

ENTRE A POLÍTICA E O CASO ÚNICO: O DISCURSO ANALÍTICO NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL

*Táisa Serpa
Roberto Pires Calazans*

O Brasil protagoniza, desde o fim da década de 1970, um processo de reconstrução do campo da saúde mental sem precedentes em outro país. Reconstrução que parte de questões políticas, com as denúncias ao caráter segregador da psiquiatria no início dos anos 1980, que acarretou uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), e que em um momento posterior atingiu também as esferas jurídica, social e técnica. As mudanças na legislação de saúde mental geradas pelo movimento político conhecido como Reforma Psiquiátrica tiveram, como consequência direta, a mudança no modelo de assistência.

Fernando Tenório (2001) assinala que, atualmente em nosso país, o campo da saúde mental divide-se entre duas vertentes principais: a da reabilitação psicossocial, influenciada pela experiência política advinda da Itália; e a vertente clínica que encontra na psicanálise sua fundamentação. A reabilitação psicossocial é um modelo com um intento: a reinserção social, fim último de uma proposta de recuperação da cidadania. À psicanálise, cabe sustentar uma ética que afirma em que

O analista há de ajudar a impedir que, em nome da universalidade ou de qualquer universal, seja humanista ou anti-humanista, esqueça-se a particularidade de cada um. Esta particularidade é esquecida na saúde mental. É preciso recordar que não há que se tirar de alguém sua particularidade para misturá-lo com todos no universal, por algum humanitarismo ou por qualquer outro motivo (LAURENT, 2000, p.15).

Nesse sentido, a própria cidadania é também da ordem de uma construção própria a cada sujeito, e cada um a construirá como pode, desde que lhe seja dada a possibilidade de se situar como sujeito. Eis a grande contribuição da psicanálise ao campo da saúde mental.

Se existe, por um lado, a política de saúde mental, existe, por outro, a política da psicanálise, que se sustenta em sua ética. A ética da psicanálise – justa medida entre o desejo e a ação – se ancora no bem dizer do sujeito com relação ao desejo.

Recorremos ao filósofo Alain Badiou (1999) para pensar o conceito de política. Para ele, a política é a representação, por meio de organizações, do conflito de interesses e dos ideais de um determinado grupo. Ela é, antes de tudo, um mecanismo de representação; ora, se voltarmos na fala de Laurent citada acima, temos que a incidência da psicanálise no campo político é da ordem de uma convocação que incide na concepção de ética que a psicanálise sustenta. Hoje, a saúde mental esforça-se em combater toda uma história de segregação promovida por uma cultura manicomial de anos, e assim o faz preconizando a política de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial que acentua a cidadania enquanto um ideal formatado a ser alcançado. Cabe à psicanálise a tarefa de sustentar uma ética do desejo que se orienta pela escuta do sujeito, advertindo que não basta derrubar os muros do manicômio para combater a exclusão. Às novas instituições da saúde mental, os chamados serviços substitutivos, confere-se o papel de efetivar estes ideais de bem e de cura, proporcionando uma prática com caráter normatizador que funciona com um saber prévio, muitas vezes assumindo um viés superegóico (RINALDI, 2006).

Como sustentar o discurso do analista, sustentar a ética da psicanálise num campo tão plural quanto o da saúde mental? Campo este em que encontramos diferentes concepções de ética, de política e de clínica; onde as noções de coletivo e individual, política e clínica, ética e política estão ainda um tanto quanto imbricadas? Se a política é mecanismo de representação dos ideais de determinado grupo, como sustentar uma ética do desejo que implica em reconhecer a subjetividade, reconhecer o sujeito enquanto ser único?

Se por um lado o psicanalista não deve recuar frente ao trabalho nas instituições de saúde mental, e frente às possíveis incidências no campo político que fundamenta tais instituições, faz-se necessário à psicanálise afirmar sua especificidade sustentando sua ética, não a despeito do que a política de saúde mental preconiza, mas incidindo aí mesmo, onde a política reformula a saúde mental.

Quando pensamos a possibilidade da psicanálise se constituir como uma posição importante no campo da saúde mental, sobretudo na política que o fundamenta, não o fazemos com o intuito de instituir a psicanálise enquanto verdade última, mas justamente pelo contrário, ou seja, a psicanálise pressupõe um saber não-todo, pressupõe que a verdade está do lado do sujeito, cabendo a ele dizê-la, não por completo, mas o que lhe é possível, agindo de acordo com seu desejo.

De acordo com o Ministério da Saúde, o campo da saúde mental e as políticas que o regulam dirigem-se a uma clientela composta por psicoses, neuroses graves e usuários de álcool e outras drogas; e o atendimento em serviços substitutivos guia-se normalmente pelo índice de perda da possibilidade de trocas sociais do indivíduo, sendo o objetivo do tratamento correlato ao objetivo político que fundamenta tal campo: a restituição de tal capacidade, ou seja, a reinserção social daquele que recorreu a tais instituições. Baseados nestas premissas, entendemos que a psicose coloca um problema para a saúde mental, pois é justamente na relação com o Outro que se situa a questão destes sujeitos.

