evidência que parece encarregar-se de reforçar o alinhamento dos indecisos.

Muitos são os que concordam que a ética da tutela adquiriu novos contornos na atualidade, porém maior ainda é a unanimidade em constatar a presença de uma verdadeira epidemia de medicalização (Quinet, 2006; Laurent, 2004).

Ainda integrando as éticas disciplinares, somos apresentados à ética dita da interlocução, também chamada de moral privada, e à ética da ação social, versões reformadas da ética tutelar. Costa parece aproveitar a oportunidade da análise dessas éticas para criticar as reformas da psiquiatria tutelar, indicando que as éticas que a sucedem estão mais para deformações do que aperfeiçoamentos.

Para nosso interesse imediato neste estudo, é suficiente fazer notar que ainda não é possível ver na ética da interlocução uma recuperação da subjetividade que interessa à ética da clínica na Atenção Psicossocial. Para vermos melhor essa recusa da subjetividade, esta tem de ser considerada sob o prisma do sujeito no sentido psicanalítico, ou seja, o homem simultaneamente como ser social (“entre” os homens) e como ser de sentido (“entre” significantes); esta última característica está em sintonia com o conceito de *existência-sofrimento*,

vindo da Psiquiatria Democrática, mas procura transcendê-lo por incluir a hipótese da possibilidade de o indivíduo produzir o saber inconsciente, capaz de interferir na dimensão propriamente subjetiva de suas crises, sofrimento e sintomas, e por incluir a necessidade radical de que seja ele o protagonista principal dessa produção.

Com uma terceira modalidade, chamada ética da ação social ou ética pública, Costa parece completar sua crítica à psiquiatria reformada. Afirma que o objeto da ação e o agente são definidos como “companheiros de viagem”, pares dispostos a renovar o instituído, abrindo espaço para a ação e integração social; para ele tal ética tem caracterizado a atenção a grupos marginalizados socialmente, juntando, de forma equivalente, virtudes políticas e terapêuticas. Também diz que essa ética é a das equipes interdisciplinares. Seu alvo: “Casos graves, atingidos ou abandonados pela Psiquiatria, ou os excluídos dos Direitos Humanos”; minorias “alvo da ação social” (Costa, 1996, p. 32). De acordo com Ferreira (2000), conscientização, organização e ação no mundo objetivo definiriam o horizonte da ética da ação social.

É digno de nota que a crítica de Costa a essa ética coloque na mesma linha de equivalência os atingidos e os abandonados da psiquiatria, e os excluídos dos Direitos Humanos. Para nós, isso denota uma espécie de pressa do autor em não reconhecer toda uma herança da ação iatrogênica da psiquiatria manicomial. Herança que a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial tentam reabilitar para o convívio familiar e social, pondo em ação um conjunto de trabalhadores que têm como meta a dimensão estética, a sociocultural, a econômica, e mesmo a recreacional, em paralelo a outras ações específicas de tratamento. Quanto às lutas por Direitos Humanos, é inegável sua contribuição essencial para a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial. Um de seus desdobramentos importantes é a luta pelos direitos de cidadania dos sujeitos do sofrimento (e particularmente quando eles se tornaram objeto da psiquiatria tutelar). Porém, ao se considerar a especificidade das demandas à Saúde Mental Coletiva, caracterizadas por sofrimentos e impasses subjetivos, torna-se necessário pôr em ação uma particular noção de sujeito e subjetividade, que transcende aquela que está presente na noção de

sujeito de direitos: o sujeito como “ser de sentido”, acima referido.

Por considerar as três éticas sob a perspectiva crítica, Costa conclui com a oferta de uma via de saída para elas. Parte da definição de “um sujeito moral” [...] como referência para “avaliar a definição do sujeito como objeto, como indivíduo privado e como ser político” [...]; nomeia essa postura alternativa “ética dos cuidados, ética do sofrimento” [...]. Afirma tratar-se de uma ética negativa por não incluir preceitos além daquele que diz “é a crueldade o que de pior podemos fazer aos outros [...] proibido atentar contra a integridade física e moral do semelhante” (Costa, 1996, p. 32). Considera que a ética da psiquiatria como tal é expansão desse princípio básico. E afirma que, respeitado o princípio, basta “avaliar qual das três éticas é pragmaticamente melhor conforme as circunstâncias” (Costa, 1996 p. 33).

Ora, reformar a ética da psiquiatria, por meio de uma proposição negativa, não seria a repetição de um efeito sintomático daquilo que é apontado como o mal radical intrínseco à psiquiatria como ciência médica; mal bem assinalado pelas críticas feitas a ela pela Psiquiatria Democrática italiana - trocar o sujeito pela doença (Rotelli e col., 1990) - e por isso tal ética só poderia ser proibitiva desse mal?

Nos “reparos” à ética da tutela afirma que ela é boa quando o psiquiatra é médico; o problema não estaria em tomar o sujeito como objeto em ato, mas deixá-lo aí. Só nesse caso se estaria inserindo o sujeito na lógica do objeto que invade nossa cultura - lógica que tenta nos definir como “objetos de circulação em cadeias de lucro e imaginárias de produção de desejo” (Costa, 1996, p.33). Costa parece passar lateralmente à questão mais essencial. Como não ver que o psiquiatra atual, “seguidor” do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), é sempre médico em sentido estrito?

Como deixar de ver que a ética tutelar, ao tomar como objeto, em ato, o indivíduo que procura a psiquiatria nos momentos críticos de sua vida, acaba por inseri-lo irreversivelmente na mais cruel objetificação? Por meio da utilização em série da medicação como meio de tamponamento dos impasses psíquicos, essa psiquiatria insere o sujeito a um só tempo nas cadeias do lucro (consumidor dos produtos da gigantesca e próspera indústria

químico-farmacêutica) e nas cadeias da produção-reprodução da subjetividade serializada em suas diferentes modalidades da massa alienada. Convém deixar claro que não se trata de impingir qualquer maldade intrínseca a esses agentes psiquiatras. Eles são reiteradamente formados para tomarem, em ato, o sujeito como objeto. E isso é um dos efeitos do próprio Discurso Médico (Clavreul, 1983) quando toma por um objeto comum o sofrimento psíquico.

Costa (1996, p. 33), talvez inadvertidamente, acaba tentando “reparar” a psiquiatria ao afirmar que “o fato mais grave parece ser a definição genética ou neuroquímica de predicados psíquicos”. De fato isso é grave, entretanto, o autor parece não considerar a evidência de que a psiquiatria regida pelo DSM não é exceção à atual prática dos psiquiatras na Saúde Pública, muito pelo contrário.

Uma Ética do Cuidado: empatia e compaixão

Antes de entrarmos especificamente na consideração da ética da Atenção Psicossocial, vale a pena examinar uma tentativa de crítica e resposta às éticas da psiquiatria, nomeada “ética do cuidado: empatia e compaixão”, que parece aspirar à condição de uma quarta modalidade de ética dirigida não mais à Psiquiatria, mas nomeadamente à Saúde Mental (Ferreira, 2000).

Depois de considerar a empreitada de Costa, 1996, procura definir uma ética do cuidar como superação do modelo médico. Este é entendido como relação assimétrica em que um dos parceiros, portador da ordem saudável, inclina-se sobre o outro doente/carente para remetê-lo à ordem saudável, da qual se concebe portador.

Parte da definição do cuidado como “inclinarse sobre alguém que vivencia a diversidade em seu próprio corpo e espírito” (Costa, 1996, p. 152). Esse “inclinarse” exige empatia e sofrimento, por parte do cuidador, para que advenha júbilo e superação como efeitos de sua ação de cuidar. Afirma que essa compaixão produz efeitos de desenvolvimento moral do cuidador, por tê-lo colocado no centro da castração e confrontá-lo com o desamparo e a incompletude. A superação compreende, portanto, dois aspectos essenciais: superação da sua posição

subjetiva inicial pelo confronto vitorioso com a própria castração e superação da indiferença pelo outro; tendo sido esta gerada por uma sociedade na qual a desqualificação do outro é tal que ele não chega a causar “nem mesmo compaixão”. De qualquer modo se vê obrigado a colocar a compaixão como o último reduto da ética do cuidado. Aparentemente só vê duas saídas: a neutralidade objetiva ou a compaixão por parte do cuidador. Sem ver o lugar do sujeito do sofrimento, como sujeito, sua tônica permanece a mesma das éticas que pretende substituir: colocação do outro como objeto.

Pode-se demonstrar que essa ética ainda é absolutamente homóloga ao modo de produção da Atenção (cuidado) das lógicas analisadas anteriormente. Ou seja, ainda não foi completamente superado o laço social disciplinar comum em que o cuidador, como portador de um saber científico, mesmo que afetado, se inclina sobre o “outro” tomado como objeto, embora um objeto do qual se cuide com empatia e sofrimento (Ferreira, 2000). É inequívoco que, nesse modo de Atenção, se continua no registro do gozo excessivo e angustioso; pois, para ser ético, o tratamento deve repetir especularmente a angústia do sujeito no terapeuta. Um gozo excessivo por identificação para a promoção moral do cuidador.

O mais grave dessa posição parece ser a proposição da identificação com o “sofredor” como única saída alternativa para o modo de produção das psiquiatrias criticadas, inclusive para sua degradação quando os psiquiatras se mostram insuficientes, ou mesmo negligentes, por razões diversas. Parece que essa lógica compassiva é colocada como ética na medida em que também falta a crítica aos modos de produção da Atenção e falta ver que essa “degradação” dos agentes profissionais tem fatores estruturais, decorrentes de sua própria formação como trabalhadores de um campo específico, que se somam aos eventuais fatores pessoais, resultando na soma de cinismo, displicência e mesmo indiferença com que vários deles tratam pessoal e eticamente os sujeitos do sofrimento que se dirigem a eles em busca de ajuda. Embora se escutem perfeitamente nos argumentos de Ferreira, 2000 os ecos do discurso psicanalítico, por tomar os discursos apenas como enunciados ideológicos, ele acaba adicionando aos discursos criticados um quarto discurso, cuja

diferença dependeria apenas das transformações nos agentes.

Parece não conseguir escapar à mesma dimensão das éticas centradas na moralidade e na deontologia, alinhadas de modo simples a uma espécie de princípio de realidade e seu correlato do prazer. “A conduta ética é resultante de um complexo processo de constituição da subjetividade e alteridade humanas, o que implica a possibilidade de o sujeito conduzir de forma consciente seu desejo em face aos limites do Outro e da Lei” (Ferreira, 2000, p. 153). Também se notam suas tentativas de precaução, pois afirma que pensar a ética no campo da Assistência Pública significa pensar sobre o modo de cuidar. Esse *modo* parece pôr em foco a posição do sujeito a ser cuidado: “Cuidar do outro não significa submetê-lo aos nossos domínios [...] mas sim inclinar-se sobre um sujeito que sofre” (Ferreira, 2000, p.153). Parece tentar referenciar-se nas proximidades da ética de Espinosa, ao definir o sujeito como indivíduo que vivencia a diversidade em seu corpo e espírito (Chauí, 1979). Porém, ao defini-lo como aquele que sofre, a ser cuidado com empatia, sofrimento, compaixão e júbilo, não persistirá em colocá-lo, *a priori*, numa posição de objeto, justamente objeto de cuidado?

Essa proposição ética, como suas antecessoras, também passa ao largo da questão do uso generalizado de psicofármacos. Qualquer um que tenha a mínima proximidade ao campo da Atenção ao sofrimento psíquico em sua configuração atual, mesmo nos espaços definidos como Atenção Psicossocial, pode reconhecer seu atravessamento por ações massivas de medicalização, psiquiatrização, e suas correlatas: psicologização e assistencialismo. Veremos que não se trata de detalhes conjunturais, pois uma ética do desejo na Atenção psicossocial exige que se dê importância radical ao “instrumental produtivo”, ou seja, aos meios de trabalho e aos modos de produção da saúde que essa ética preconiza.

Além dessas críticas, nossa maior objeção a essa ética é, entretanto, que ela proponha a identificação do trabalhador com o outro, como solução para o bom cuidado. Ferreira passa longe dos argumentos freudianos sobre o fundamento da identificação compassiva com o próximo (Julien, 1996).

“[...] por que isso [a identificação gozosa] não é para o meu bem? Por que todo o gozo está além

de todo o princípio de prazer-desprazer e *necessariamente* implica, por algum ângulo, o mal de seu objeto. E eis que sou eu a vítima: o outro me escolheu como objeto de seu gozo” (Julien, 1996, p. 108).

O encontro do cuidador com o sujeito do sofrimento pode reeditar angústias de seu encontro com o Outro. O Outro de que se trata tem realmente relação com a angústia de castração e a morte, assim como a “superação” tem relação direta com a superação dessa angústia. Porém, a superação da angústia só será possível com a superação dessa identificação primordial com o Outro. “Quando o Deus do destino está morto, em vez de atestar isso e de realizar seu luto, substituímo-nos a ele, nós mesmos perpetuando perante outrem uma vontade de castração e lhe dando a imagem do destino, para com ela melhor mascararmos nosso próprio gozo maligno” (Julien, 1996, p. 102). Dito de outro modo, por não poder se separar da ideia de um Outro infalível, pode-se acabar posando de grande Outro cuidador.

Certamente essa superação é válida tanto para o sujeito do sofrimento quanto para o dito cuidador, entretanto, tais superações só podem ser operadas em separado, e a do cuidador tem necessariamente anterioridade, no mínimo lógica. O reconhecimento da necessidade dessa anterioridade e dessa separação é imprescindível se não se quiser resvalar para um subjetivismo que negligencia por completo a necessidade de relacionar diretamente a ética do “cuidador” com a especificidade de sua função como trabalhador. Função que exige formação específica, a ser entendida como competência para reconhecer o lugar transferencial em que é colocado pelo outro que procura ajuda; isso exige conhecimento teórico amplo, acompanhamento da prática com colegas mais experientes e análise ou psicoterapia pessoal.

Uma ética para além da identificação deve partir da negação da identificação como solução. “É dessa negação que nasce o sujeito, na medida em que ela é a marca do *limite* de toda identificação com este ou aquele *significante*” (Julien, 1996, p. 100). O sujeito nasce da *Vesagung*, da negação, da recusa à identificação.

Uma ética para a clínica na Atenção psicossocial supõe intercessores capazes de permitir e mesmo fomentar que nasça, um dia, essa negação; eles a

põem em jogo segundo a verdade da demanda inconsciente que o sujeito do sofrimento lhes dirige, “demanda que Lacan formulou como *peço-te que recuses o que te ofereço, porque não é isso*” (Julien, 1996, p. 104).

De fato, inscrever-se, situar-se, na possibilidade de interceptar a subversão dessa demanda na sua forma mais direta: - “você tem o que me falta” - requer a possibilidade de se posicionar na contramão dos sentidos tautológicos com que o sujeito se representa no Discurso do Mestre social. O intercessor nessa clínica da Atenção Psicossocial é aquele que é capaz de interceptar a subversão dessas mensagens tautológicas e que fazem sofrer, posicionando-se de modo a fazer advir a sua negação radical capaz de direcionar o sujeito para a possibilidade da escolha decidida dos sentidos novos que ele atribuirá a sua situação e mesmo a sua existência (Brousse, 2003); isso poderá ser realizado tanto individualmente quanto nos coletivos de trabalho, grupos, oficinas, instituições. Tal posicionamento, para além de qualquer identificação com o outro que sofre, significa a possibilidade, posta em ação, da produção daquilo que concebemos como subjetividade singularizada, sob a forma de “*significantes mestres*”. Ora, só a posição de intercessor (e não interventor) do processo dessa produção garante aos sujeitos do sofrimento a posição de produtores principais.

Finalmente, devemos perceber que em Ferreira trata-se muito mais de uma ética do cuidador do que de uma ética da Atenção (cuidado), a entendermos essa última como um processo de produção complexo.

A Ética da Clínica na Atenção Psicossocial: revoluções de discurso

A partir daqui analisaremos as práticas de Atenção Psicossocial recorrendo à teoria psicanalítica dos discursos como laços sociais e das revoluções discursivas desenvolvidas por Jacques Lacan para a análise das diferentes formas de aparelhamento do gozo nas relações sociais e subjetivas. A proposição dessa teoria, que guarda uma relação bastante estreita com os impossíveis freudianos (impossível educar, governar, analisar), será de extrema importância para o esclarecimento da ética da Atenção

Psicossocial tal como proposta neste ensaio e de suas diferenças em relação às éticas apresentadas anteriormente.

Quando tomamos os discursos para além de sua consistência de enunciados, como laços sociais – como estruturas produtivas e modos de produção –, as transformações discursivas podem ser tomadas como revoluções de discurso, e dizem respeito às possibilidades de mudança dos diferentes modos de organizar o processo de produção. Diferentes modos de produzir implicam em diferentes resultados produtivos, isto é, em diferentes formas dos produtos. Veremos que não será diferente quando se trata dos processos de produção da Atenção ao sofrimento psíquico, no qual estão em destaque os processos de subjetivação e seus impasses.

A ética da Atenção Psicossocial, tal como tem sido proposta pela Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária em alguns de seus desdobramentos atuais, tem se encaminhado para uma modalidade de laço social de produção de Atenção em que o sujeito – simultaneamente considerado como indivíduo com inconsciente e como possibilidade de produzir sentido novo para diferentes injunções sociais e subjetivas do cotidiano – deve poder chegar a situar-se no lugar do trabalhador principal do processo da produção dessa Atenção. Deve-se ver aqui uma consequência imediata da diretriz que propõe a participação popular no planejamento, na gestão e no controle dos processos de produção; bem como nas decisões de o quê e como produzir. Considero essa diretriz o cerne das proposições e das experiências da Reforma Sanitária, e constitui herança preciosa para a Atenção Psicossocial e sua ética.

Minha hipótese é que as referidas contribuições da psicanálise do campo freudiano/laciano são as que nos permitirão tirar as melhores e maiores consequências dessa diretriz para a produção de “saúde subjetividade”³. Para essa psicanálise são várias e bem distintas as formas do laço social de produção, nas quais o “sujeito do sofrimento psíquico” pode localizar-se, a partir do momento em que busca Atenção nas instituições destinadas a esse

fim. Falamos em saúde subjetividade na medida em que a ética da clínica na Atenção Psicossocial deve considerar que onde há sofrimento há necessariamente trabalho subjetivo. Essa concepção de saúde não separa o físico do psíquico, mas distingue sua especificidade. Embora necessariamente integrando os dois aspectos, a Atenção Psicossocial dá destaque aos aspectos subjetivos e sociais dos impasses, embora não *a priori*. As noções de corpo e de sujeito herdadas da psicanálise freudiana acrescentam-se às heranças críticas vindas das psiquiatrias reformadas e da própria Antipsiquiatria, entre outras.

Propor eticamente o sujeito do sofrimento como o principal produtor não significa menosprezar a importância dos outros componentes do processo de produção. Ao contrário, veremos que nesse âmbito são radicais para tal processo as consequências dos modos da ação e da organização – e até mesmo o estado da subjetividade – dos trabalhadores dessas instituições.

Entretanto, essa proposição da ética para clínica da Atenção Psicossocial toma como eixo os sujeitos do sofrimento psíquico (e não os trabalhadores). Isso implica que eles sejam considerados a referência fundamental quando se trata de analisar as particularidades do “trabalho” subjetivo a ser realizado, e das formas de apropriação dos seus resultados pelos diferentes participantes do processo de produção da Atenção.

Para que os sujeitos do sofrimento passem ao lugar de trabalhadores principais do processo de produção da “saúde subjetividade” são necessários remanejamentos fundamentais, que dependerão da posição subjetiva em que eles se encontrem quando chegam em busca de ajuda. E na mesma medida esses remanejamentos decorrerão das ações daquele(s) que intercede(m) nas queixas e demandas: psiquiatra, psicólogo, ou qualquer outro trabalhador da equipe interdisciplinar. Pela forma das ações esperadas deles, propomos nomeá-los intercessores. As ações destes também dependerão radicalmente da representação social da instituição (como ela é percebida pela população e particularmente por quem

3 Esse significante condensa saúde e subjetividade e, ao redobrar a letra s, pluraliza as possibilidades da saúde, sempre relativa. No campo psíquico, ele é sinônimo de subjetividade da saúde, em que o mesmo redobramento da letra s pluraliza as diversidades subjetivas, indicando também que a subjetivação e a subjetividade, como a saúde, estão sempre em movimento. Propomos que o termo saúde subjetividade indique ainda que, no âmbito da saúde psíquica, subjetividade e saúde são absolutamente homólogas.

se remete a ela em busca de ajuda; e pelo próprio conjunto dos trabalhadores) e do seu Modo de Produção de saúde. Ou seja, o intercessor sempre será interpelado inicialmente num lugar “transferencial” imaginário-simbólico, e inevitavelmente terá o seu processo de trabalho profundamente influenciado pela forma real como estão organizados os processos de produção na instituição em que realiza a Atenção (Costa-Rosa, 2000).

Tomar o sujeito que nos procura como agente principal, como dono da demanda (sintoma e sofrimento) e do saber sobre ela também é consequência do princípio fundado por Freud sobre o sofrimento psíquico: há um saber inconsciente em ação que se manifesta no não sabido sintomático, do qual apenas o indivíduo que sofre detém a chave.

É possível supor que esse princípio freudiano tem ressonâncias de uma série de ideias que o antecedem. Por sua vez, ressoa na Antipsiquiatria, na Psicologia Social, e é apropriado posteriormente na Psiquiatria Democrática Italiana (Basaglia, 1985) e na Análise Institucional de Lourau, 1975 e Lapassade, 1977. Produz ecos também nas obras da Saúde Mental Coletiva das décadas de 1980 e 1990 no Brasil, em autores como Paulo Amarante, Bniltom Bezerra Jr., Pedro Gabriel Delgado, Sandra Fagundes, Antonio Lancetti, Oswaldo Saidón, entre outros. Ninguém poderia negar que todos esses autores se beneficiam da ideia do protagonismo do sujeito, porém os recortes feitos por eles põem comumente em destaque o sujeito no sentido filosófico. Também é possível afirmar que, se é verdade que todos eles aplicam em seus referenciais de pensamento e ação o princípio do protagonismo do sujeito, nisso eles devem muito mais a Marx do que a Freud. O princípio freudiano do protagonismo do sujeito inclui os aspectos do protagonismo social e coletivo, mas vai além, pondo em destaque um aspecto fundamental do sujeito no sentido psicanalítico, que é o saber inconsciente e o saber sobre o “não sabido” dos coletivos, de mesmo estatuto.

Introduzir hipóteses freudianas e lacanianas na Atenção Psicossocial exige considerar as evidências clínicas apresentadas pela teoria, pela técnica e pela ética da psicanálise diante do sofrimento psíquico e dos impasses subjetivos. Segundo essas evidências, em tais sofrimentos há uma fundamental dimensão

propriamente psíquica: elementos subjetivos em sua extração sociocultural, além dos elementos socioculturais propriamente ditos, que também serão sempre subjetivados. A dimensão orgânica, e mais especificamente corporal, deve ser considerada fundamental nas ações, porém não como elemento determinante *a priori* das queixas (a dimensão propriamente médica da escuta e da ação deve estar na proposição da inseparabilidade entre ações de Saúde e de Saúde Mental).

Nos desdobramentos lacanianos da tese a respeito do saber dos sujeitos do sofrimento fica esclarecido que, antes de tudo, há saber inconsciente nas queixas psíquicas, embora se manifeste em forma invertida e possa ser ocultado pelos afetos. Trata-se da introdução da dimensão simbólica da transferência, de efeitos éticos radicais.

Esse saber, inicialmente vislumbrado pelo indivíduo como pertencente ao outro que escuta, é, entretanto, o único que pode operar a cura. Mas para que isso ocorra é necessário que o intercessor, que é colocado no lugar do mestre supridor, seja capaz de aceitar que a suposição de seu poder-saber é consequência da posição de alienação daquele que sofre. O reconhecimento desse “equivoco” é condição necessária para a realização dos remanejamentos transferenciais que devolverão ao indivíduo seu protagonismo na cura e nas demais ações que lhe competem na realidade cotidiana em que se referenciam suas queixas. A ética da clínica na Atenção Psicossocial, tal como proposta, exige que a “cura” seja entendida, no sentido heideggeriano (Sorge) recortado por Lacan (2005), como retomada da possibilidade de “cuidar-se”, isto é, de produzir continuamente o sentido necessário, em resposta às solicitações da realidade cotidiana, simultaneamente objetiva e subjetiva. Fora do “princípio doença-cura”, buscase recuperar a dimensão autopoiética do sujeito, já enunciada na ética de Espinosa. Para que tal saber possa operar a “cura” ele precisa ser (re-)apropriado pelo sujeito que “sofre” e demanda. Nesse processo de re-apropriação do saber pelo sujeito, as ações do intercessor têm valor decisivo e dependem da ética que as regula.

É importante sublinhar que esse saber de sujeito tem uma consistência absolutamente peculiar. Não permite que dele se faça enciclopédia, nem permite

ser apropriado pelo terapeuta intercessor, pois pertence ao sujeito que dele se apropria no ato da sua produção. É um saber referente ao “não sabido” e ao inconsciente, que comumente toma uma parte do sabido e do visível como sua metonímia. Inconsciente e não sabido devem aqui ser compreendidos além de sua consistência de recalcado da história individual ou mesmo da história dos coletivos grupais e institucionais. Ou seja, trata-se de saber também a ser revelado, mas, sobretudo, a ser produzido, criado em resposta às exigências da realidade cotidiana.

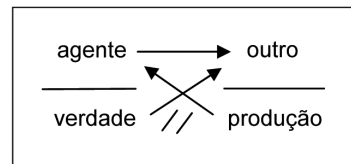
Nessa direção, a ética da psicanálise como ética do desejo, isto é, do bem-dizer, pode ser especificada como ética da produção desse sentido novo. Sentido que “determinada realidade” demanda, e que deve ser produzido numa práxis parametrada pelo modo de produção nomeado Discurso do Analista (Lacan, 1992). Dito de outro modo, para que o sujeito possa engajar-se na produção da saúde subjetividade, é necessário que o intercessor terapeuta seja capaz de deslocar-se da posição do “mestre supridor suposto” para a de coadjuvante propulsor e facilitador do processo de produção, no qual apenas o “sujeito do sofrimento” pode estruturalmente ser o protagonista.

O engajamento do sujeito na ética do desejo equivale à reatuação da capacidade autopoietica estancada pelo sofrimento e pelo sintoma. É a retomada da potência de produção do sentido radicalmente novo que é capaz de mudar a relação do sujeito com sentido do sofrimento e do sintoma, e ao mesmo tempo capaz de permitir-lhe outros modos de posicionamento nas relações sociais, que se encontravam dificultadas ou mesmo impossibilitadas.

Posto isso, podemos retomar a análise da referida necessidade de revolução dos modos do processo de produção da saúde subjetividade, a fim de melhor especificar a ética proposta para a clínica na Atenção Psicossocial. Nesse ponto faz-se necessária a introdução do conceito de discurso como laço social de produção, ou seja, da estrutura discursiva de produção que Jacques Lacan denomina quadrípode e da relação entre seus lugares; é necessário, ainda, apresentar os elementos que podem operar nas diferentes modalidades dessa estrutura, e os modos de produção nomeados Discurso do Mestre (DM), Discurso Universitário (DU), Discurso da Histeria

ou do Sujeito (DH/DS) e Discurso do Analista (DA) (Lacan, 1992).

Figura 1 - Composição do quadrípode que estrutura os modos de produção discursiva propostos por Jacques Lacan: quatro lugares e algumas relações entre eles, representadas pelas setas, pelas barras horizontais e paralelas



Esses quatro lugares são especificados na estrutura discursiva como: agente ou semblante, outro ou trabalho ou gozo, produção ou mais-gozar e verdade (Porge, 2006). A nomeação desses lugares já especifica algo de suas funções operativas, variáveis segundo o contexto produtivo considerado. O lugar da verdade especifica o fim pretendido de um laço social, definido como “não todo”, pois nenhuma ação de produção é capaz de atingir cabalmente seus fins, por melhores ou piores que sejam (indicado pelas barras paralelas entre produção e verdade). As barras horizontais indicam recalcamento ou velamento daquilo que está embaixo; esse termo que é velado pretende fazer-se representar pelo termo que está em cima da barra. Os outros lugares se esclarecerão à medida que avançarmos.

Os lugares podem ser ocupados pelo sujeito (\$), pelo objeto (a) e pelos significantes (S1 e S2), matemas da álgebra lacaniana, cujo sentido pode variar segundo o contexto em que são empregados. Dos matemas é suficiente considerar que a conotação de \$ repete a hipótese freudiana do sujeito do inconsciente: entendamos o \$ como emergência de sentido inconsciente ou como sujeito dividido, e também como aquilo que pode ser representando por um significante para outro significante. O a conota o semblante dos objetos do desejo, o objeto-causa do desejo, a dimensão pulsional da existência e também o gozo tomado como “mais-gozar”, isto é, o gozo angustioso que se goza na dissipação. S1 conota o significante mestre por sua propriedade de introduzir cortes radicais de sentido pela repeti-

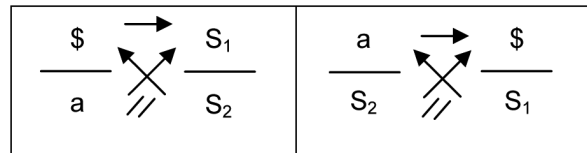
ção da diferença significativa, significante mestre como enxame de sentido, e também como primeiro significante introduzido por um sujeito particular na cadeia de significantes. Outras vezes o S1 figura diferentes perfis do agente: médico, psicólogo, professor, inclusive o tirano; e, para nós, o interessor. S2 conota o saber em geral, o conjunto dos significantes, o próprio campo do simbólico, ou as cadeias do saber inconsciente para um indivíduo. É necessário destacar do S1, significante mestre como enxame de sentido, a situação correspondente ao seu encontro bifurcante com S2. Suponhamos, por exemplo, um indivíduo em psicoterapia: emerge um saber inconsciente (S1) (chiste, sonho, lapso etc.), depois outro (S1), mais outro (S1), até que esses significantes novos podem se potencializar por retroação e mudar o estatuto de S2, ou seja, mudar uma parte decisiva do conjunto de sentido inconsciente para um sujeito. Tais mudanças podem determinar, por exemplo, transformações na posição subjetiva em relação ao sentido do sintoma e mesmo no seu estilo sintomático; podem favorecer a saída das crises nas psicoses etc. Lacan define e representa do seguinte modo essa operação do significante-mestre como enxame de sentido: “S1(S1(S1(S1→S2)))”. S1, esse um, o enxame, significante-mestre, é o que garante a unidade, a unidade de copulação do sujeito com o saber” (Lacan, 1982, p. 196).

Essa sintética definição da estrutura de produção e de alguns elementos com os quais se opera já nos permitirá a análise concreta dos diferentes modos de produção com o fim de elucidar a especificidade da ética que convém à clínica na Atenção Psicossocial.

Partamos de situações hipotéticas, mas concretas. A princípio, o indivíduo que se queixa costuma apresentar-se como agente no laço social de produção, a menos que venha forçado. Isso implica em que, como demandante, determine inicialmente que o processo de produção se estruture no modo de produção designado como Discurso da Histeria (DH), também denominado Discurso do Sujeito (DS). O termo histeria não denota aqui exatamente uma neurose como em Freud. Grafa um laço social de produção. Na realidade refere-se a um modo produtivo que objeta a outros laços de produção socialmente dominantes; mais exatamente laços em que o agente

opera de modo subordinante em relação ao *outro*. Daí a objeção daquele que é colocado no lugar do outro como objeto. Para nossos fins é próprio nomear esse modo de produção como Discurso do Sujeito (DS).

Figura 2 - Escrita dos laços sociais elaborados por Jacques Lacan: Discurso da Histeria ou do Sujeito (DS) e Discurso do Analista (DA), respectivamente



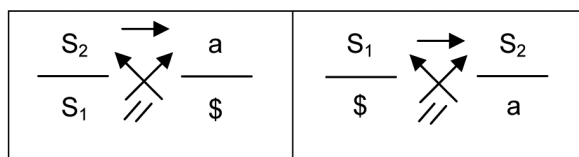
Consideremos, a partir do DS, essa a posição do indivíduo que nos procura atualmente, antes do encontro efetivo com a instituição. Ele é um agente paradoxal (\$). Dada a alienação do sintoma e a própria inércia dos laços sociais dominantes, o indivíduo tende a buscar alguém na posição de mestre supridor, “cura” no sentido próprio do termo curador, alguém em quem ele supõe o saber e o poder de curar (S1). Alguém que, por isso, se disponha a trabalhar para ele, para produzir o sentido (S2) capaz de suprimir o sofrimento e os impasses gerados pelo sintoma (a) - vale sublinhar que essa busca de um “saber-poder para curar” é absolutamente correlata e homóloga à estrutura do sintoma no qual a dimensão de “significante mestre como enxame de sentido” foi substituída por um significante tautológico tendente a um sentido estático. É à imagem e semelhança desse sentido tautológico que as respostas são buscadas no outro como saber-poder, sempre interpelado como alguma das figuras sociais desse saber-poder. Portanto, o destino desse laço social depende do modo como esse destinatário de sua queixa, (S1), vai responder. Se o S1 responde de modo a sancionar a posição em que foi imaginariamente colocado pelo (\$); então uma grande revolução no laço social se opera, e o (\$) ficará ainda mais distante do sentido demandado para seu sofrimento e seu sintoma (demanda como retorno do recalçado, entre outros aspectos).

A resposta como mestre supridor, por parte do (S1), que foi colocado imaginariamente no lugar do

trabalho (em cima, à direita), pode ser realizada de várias formas: utilização exclusiva de medicamentos para o sofrimento psíquico, ou bastam enunciados, movimentos e, às vezes, afetos; e por qualquer equipe interdisciplinar que aceite “suprir” em sentido amplo: orientar, explicar e mesmo “interpretar” como hermenêuta do inconsciente, apaixonadamente ou não. O mais comum, hoje, é que isso seja feito pelo psiquiatra, comumente orientado pelos princípios do DSM, numa ação que consiste na administração de psicofármacos, na maioria das vezes como resposta *a priori*, sancionada pela instituição; reafirmando para o indivíduo que busca ajuda a pertinência e veracidade da sua suposição imaginária, certamente construída também a partir do imaginário social: existe “um Outro” que detém todas as respostas e pode operar de maneira instantânea. Em suma, a ação de mestres supridores sempre implica na administração imediata de algum tipo de objeto-suprimento: químico, afetivo, social, psicológico, econômico; comumente a serviço do funcionalismo e da adaptação ao instituído.

Nesse caso ocorre uma passagem de laço social - uma espécie de transmutação imediata - que define a situação geral das éticas consideradas anteriormente: o sujeito do sofrimento passa ao lugar do “outro” como objeto, e o operador (trabalhador da Saúde Mental), que inicialmente foi suposto no lugar do “outro” que iria trabalhar na cura, passa para o lugar de “agente”, como encarnação do saber técnico (S₂). Saber que, aqui, adquire a conotação de saber-poder. Não será por acaso que ele opera por significantes de significação estática, que geralmente repetem os códigos diagnósticos do DSM ou mesmo um “senso comum” social, que a psicanálise denomina significantes do Outro.

Figura 3 - Escrita dos laços sociais Discurso Universitário e Discurso do Mestre, respectivamente



Nessa revolução de discurso, o sujeito acaba reduzido à posição de agenciado como objeto (a), e o saber de mestria (S₂) assume o lugar do agente, instaurando o Discurso Universitário, como mostrado acima. Nessa situação, o sujeito (\$), que estava a um quarto de volta do lugar do trabalho, no DS (Fig. 2), reaparece apenas como efeito colateral do processo de produção no DU (embaixo, à direita). Nessa circunstância se reproduz, embora não sempre, a divisão subjetiva em forma de permanência da angústia e do próprio sintoma, apesar da ação supridora; nesse caso ele reedita sua demanda. Fica demonstrada a impotência dos suprimentos, com sua resposta adaptativa, de equacionarem uma solução para os impasses subjetivos. As barras paralelas (//) indicam a disjunção entre o produto (\$) e a meta produtiva desse modo de produção (S₁) situado no lugar da verdade; sob o pretexto da remoção sintomática, pela adição medicamentosa exclusiva ou preponderante, o mais comum é que as terapêuticas do suprimento reforcem o sentido tautológico já presente nas queixas e sintomas. Não é incomum que os sujeitos medicalizados ou submetidos às psicoterapias “da consciência” percebam ressurgir, ou mesmo redobrar-se, a angústia do sintoma; o que comumente os faz retornar à posição do agente, como (\$), portanto ao DS.

A revolução do modo de produção que interessa à clínica da Atenção Psicossocial é regida por sua ética, sua política; esta determina as ações dos terapeutas e demais intercessores. Aqui a construção da concepção ética começa pela afirmação radical da tese de que no demandante de Atenção, para o sofrimento psíquico e demais impasses subjetivos, sempre há sujeito; portanto, o indivíduo comparece sempre em cena uma dimensão de agente, como \$, configurando o modo de produção DS (Fig. 2). Em seguida sustenta-se a diretriz de que, embora o sujeito possa titubear pelas razões já assinaladas, o outro “suposto-saber-poder” deve operar de modo a consubstanciar o modo de produção DS, a fim de preparar uma revolução no modo de produção, diferente do retrocesso antes assinalado para o DU. Revolução que permitirá ao sujeito passar à posição de trabalho como protagonista (lugar do outro no quadrípode). Diferença radical: essa ação

do intercessor capaz de consubstanciar o DS implica na capacidade de fazer advir o S1 como significante mestre, como enxame de sentido - o que só é possível com a suspensão da ação de supridor de poder-saber; quanto ao sujeito, é necessário visar os sentidos especificamente freudianos e lacanianos para esse termo: um indivíduo com inconsciente e também um efeito de sentido capaz de operar cortes na significação subjetiva alienante instituída, em suma, um homem sempre constituído como tal dentro de um campo sociossimbólico. Em suma, é necessário reafirmar uma concepção de sujeito distinta das comumente admitidas: sujeito como corte; sujeito da enunciação em que o protagonismo não cabe apenas à intencionalidade ou à consciência.

É preciso esclarecer que para que o saber possa permitir o reposicionamento do sujeito em relação ao sentido de sua existência cotidiana é necessário que tal saber seja efeito da ciclagem do próprio S1 tautológico do sintoma e do sofrimento, o que só pode ser obtido com o deslocamento das diferentes figuras do mestre supridor para a posição de intercessor no sentido próprio do termo (Deleuze, 1992).

A total disjunção do S1 do sofrimento e do sintoma, de sua inicial posição tautológica, implica em uma revolução de discurso; 45° no sentido horário levam do DS ao Discurso do Analista (Fig. 2). Podemos notar a ocorrência de um deslocamento do sujeito (\$) à posição efetiva de trabalho (lugar do outro), com uma particularidade fundamental: não há lugar para agenciador tirano, pastor ou quaisquer outras figuras de bondade do “saber-poder”. O agente (a) adquire a consistência do intercessor. Aí o saber (S1 como enxame de sentido) produzido pelo \$ assume textura inconsciente e potência de transformação sintomática e de ciframento significante da angústia em suas diferentes formas; incorporando-se ao seu “patrimônio” simbólico (S2) como aumento da plasticidade de novas respostas às diferentes situações.

Esse modo de arranjar, técnica e teoricamente, a práxis da uma psicoterapia dos processos de subjetivação fundada na ética da psicanálise nos permite visualizar melhor a radicalidade dessa ética em relação às deontologias analisadas anteriormente: as dimensões ética e política da Clínica na Atenção Psi-

cossocial, necessariamente desalinhada do Discurso do Mestre e do Discurso Universitário, consistem em devolver ao sujeito (\$) a escolha decidida da relação com o significante mestre que o representa (Brousse, 2003). Outro modo de dizer que a ação intercessora deve pautar-se pela “ajuda” ao sujeito a se reposicionar em relação ao sofrimento sintomático que o aliena em uma representação de si parasitada pelos significantes sociais da adaptação ao instituído insuportável; reposicionamento também em relação à estrutura de seus vínculos com a realidade social. Ou seja, esse reposicionamento deve permitir-lhe apropriar-se de um modo singular de responder à conjuntura contraditória e conflituosa que o atravessa e pela qual é atravessado, em termos subjetivos e sociais; conjuntura, cuja dimensão paroxística o obrigou a sair em busca de ajuda.

Conclusão

As éticas descritas e analisadas sob a perspectiva das éticas da psiquiatria e do cuidado resvalam para o pragmatismo apressado ou para a identificação com o “outro” e a compaixão pelo “sujeito do sofrimento”, tomado como metáfora do indivíduo. Partimos da consideração dos discursos como laços sociais, como modos de produção - a dita produção de cuidados - e não apenas discursos como enunciados. As quatro modalidades básicas dos laços sociais de produção, enunciadas por Lacan, nos permitiram extrair as modalidades de “cuidado” possíveis, a partir deles, para melhor visualizarmos a ética desejável para o “cuidar” clínico no campo da Atenção Psicossocial. Uma consequência imediata disso foi constatar a necessidade da “tradução” do “Sorge” heideggeriano como cura no sentido de “cuidar-se” (Lacan, 2005), fora das referências “cristianizadas” que leem a cura como “cuidar de”.

Entretanto, o importante passo a mais que procuramos dar consistiu em mostrar a especificidade da coadjuvância do operador “psi”, ou de quaisquer outros que atuem no campo, e a especificidade do processo de produção, bem como dos efeitos produtivos que tal intercessão determina. Dito de outro modo, procurou-se elucidar os efeitos visados pela ética na clínica da Atenção Psicossocial e como alcançá-los. Essa ética parte da tese de que o \$,

embora dividido, sempre se apresenta como agente, sábio, demandante, objeto e desejante. Ao mesmo tempo, referenciado a Ideais que funcionam como sua causa, por mais que, às vezes, ele apareça em extremo estado de alienação social e subjetiva, e orientado teleologicamente para os objetos imediatos do consumo. Tal ética, como política, determina necessariamente certas estratégias e mesmo certas táticas. Não admite qualquer compaixão pelo outro, também não se detém em qualquer tipo de identificação solidária com “sua causa” teleológica ou ideológica; menos, ainda, com seu sofrimento ou minoridade social.

O intercessor psicoterapeuta pautado na ética da Atenção Psicossocial parte do reconhecimento de que seu lugar é função do próprio campo de intercessão; pois este o antecede e gera a eventual necessidade de sua presença. Esta é necessariamente transitória e de ação conjunta com outros analisadores presentes na situação. Posto isso, podemos vislumbrar mais claramente, em síntese, como pode operar-se a revolução que define a ética na clínica da Atenção Psicossocial como ética do desejo. Primeiro, é preciso reconhecer a posição do sujeito (\$) como agente demandante e proprietário único de um saber capaz de dar conta de seu sofrimento e também da possibilidade de produzi-lo, mesmo que na ocasião do primeiro encontro ele o atribua ao outro como mestre (S1) e se fixe na exigência de sentidos tautológicos para sua existência. Segundo, é preciso reconhecer a especificidade desse saber para além da consciência e vontade (embora seja preciso notar também que estas não estão excluídas), como saber inconsciente, determinando a posição do sujeito como protagonista nas condições dadas tanto da sua história sociocultural quanto da sua história subjetiva. Terceiro, é preciso reconhecer a posição do sujeito como produção de sentido, como corte no instituído, como sujeito que aparece em forma de significante no Outro (Lacan, 1982), ou seja, sujeito como enunciação de sentidos novos concretizados em significantes novos, produzidos na própria intercessão significativa, e que podem permitir ao indivíduo remanejar o sofrimento subjetivo e sua posição nos laços sociais que o atravessam e nos quais é atravessador. Por último, é preciso reco-

nhecer a necessidade de suspensão radical do saber enciclopédico-pedagógico-cuidador por parte do operador (suspensão no sentido dialético do termo); dito de outro modo, suspensas as ações de comando e compaixão, mesmo ainda no Discurso do Sujeito, já poderemos operar na ética do desejo. Esta é a única realmente capaz de produzir a substituição das subjetividades serializadas, em que se inserem os sintomas e outros impasses, pela subjetividade singularizada homóloga à saúdesubjetividade correspondente à ética da clínica na Atenção Psicossocial.

Numa análise das possibilidades da efetividade dessa ética para a clínica da Atenção Psicossocial é impossível não perceber todos os fatores de inércia que estão em jogo nas éticas tutelares e consumistas em suas diferentes fisionomias, sobretudo sua homologia com a lógica e a ética do Modo Capitalista de Produção neoliberal globalizado consumista. Isso aponta para a conclusão de que não pode ser da alçada de um operador isolado, e nem mesmo de um campo de ação isolado como o da Atenção ao sofrimento psíquico, a consolidação de uma ética que vise substituir radicalmente tais éticas. Entretanto, isso não deve desanimar, pois a persistência e a tática da ação “micropolítica” nas brechas do instituído são as únicas saídas capazes de estar concretamente em sintonia com a reivindicação de uma ética do desejo que, embora às vezes de forma negativa, sempre se expressa no sentido presente nas diversas formas de sofrimento e de queixas. Nessa perspectiva de análise, as pulsações político-desejantes constituem sempre a (sub)versão dos sintomas e das diferentes irrupções da angústia; daí nossa proposição de que é mais que oportuno que essa subversão deva ser almejada por meio de revoluções nos discursos como laços sociais; revolução nos modos de produção de subjetividade e saúde.

Finalmente, apesar de enunciarmos a ética essencial da clínica na Atenção Psicossocial tomando o exemplo do “sujeito do sofrimento psíquico” - que requer intercessão especificamente subjetiva -, esse conjunto de proposições pode ser desdobrado nas situações de outras demandas do campo social e institucional, e para outros intercessores e outros processos de intercessão, além das clínicas “psi”.

Referências

- BASAGLIA, F. *A instituição negada*: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BROUSSE, M. H. “*O inconsciente é a política*”. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2003.
- CHAUÍ, M. S. Espinosa, vida e obra. In: *Espinosa*. São Paulo: Abril cultural, 1979. (Coleção Os Pensadores).
- CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- COSTA, J. F. As éticas da psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA, J. F. (org.). *Ética e saúde mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996, p. 27-36.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma em saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (org). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-41.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168.
- DELEUZE, G. *Conversações (1972-90)*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- FERREIRA, A. P. Ação e reflexão no campo dos cuidados. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (orgs). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.
- FIGUEIREDO, A. C.; SILVA FILHO, J. (org). *Ética e saúde mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- JULIEN P. *O estranho gozo do próximo: ética e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- LACAN, J. *O seminário, livro X: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- LACAN, J. *O seminário, livro XX: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.
- LACAN, J. *O seminário, livro XVII: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- LAPASSADE, G. *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- LAURENT, E. Como engolir a pílula? In: MILLER, J. A. (org.). *Ornicar? De Jacques Lacan a Lewis Carroll*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- LAURENT, E. *Versões da clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1995.
- LOURAU, R. *Análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- PORGE, E. *Jacques Lacan, um psicanalista: percurso de um ensino*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2006.
- QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁSSIO, F. (org). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 1990.

Recebido em: 28/03/2010

Reapresentado em: 03/04/2011

Aprovado em: 10/05/2011