

## Parte III - Do pós-psicanalítico à pós-história da psicanálise

Os PPPês: profissionais “*psi*” nos serviços de saúde mental

Ana Cristina Figueiredo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FIQUEIREDO, AC. Os PPPês: profissionais “*psi*” nos serviços de saúde mental. In JACÓ-VILELA, AM., CEREZZO, AC., and RODRIGUES, HBC., orgs. *Clio-psyché: fazeres e dizeres psi na história do Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 107-123. ISBN: 978-85-7982-061-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

---



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

## OS PPPÊS: PROFISSIONAIS “*PSI*” NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Ana Cristina Figueiredo \*

**E**m trabalhos anteriores sobre a história dos profissionais “*psi*” no Brasil, tive a oportunidade de fazer um estudo cujo recorte foi a formação dos psicólogos no Rio de Janeiro. Demonstrei, então, a estreita relação entre a psicanálise e a psicologia clínica, na qual a primeira tinha uma ascendência significativa sobre a segunda, gerando situações complexas, e mesmo contraditórias, que envolviam tanto a formação profissional quanto o suporte teórico-instrumental da clínica (cf. FIGUEIREDO, 1984; 1988a; 1988b).

Uma década depois, desenvolvo um estudo sobre relações semelhantes, porém em novo contexto, incluindo a terceira categoria “*psi*” pouco discutida anteriormente: Os psiquiatras. O novo contexto são os serviços de saúde mental da rede pública de saúde, local de práticas multiprofissionais e diferentes dispositivos de intervenção terapêutica.

Na seara do serviço público se encontram e desencontram estas três categorias —psiquiatras, psicólogos e psicanalistas— que constituem e fazem funcionar o chamado campo *psi*. São propriamente a sua face mas, dependendo da organização dos serviços, nem sempre se pode delimitar suas diferenças com nitidez. E, de certo modo, isto talvez nem seja desejável.

O objetivo dessa pesquisa, diferentemente de meu estudo para o mestrado que visava a uma discussão crítica da formação psicanalítica propriamente dita, foi o de situar a questão da viabilidade, ou não, da psicanálise no serviço público, fora de seu meio dito “natural” que seria o consultório. No decorrer do trabalho, deparei com uma certa variação nos discursos que convém discriminar para melhor compreender o problema.

---

\* Professora do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

O que me interessa aqui é apontar e comentar alguns segmentos de diferentes discursos, que ora se afastam ora se aproximam da psicanálise, determinando o campo de possibilidades de seu exercício. Esses discursos resultam de certas identificações produzidas no percurso da formação de diferentes profissionais e, a partir das mesmas, determinam o modo como tais agentes atuam e reproduzem diferentes representações de sua função. Esboço, a seguir, uma certa tipologia, sem pretensões classificatórias, apenas para melhor matizar tais discursos e localizar sua incidência, no que diz respeito às diferentes concepções correntes sobre a psicanálise, de acordo com a inserção dos profissionais nos serviços.

Ao examinar, primeiramente, a categoria dos psiquiatras, observo dois tipos que dividi *grosso modo* em: médicos mentais, cuja função em geral se reduz a medicar os pacientes, e clínicos do psíquico. Estes, além de medicar, oferecem sistematicamente algo mais do que medicação — psicoterapia, na maioria das vezes, ou outro tipo de atendimento, dependendo da oferta do serviço: grupos terapêuticos ou operativos, oficina de trabalho terapêutico, acompanhamento de eventual internação em outro local.

Escolhi fazer uma certa oposição entre os termos mental e psíquico supondo que o primeiro porta uma significação mais associada ao orgânico, e o segundo, ao que costumamos designar como subjetivo.

Entre os médicos mentais, há os chamados organicistas ou biológicos que concebem o tratamento como alteração de reações neuroquímicas no organismo e não levam em consideração qualquer outro instrumento clínico, em qualquer situação. O máximo que admitem no campo das psicoterapias é o modelo comportamental-cognitivo. Neste sentido, não consideram viável uma abordagem psicanalítica. Há também os que têm uma formação sistemática em psicanálise, em geral vinculados a uma das sociedades psicanalíticas tradicionais (refiro-me às pertencentes à IPA). Aqui, a psicanálise está referida à aquisição de uma técnica terapêutica, com estatuto bem definido, autorizando um modo específico de atendimento restrito ao consultório, tantas vezes por semana e para uma população bem diferente da que chega aos ambulatórios e serviços de saúde

mental em geral. Poderia tratar disto como mais um exemplo da burocratização tanto do trabalho clínico quanto da formação profissional. E, segundo o que entendemos como a boa clínica, não deixa de sê-lo. Mas, se tomamos o ponto de vista do profissional, há algo mais a considerar: a própria concepção de psicanálise que está em jogo.

Por um lado, existe o preconceito gritante quanto à flexibilidade do *setting* analítico, no tocante à frequência, que aparece em enunciados do tipo “você vê o paciente uma vez por semana, às vezes de 15 em 15 dias, como vai poder trabalhar a transferência?” Ou “eles vão e voltam de modo muito irregular, não se ligam ao tratamento”. Ou “uma análise exige que a pessoa dedique um tempo constante de sua rotina para poder ver os primeiros resultados..., às vezes o paciente chegava e eu nem me lembrava mais do que ele falou na última sessão”.

Todas estas afirmações são frequentes entre os diferentes profissionais no serviço público e, sem dúvida, preocupantes; pois, de fato, lida-se com uma população, instável e variável, em busca de atendimento. O problema é fazer disso um argumento, quiçá um pretexto, para inviabilizar qualquer tentativa de trabalho psicanalítico ou mesmo psicoterapêutico, para empregar o termo corrente.

Por outro lado, o preconceito aparece na própria definição estereotipada do que seja o trabalho analítico como, por exemplo:

“Uma análise exige que o paciente compreenda a linguagem do inconsciente, traga sonhos, fale de sua realidade interna e não dos fatos do dia-a-dia”. Ou:

No começo até tentei com algumas pessoas, especialmente mulheres que vinham se lamentando da vida..., mas, quando chegava a uma interpretação mais profunda, não entendiam, ou não queriam acreditar no que eu dizia,... ou simplesmente passava um tempo e não voltavam.

Ao indagar o que seria o “mais profundo”, ouvi como resposta:

Você sabe... algo sobre a sexualidade... Por exemplo, uma senhora que reclamava de ter que cuidar do marido alcoólatra e quando

interpretei, depois de tanto escutar detalhes sobre isso, que ela queria desmamar o filho que não amamentou [esse dado sobre o filho lhe foi fornecido lateralmente numa sessão], ela ficou danada comigo e não voltou mais.

Este exemplo remete especificamente à discussão sobre o que seja a interpretação em psicanálise, mas não abordarei este ponto aqui. O que interessa agora é a apreensão mais geral de uma concepção pedagógica da psicanálise, presente não apenas entre os médicos mas corroborada pela ideia de que um tratamento exige uma adequação do paciente ao que lhe é oferecido de modo objetivo e claro, sem arestas ou desvios que possam comprometer seu bom andamento. O melhor exemplo disso, relatado por um entrevistado sobre uma conversa informal com um colega, poderia estar no tratamento medicamentoso propriamente dito:

Se até pra medicar eles são difíceis... imagine se dá pra oferecer psicanálise?... A gente não sabe se eles tomam o remédio direito como foi prescrito. Eu tento explicar para que serve a medicação, como deve ser tomada, que não deve ser interrompida sem meu conhecimento etc. Tem médico por aí que nem se dá ao trabalho de explicar. Antes eu achava um absurdo... mas, hoje, penso que quanto mais se explica mais complica. Eles querem a melhora imediata e pronto.

O que chama a atenção é o “até pra medicar”, como se a medicação, último baluarte da objetividade, fosse envolvida por essa incapacidade dos despossuídos de discernir entre magia e ciência. Convém lembrar que esse exemplo refere-se a pacientes e ou familiares que teriam condições de se responsabilizar pela administração da medicação.

Um entrevistado me forneceu uma indicação para refletir sobre esse tipo de discurso como o sintoma do médico. Comentando sua formação, se disse impressionado com a expectativa criada nos cursos de medicina sobre o verdadeiro trabalho médico:

Somos preparados para lidar com doenças graves que requerem hospitalização, mais raras como a leucemia e outras, e quando você chega no ambulatório vai tratar diarreia, verminose, anemia... Isso cria um conflito muito grande, você sente sua clínica desvalorizada..., pra que leu tanto texto em inglês?

Transpondo tal fala para o campo “*psi*”: “Você acha que o cara não subjetiva, só vê o corpo, não tem possibilidade de fazer uma análise”.

Em suma, se só o fato de ser médico já provoca esse “choque cultural”, o que não dizer do fato de investir numa formação prolongada e cara como a oferecida nas sociedades psicanalíticas? Há uma escolha a ser feita no enfrentamento da clínica no serviço público que não diz respeito exclusivamente à psicanálise. Se a autoridade médica é o ápice da hierarquia, isso não quer dizer que, pelo menos no que diz respeito ao psíquico, o médico de fato saiba o que é melhor para o paciente. Quem deve se adaptar a quê?

Sem dúvida, quem sabe sobre o “remédio” é o médico. Remediar um dado sofrimento traduzido como conjunto de sinais e sintomas específicos que requerem determinada composição química com efeitos diretos e colaterais é, por excelência, o campo do saber médico. E é bom que o próprio saiba bem como fazê-lo, mas até para isso é preciso ter, no mínimo, a paciência (ou ela é própria dos pacientes?) benevolente de escutar para melhor traduzir a queixa. Isso já significa que ao queixoso se atribua alguma legitimidade, tanto no que se refere à veracidade de sua fala sobre as sensações quanto à possibilidade de explorá-la até um limite satisfatório para a escolha da medicação e o modo de administração. Tomar remédio nunca é um ato isento da participação do sujeito que, por sua vez, nunca se revela de modo transparente e unívoco ao médico.

Tomemos um exemplo prosaico da clínica médica: um paciente hipertenso, após acompanhamento com nutricionista por um bom tempo, não consegue emagrecer nem alterar sua pressão. A médica encaminha para a psicologia, não sem antes passar-lhe um carão. Depois de uma ou duas entrevistas com a psicóloga, que nada lhe pedia além de falar, confessa:

Sabe o que é, doutora, é que eu minto pra outra doutora. Ela é muito zangada. Não posso dizer pra ela que não consigo deixar minha cachacinha, minha linguicinha, porque senão ela não me atende mais...

Esperteza, burrice, má-fé, impulso suicida, ou algo mais na vida de alguém que se recusa a ser definido apenas como “hipertenso”? Que saber está em jogo? O exemplo fala por si.

Entre os que defini como clínicos do psíquico, se encontram os que consideram a psicanálise mais um recurso entre outros no trabalho clínico do que a afirmação de uma identidade irreduzível a outras definições. Em geral, dedicam-se mais aos pacientes psicóticos e diversificam sua abordagem promovendo ou incentivando outros recursos terapêuticos, como os grupos com diferentes finalidades —operativos, visando a execução de tarefas; de ajuda mútua; terapêuticos *etc.*— e atividades extra-ambulatoriais nos serviços que oferecem espaços de convivência e ocupação, como oficinas, hospitais-dia, lazer assistido *etc.* São menos corporativos, interagem mais com os outros profissionais e não se valem de sua autoridade médica além do necessário para fazer funcionar os dispositivos de cuidado em geral. Curiosamente, alguns são vistos como “santos”, muito dedicados, principalmente porque, de um modo geral, não dão ouvidos às regras e formalidades do serviço público e privilegiam as situações clínicas emergentes em qualquer circunstância.

Um paciente psicótico retorna ao grupo um dia dizendo que teve que se internar porque não encontrou seu psiquiatra em casa, naquele fim de semana, para medicá-lo. Para ele, isto era a exceção. Contudo, essa não é a principal característica dos clínicos do psíquico. Esse profissional salvador da pátria é raro e não chega a se constituir como modelo. Seu modo de agir é singular e movido por motivações que não me cabe discutir. Entretanto, sua presença na instituição por si já é modificadora, tanto das demandas de atendimento quanto dos efeitos sobre outros profissionais não médicos que gravitam a seu redor. Por sua conta e risco, faz funcionar uma clínica mais próxima dos projetos renovadores da assistência psiquiátrica. O risco maior é de se tornar insubstituível exatamente pelo mesmo motivo de ser inigualável; ou seja, de não visar, ou não ter meios de, transmitir seu modo de trabalhar, ou provocar mudanças mais efetivas nos serviços.

Há também, entre os clínicos do psíquico, os que ao serem identificados com o médico, o doutor por excelência, se apresentam ao paciente como os que fazem psiquiatria —ministram medicamentos— e psicologia —conversam. Sendo assim, esses médicos-psicólogos abrem espaço para uma possível escuta psicanalítica e, segundo alguns entrevistados envolvidos com a psicanálise, essa é uma tática importante para tornar viável uma demanda diferenciada, em geral dirigida aos psicólogos. Estes sim, os conversadores por excelência. Aqui, fazer psicanálise não significa apresentar-se como psicanalista, seja para o paciente ou para a instituição. Isso pode ser mais um anseio corporativista sem efeito algum. A psicanálise para esse profissional não é mais uma técnica restrita a certas regras impraticáveis nos ambulatórios, mas uma possibilidade marcada pela oferta do profissional. Agora depende do sujeito aceitar ou não, e daquele que se propõe levar à frente um trabalho psicanalítico, de manter sua oferta e manejar os meandros delicados da transferência.

Um entrevistado me alertou sobre os perigos de se “ir com muita sede ao pote”, principalmente no caso de um iniciante (Freud já chamava a atenção para o *furor sanandi*. Mas há também o *furor psicanalisandi*, num rústico latinismo) Ele relata o caso de uma paciente histérica que era trazida pela vizinhança e chegava sonolenta, adormecendo na sala de espera. Tinha que ser acordada para ser atendida.

Eu fiquei tão encantado que ela começou a dizer que eu a tinha seduzido, ela sacou aquilo de uma outra forma. Mandeí para uma pessoa medicar, e ela foi se queixar no serviço social que eu tinha feito ela dormir, que eu a tinha seduzido no consultório.

O encantamento do jovem médico, que pratica a psicanálise, com o caso clínico tem seu correlato no desencantamento da bela adormecida, seduzida, que transforma seu sono entregue numa revolta queixosa às assistentes sociais, criando caso — endereçamento caprichoso e prenehe de sentido para uma histérica.

Freud nos alerta:



(...) desamparado contra certas resistências do paciente, cuja recuperação, como sabemos, depende primariamente do jogo de forças que opera nele (...) o analista deveria se contentar com algo similar [a] *'Je le pansai, Dieu le guérie'* (FREUD, 1912: 115).

À bela indiferença, como responder com a diferença? Esse exemplo pode ser paradigmático de uma dificuldade muito presente entre os iniciantes na psicanálise, médicos ou não, que se deparam com o óbvio dos livros no inusitado do sujeito onde se produz um fosso entre o quadro clínico e o que pode vir a ser o caso clínico. Este é o maior desafio.

Voltemos à psicologia possível para os médicos-psiquiatras e retenhamos a lição de que é preciso ser um pouco psicólogo, no sentido lato, para se afastar das armadilhas do modelo médico. A principal delas é tomar o sintoma como sujeito do experimento e o sujeito como objeto de intervenção. Em outras palavras, o problema aí reside em separar o sujeito de seu sintoma como se sujeito e sintoma tivessem que ser tratados separadamente, ficando o sintoma do lado “objetivo” e o sujeito do lado “subjetivo” do tratamento.

Quanto à categoria dos psicólogos, são uma esmagadora maioria de mulheres com diferentes percursos no campo das psicoterapias e na psicanálise. Logo de saída, se deparam com o peso da autoridade médica na hierarquia do saber. Frases como “o doutor é quem sabe” ou “estou aqui porque o doutor mandou” são recorrentes no início dos atendimentos frequentemente encaminhados pelos médicos, e o primeiro indício de que há uma difícil tarefa pela frente. Interditados, e por isso liberados, do recurso à medicação, os psicólogos sabem que é preciso fazer outra coisa. Nesse sentido, há quem diga que estão naturalmente convocados à chamada psicoterapia. Se a psicoterapia é tão natural e os médicos mentais são os primeiros a reconhecer isso, qual a natureza da psicoterapia?

A conversa é o ponto de convergência e a referência primeira daqueles que demandam um tratamento diferente do medicamentoso. A coisa complica quando indagamos que tipo de conversa e com que finalidade?

Em sua formação, os psicólogos se deparam com uma grande variedade de “teorias e técnicas psicoterápicas”. Este é o nome de uma série de disciplinas obrigatórias na maioria dos cursos de psicologia. Deixo de lado as técnicas de modelagem do comportamento com suas variações —cognitiva, dessensibilização, reflexológica *etc.*— e as chamadas terapias alternativas — Gestalt–Terapia; terapia rogeriana; abordagem fenomenológica; e, mesmo, as terapias corporais menos centradas na palavra (RUSSO, 1993)— que, de imediato, nos levam à pergunta: alternativas a quê? Deixemos que Castel (1981) responda: são alternativas à própria psicanálise e dela derivam, numa certa banalização, sob a rubrica de pós-psicanalíticas.

O que interessa discutir é esse território de fronteiras indefinidas que compreende a psicanálise e sua correlata, a chamada psicoterapia de base analítica tão difundida nos anos 70 por uma certa facção dos psicanalistas como a única possibilidade de trabalho clínico para os psicólogos.

Como já discuti nos estudos aqui mencionados, de um modo geral, define-se a psicoterapia de base analítica pelo negativo. Não seria psicanálise porque não tem o mesmo *setting* —frequência, duração das sessões, divã, pagamento—, nem a mesma qualidade da transferência e da interpretação, pilares do trabalho psicanalítico. Os principais motivos alegados por psicanalistas das mais diferentes filiações são as condições do serviço público e o tipo de clientela. Justiça seja feita aos lacanianos que recusam essa diferença apostando que só existe uma psicanálise e qualquer variação conspurca a verdadeira revolução freudiana. O risco é cair num corporativismo estéril que só dificulta as relações intrainstitucionais e acaba por ter consequências na clínica. A diferença aí adquire outro estatuto: pode-se não ter condições de levar adiante uma psicanálise. Logo, o que se consegue nesses casos é produzir efeitos terapêuticos aquém dos efeitos propriamente psicanalíticos, mas a postura seria a mesma, não cabe dar outro nome para encobrir um limite muito mais sutil da prática psicanalítica que deve ser discutido a partir de suas próprias premissas.

É notável que vários psicólogos e psiquiatras referidos à psicanálise adotam o termo psicoterapia de base analítica, ou porque se submetem a

critérios inflexíveis assimilados em sua formação para definir o que é psicanálise ou porque, em seu próprio percurso —análise pessoal, principalmente, mas também definição e percurso teórico-clínico—, não conseguem definir seu trabalho como tal. Estão divididos em relação a seu lugar como psicanalistas, só podendo afirmá-lo sob a proteção do ideal do consultório onde, não raramente, enfrentam dilemas semelhantes no cotidiano da clínica. Eis o seu sintoma. Seriam, numa certa ironia, classificados como os psicanalistas de consultório embaraçados em sua prática, de um lado, com uma população difícil, e de outro, com os desafios do serviço público.

Com relação aos psicólogos, observei um outro dilema que não diz respeito apenas à trajetória na psicanálise, mas também ao ideal social. Em geral, são profissionais mais sensibilizados para as questões sociais, talvez porque seu percurso seja marcado por uma certa tradição de militância política privilegiando os direitos sociais do cidadão em detrimento das exigências da clínica. Isto é, o sujeito é considerado mais a partir de suas condições socioculturais e econômicas do que a partir das sutilezas que podem ser lidas ou inferidas em seu discurso, que apontam para uma dimensão mais virtual, mais obscura de sua queixa.

Suponho que esses profissionais tiveram maior acesso à literatura referente aos estudos sociológicos e antropológicos sobre a chamada população de baixa renda e ainda permanecem sob o impacto paralisante de suas revelações que, sem dúvida, são fundamentais para se repensar a clínica. Entretanto, sabemos que ao clínico compete ir adiante de posse dessas informações, sem, contudo, erigi-las à condição de instrumento ou de impedimento para a clínica. Esse nunca foi o objetivo dos cientistas sociais.

Sabemos que não existe o puro sujeito do inconsciente como uma entidade abstrata fora das condições socioculturais que o engendram, e também, que um certo modo de tradução da experiência subjetiva pode, numa primeira visada, se apresentar como incompatível com determinada concepção de sujeito atribuída à teoria psicanalítica. O que destaco aqui é o aspecto sintomático da apropriação desses estudos e suas consequências inibidoras. É preciso que situemos nossa função na clínica psicanalítica

como produtores de um dispositivo peculiar da fala que lhe atribui uma dimensão específica.

O que quero aqui é alertar para esta hipervalorização da palavra “social” que subsume uma variedade de concepções que têm como ponto comum as velhas oposições indivíduo psicológico  $x$  realidade social, alienação  $x$  engajamento, e cuja função maior parece ser a de favorecer a resistência à psicanálise por parte dos próprios profissionais, já que o “social” é por eles tomado como uma condição intransponível do sujeito. Aí se confundem e se perdem numa espécie de psicologia do social ou, ainda, de uma sociologia do psíquico. Poderíamos chamá-los de sociólogos do psíquico.

Entre alguns exemplos da “determinação do social” são mencionadas situações constantemente recorrentes nos atendimentos relativas a faltas, interrupções, histórias de vida trágicas —como estupros, espancamentos, mortes violentas de entes queridos, pobreza miserável—; enfim, toda sorte de problemas raramente encontrados no consultório. Tudo isto é posto sob a rubrica do “social” como uma entidade, quiçá uma identidade, reificada que opera maciçamente sobre o sujeito inviabilizando o trabalho psicanalítico. Depoimentos do tipo:

“Não podemos tratar essas pessoas fora do social”. Ou: “As condições sociais são tão mais pregnantas,... como vamos fazer o paciente pensar só nele e em seus problemas pessoais se os problemas que ele tem são muito mais concretos?” Ou: “Para eles não faz sentido ficar especulando sobre coisas que não dizem respeito a suas condições de vida”. Ou: “Eles vêm atochados de problemas... histórias cabeludas.., e querem que você, como por milagre, acabe com tudo que os faz sofrer... como posso dizer pro sujeito que ele tem que se mudar daquele lugar ou esquecer as cenas de violência... *etc.*?” Ou: “A mulher apanha do marido e diz que não tem como sair de casa... e não tem mesmo pra onde ir...” Ou: “O cara bebia muito e dizia que sua vida era um inferno... já foi pro AA, já tentou suicídio, já foi no psiquiatra, e disse que sua última esperança era que eu o fizesse parar de beber... já estava com o fígado comprometido... é muita

responsabilidade! Eu disse que isso ia depender dele e ele não aceitou... não tive mais notícia...”

Pelos exemplos, começo perguntando o que é tratar uma pessoa fora do social? É tratá-la fora de seu hábitat? Ou fora de seus referenciais? Ou, fora do mundo concreto, propondo um mundo abstrato e especulativo? Ouvi como resposta:

Você não faz parte daquele meio... qualquer coisa que você pergunta já significa que você não entendeu. Isso aconteceu com uma pessoa que atendi..., eu pedia para ela explicar e isso era tomado como uma desconsideração... sei lá...

Ou:

Você tem que tomar o maior cuidado porque se quer levar a conversa para uma coisa mais subjetiva, você pode estar desvalorizando aqueles problemas todos, tão graves..., as pessoas parecem sem saída..., não dá pra fazer um trabalho só falando sobre coisas concretas que fazem sofrer mesmo.

Este tipo de argumentação, se não confirma, pelo menos corrobora minha hipótese de que a velha dicotomia indivíduo x social é o seu ponto de partida. Trata-se apenas de escolher de que lado se está; ou melhor, de que lado colocam a psicanálise. Sabemos que há um limite real do alcance da psicanálise, ou de qualquer terapêutica, mas esse é o fim da história e não seu começo. Sabemos também que não se faz psicanálise da miséria. E, por isso, vamos afirmar a miséria da psicanálise?

### **Como lidar com essas situações–limite?**

A tarefa do psicanalista aí consiste, mais do que nunca, em oferecer ao sujeito uma possibilidade de tematizar, ressignificar e elaborar sua “miséria”, até onde for possível, para tomar uma outra posição frente a toda essa desgraça cotidiana da qual, até certo ponto, não fazemos parte, mas justamente por ser parte da vida desses sujeitos, que resposta é possível para que não sejam totalmente assujeitados à sua condição?

O sujeito não é idêntico às condições sociais que o determinam, se assim for, estamos irremediavelmente condenados a essa determinação. A apreensão subjetiva dessa determinação é o que nos interessa; ou seja, o modo como o sujeito aí se situa. Além disso, tudo vai depender das possibilidades da transferência. Se o sujeito acha que está falando com alguém que não pode “compreendê-lo”, não há nada mesmo a fazer. É bom lembrar que isso pode acontecer em qualquer lugar e por motivos aparentemente banais. O manejo da transferência é fundamental para fazer falar. Se isto não é possível...

A psicanálise seria uma tarefa impossível? Para Freud, de certo modo, sempre foi, juntamente com educar e governar. E afirmava a miséria banal como parte da condição humana que jamais seria erradicada pela psicanálise.

Quanto aos outros argumentos, como as faltas, podem ser indicadores de momentos difíceis do sujeito na vida, mas também na análise. Uma coisa não exclui sumariamente a outra. Quanto às interrupções, sempre há o recurso de um chamado sem repreensão, ou de um convite a retornar quando for possível ou quando o sujeito sentir necessidade. O resto cabe a ele, seja com que recursos for.

Quanto às histórias de vida, aí temos, ao invés do típico sentimento de “não há nada a fazer”, um manancial de trabalho: como são contadas e recontadas; onde se situa o sujeito; que fantasia aí se tece; do que ele pode realmente se desfazer para dar um rumo minimamente diferente a sua vida. Isto não é psicoterapia de apoio, aconselhamento, ou de base analítica. Muito menos o esvaziamento da condição social do sujeito. É propriamente uma aposta na possibilidade de haver mudança na realidade do sujeito, em função de até onde vai sua aposta, em um campo variável de possibilidades. Isto, por sua vez, depende também do manejo do analista. O investimento é diferenciado, mas é para ambos. E a recíproca é verdadeira: ao desinvestimento do profissional, seja na instituição ou na psicanálise, corresponde um desinvestimento do sujeito.

Portanto, antes de afirmar que essa população não investe no tratamento —seja por não pagar, por não saber do que se trata, por não poder, em função de suas condições precárias ou, simplesmente, por não querer—, é preciso que o profissional se inclua no processo analítico e questione seus próprios investimentos. Antes de delegar ao outro, exclusivamente, o fracasso antecipado do projeto analítico, é necessário transformar suas hipóteses —quase certas— em questões acerca de si mesmo: “Estarei desinteressado deste trabalho por não ser bem pago?; por não saber o que fazer de sua própria clínica?; por ter condições precárias de suportar as mazelas alheias?; ou, simplesmente, por não querer?”

Entre os psicólogos entrevistados, encontrei os que admitem não ter mais fôlego para investir no serviço público. Geralmente estão à beira da aposentadoria. Estes seriam, de antemão, os psicólogos aposentados. E, também, os iniciantes recém-concursados com muito fôlego mas sem saber como afirmar sua clínica. Seja por terem um percurso recente na psicanálise, ou por não saberem como lidar com os entraves burocráticos que ameaçam seus projetos ou por ambos os motivos. Seriam os novos pessimistas, que já se retiram antes mesmo de entrarem no jogo.

Os dois grupos apresentam uma fala queixosa e acusatória da falência das instituições públicas que justificaria uma inoperância da clínica já de saída. Sem dúvida, este é um problema grave e sua solução, ou não, é determinante das condições de trabalho em qualquer área, da saúde à educação. Neste sentido, uma coisa não deve se confundir com a outra. Reconhecer limites não significa abrir mão de experimentar, de ousar na clínica e levar adiante seu trabalho.

Duas ameaças pairam no ar: a burocratização do trabalho clínico como confirmação da falência do serviço público, e o recurso ao corporativismo como forma de proteção da identidade profissional, que pode gerar um empobrecimento da clínica.

Os burocráticos fazem uma psicoterapia anódina, e os corporativistas criam tensões que acirram as disputas de poder pelas pequenas causas, mais do que nunca imersos, no indesejável narcisismo das pequenas diferenças.

Há, ainda, os psicólogos que, mesmo não se apresentando como psicanalistas, falam com simplicidade de uma clínica, na qual veem acontecer situações de análise muito próximas das encontradas no consultório, sem que isto signifique uma redução ao *setting* privado. De um modo geral, parecem ainda não ter conseguido, em seu percurso, um reconhecimento ou autorização para se dizerem psicanalistas. A psicanálise parece estar substancializada num ideal a ser atingido. Em determinado momento de maior dificuldade na clínica, esse ideal pode ter consequências perturbadoras. Por este mesmo motivo, buscam supervisões, conversam com colegas, recorrem aos livros, grupos de estudo e a suas próprias análises. Curiosamente, eles põem em marcha a concepção de formação analítica por excelência proposta por Freud e sistematizada, nem sempre da melhor maneira, nas sociedades psicanalíticas. São os que denomino psicólogos psicanalíticos. A psicanálise vem adjetivada em expressões como: “trabalho com o referencial psicanalítico”. Ou “faço uma clínica psicanalítica”. Ou, ainda, “minha experiência é psicanalítica”.

Mas, isto é bem diferente da chamada “psicoterapia de base analítica”. Esta pressupõe duas maneiras de fazer psicanálise, enquanto que as frases acima vão em direção à psicanálise. Essa diferença não é nada desprezível em suas consequências clínicas.

Finalmente, encontrei entre psicólogos e psiquiatras os que se definiam como psicanalistas e, como tais, se apresentavam nas instituições, recusando atribuições que os desviassem de sua prática psicanalítica. São os psicanalistas estrito senso e correspondem, aproximadamente, a um terço dos entrevistados. Em sua grande maioria são lacanianos com filiação institucional; outros são lacanianos, mas não são membros de qualquer instituição; e outros são de algum modo afinados com a leitura que Lacan faz de Freud, mas filiados a instituições com diferentes tendências. Em minha amostra, não encontrei ninguém que defenda um trabalho



psicanalítico no serviço público, e se diga psicanalista sem hesitar, que não tenha uma ligação com o pensamento lacaniano. Isto não é novidade.

Em trabalhos anteriores sobre o movimento psicanalítico no Rio de Janeiro nas décadas de 70 e 80 (FIGUEIREDO, 1984, 1988a/b), eu já havia indicado que o movimento lacaniano aparece com a função de redefinir o campo psicanalítico e retirá-lo do imbróglio eclético das psicoterapias que ameaçavam descaracterizá-lo, transformando tudo em psicanálise, ou a psicanálise em nada. Portanto, não é de se estranhar que, na década de 90, aquele projeto tenha se concretizado.

Os psicanalistas explicitamente referidos a Lacan insistem em marcar uma diferença para com os psicólogos psicanalíticos que pode gerar tensões, às vezes, insolúveis. Pode, por outro lado, traçar com clareza os próprios limites do trabalho psicanalítico no serviço público.

Uma psicanalista relata observações curiosas sobre a ambiguidade de seus colegas, que hesitam entre se apresentarem como psicanalistas, ou como psicólogos, num serviço eminentemente médico. Ao mesmo tempo, tiram proveito de uma outra ambiguidade entre a figura do médico e a do psicólogo niveladas pela designação de “doutor” atribuída a ambos pelos próprios colegas, o que adquire um sentido bem diferente de quando essa atribuição é feita pelos pacientes. O que essas ambiguidades vêm nos indicar? Que tipo de qualificação é essa que, ao privilegiar a igualdade de *status*, desqualifica as diferenças na clínica?

Para afirmar a clínica psicanalítica, o que está em jogo, num primeiro momento, é um sintoma específico: a manifestação de uma fantasia que traduzo como o desejo de ser psicanalista, produzido no percurso de cada um. Trata-se de um sintoma necessário, mas não suficiente, exatamente porque, de algum modo, coloca a psicanálise num lugar ideal de onde exerce seu fascínio. Sem ele, não se tem como avançar diante de tantos desafios e obstáculos cotidianamente presentes no serviço público.

Dado este primeiro passo, é fundamental definir com clareza o que deve ser identificado como o trabalho do psicanalista, sua função propriamente dita.

Só assim, pode-se manejar aquele sintoma na direção desejada, e fazer cair a idealização da psicanálise, seja como uma prática sublime envolta em uma obscura roupagem teórica a ser desvelada um dia, seja como uma prática elitista e individualista fadada a restringir-se aos consultórios.

### *Referências bibliográficas*

- CASTEL, R. “1967–1980. Destabilisation du discours psychiatrique et mutation des pratiques de la médecine mentale”. Tese de Doutorado, Université Paris V — René Descartes, 1981.
- FIGUEIREDO, A.C. “Estratégias de Difusão do Movimento Psicanalítico no Rio de Janeiro — 1970/1983”. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, PUC/RJ, 1984.
- \_\_\_\_\_. “Uma reflexão sobre as relações entre psicanálise e psicologia clínica no Rio de Janeiro na década de 70” in STTUBE, H. e LANGENBACH, M (orgs.) *História da Psicologia no Brasil*. Departamento de Psicologia, PUC/RJ, 1988a.
- \_\_\_\_\_. “O movimento psicanalítico no Rio de Janeiro na década de 70” in *Percursos na História da Psicanálise*, Rio de Janeiro, Taurus-Timbre, 1988b.
- \_\_\_\_\_. “Por uma psicanálise possível nos serviços de saúde mental” in *Cadernos IPUB*, n° 3, UFRJ, 1996.
- \_\_\_\_\_. “Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público”. Tese de Doutorado, IMS/UERJ, 1996.
- FREUD, S. *Standard Edition of the Complete Psychological Works*, Londres, Hogarth Press, 1978: (1912). The Dynamics of Transference, vol. XII
- RUSSO, J. *O corpo contra a palavra: as terapias corporais no campo psicológico dos anos 80*. Rio de Janeiro, Editora UFRJ, 1993.