Mas, para compreendermos como se situam a clínica e a política no campo da saúde mental, faz-se extremamente necessário esclarecer que, embora a Reforma Psiquiátrica se inscreva dentro do campo da saúde mental brasileira, elas não são sinônimos. *Saúde Mental* como campo de intervenção de políticas públicas específicas foi um termo cunhado pelo movimento americano conhecido como Psiquiatria Preventiva. Dentro deste campo, mas

sem se restringir a ele, inscreve-se um movimento político que surgiu no bojo da Reforma Sanitária brasileira e ficou conhecido como *Reforma Psiquiátrica*. Tal movimento teve como marco inicial a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), causada por denúncias de maus-tratos a pacientes, denúncias estas feitas por um grupo de residentes de uma instituição. A partir daí, podemos desenhar a Reforma Psiquiátrica e seu principal objetivo: o questionamento do aparelho psiquiátrico e seu legado em dizer a verdade sobre a loucura. Se estes dois campos são tomados como sinônimos, há também a possibilidade de tomarmos como iguais os campos da clínica e da política. Se há uma particularidade da saúde mental no Brasil é esta: clínica e política estão tão próximas que, por vezes, se confundem, e vemos claramente dentro das instituições de saúde mental a política ser tomada como nossa prática diária, quando ela deveria ser apenas nosso norte.

Este movimento, chamado Reforma Psiquiátrica, não deve ser um movimento que se restringe meramente a pensar o questionamento da exclusão social do louco, até porque se esgota-se aí. É preciso lembrar que, se o que sustenta a Reforma Psiquiátrica é o princípio de inclusão da loucura na sociedade, a derrubada dos muros dos manicômios pode até representar a queda de um espaço de exclusão do insuportável, mas de maneira alguma questiona o mecanismo que sustenta a exclusão. Como nos lembra Maleval (2007): “não basta opor-se a um sistema de pensamento para romper com a alienação que ele engendra” (MALEVAL, 2007, p.10).

O que nos questionamos é: o que fazer agora? A ideia do manicômio como único espaço da loucura foi derrubada. Mas como resolver o *furor* da inclusão? A política de saúde mental preconiza a reinserção social, este pode ser o norte de nossa ação, mas antes disso, ela deve ser balizada por uma ética. E é aqui que encontramos a psicanálise. Sabemos que a presença dos psicanalistas nas instituições de saúde mental extrapola um simples

'estar ali'. Os psicanalistas têm discutido, também, os rumos da saúde mental. Na psicanálise encontramos uma ética própria que sustenta nossa clínica, e esta ética aponta para a singularidade. É a singularidade do desejo a mola da ética psicanalítica. É preciso dizer de saída que não se trata de propor a psicanálise como diretriz fundamental no campo da saúde mental, pois isto seria restringir tanto um campo quanto outro. Nem a saúde mental, por ser um campo inerentemente plural, deve se restringir à psicanálise, e nem a psicanálise deve aceitar o *status* de verdade última, pois ela sustenta que a verdade é não-toda. Mas acreditamos que a psicanálise pode contribuir com propostas pertinentes à saúde mental, já que entendemos esta última como um campo no qual devemos sustentar um direcionamento clínico das ações, principalmente se pensarmos na clientela que procura tais instituições.

Historicamente, no campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, podemos observar certa oposição entre clínica e política. Como se para uma existir, a outra deveria ser extinta. Como se a clínica nada quisesse saber da política. Obviamente, as coisas não acontecem desta forma, uma vez que a questão da inserção social do psicótico põe em jogo política e clínica.

Carlo Viganò (1999) chamou de construção do caso clínico o que tem se tornado, no Brasil, um modo privilegiado de inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental. Vejamos, então, do que se trata, em psicanálise, a construção do caso clínico. A construção do caso clínico proposta por ele é distinta do projeto de reabilitação psicossocial. Antes, compreende-se que existe um modo singular de saída construído por cada um frente à ruptura efetiva do laço social causada pelo desencadeamento de uma psicose.

Autores como Viganò (1999), Ana Cristina Figueiredo (2004) e Welerson Alkmin (2003) têm apostado na construção do caso clínico como uma aposta na possibilidade de

fazer advir o particular do sujeito dentro do universal da instituição e da política de saúde mental. O que vemos na perspectiva da construção do caso clínico é uma forma de sustentar o discurso analítico na instituição, que propõe o que Alkmim (2003) chama de uma "clínica da exceção" – aberta à construção particular de cada sujeito frente a seu mal-estar, frente ao real.

O discurso do analista é o que sustenta a construção do caso clínico, pois parte sempre do particular e acentua esta verdade com estrutura de ficção que cada sujeito constrói na busca de uma resposta frente a seu mal-estar. Portanto, Viganò acentua que o discurso analítico não se apresenta somente quando se inicia uma análise, mas pode se constituir como uma forma de trabalhar reproduzida na instituição.

BIBLIOGRAFIA

ALKMIM, W. Construir o caso clínico. A instituição enquanto exceção. **Almanaque - Revista do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Belo Horizonte**, n.9. Novembro de 2003.

BADIOU, A. Ética e política In: GARCIA, C. **Conferências de Alain Badiou no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**. Ano VII, n. 1, p.75-86, março de 2004.

LAURENT. É. O analista cidadão. **Curinga/Revista da Escola Brasileira de Psicanálise**. n. 13, p.12-19, setembro de 1999.

MALEVAL, J-C. **Folies hystériques et psychoses dissociatives**. Paris: Editions Payot & Rivages, 2007.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A.C. **Psicanálise e Saúde Mental: Uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico. **Curinga/Revista da Escola Brasileira de Psicanálise.** n. 13, p.50-59, setembro de 1999.

SOBRE OS AUTORES

Taísa Serpa: Psicóloga do CAPS de Santos Dumont/MG. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei. Bolsista do CNPq.

Roberto Calazans: Doutor em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei.