



Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana
Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o Moderno e o Contemporâneo
ISSN 1809 - 709 X

Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico à clínica da Atenção Psicossocial

Waldir Périco

Graduado em Psicologia pela UNESP – Campus de Assis
Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Pública pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo
Mestre em Psicologia pela UNESP – Campus de Assis
Membro do "Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e 'Subjetividadesaúde'" (UNESP – Campus de Assis)
Psicólogo da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Presidente Prudente (SP)
E-mail: waldirperico@yahoo.com.br

Abílio da Costa-Rosa

Professor Livre-Docente do departamento de Psicologia Clínica da UNESP – Campus de Assis
Psicanalista e Analista institucional
Coordenador do "Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e 'Subjetividades saúde'" (UNESP – Campus de Assis)
E-mail: abiliocr@assis.unesp.br

Resumo: Analisamos a existência de dois modos de tratamento psíquico, dialeticamente alternativos, na Saúde Coletiva. O Tratamento Terapêutico Alienante é corolário do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador hegemônico. Tentando constituir-se em suas brechas instituintes, o Tratamento Analítico Singularizante desponta no horizonte visando Outro Modo de Produção clínica, resultado do Paradigma Psicossocial definido para-além da Reforma Psiquiátrica. Partimos da psicanálise de Freud e Lacan, do Materialismo Histórico de Marx e de subsídios da Análise Institucional francesa e da Filosofia da Diferença, para trabalhar a hipótese de que se o primeiro modo de tratamento reproduz as relações opressivas típicas do Modo Capitalista de Produção, já que seu efeito ético-político é o tamponamento dos sintomas e a readaptação social, o segundo modo pode ter como efeito o equacionamento dos sintomas e a produção de subjetividade singularizada, ou seja, a possibilidade de produção de "resistência" às práticas opressivas típicas ao laço social capitalista.

Palavras-chave: modos de tratamento psíquico na Saúde Coletiva; Atenção Psicossocial; materialismo histórico; psicanálise.

From the Alienating Therapeutic Treatment to the Singularizing Analytical Treatment: contributions of Freud's and Lacan's psychoanalysis and of Historical Materialism to the Psychosocial Attention clinic

We have analyzed the existence of two modes of psychic treatment, which we call dialectical alternatives, in public health. The Alienating Therapeutic Treatment is a corollary of the hegemonic Hospital-Centered and Medicalizing Paradigm. The Singularizing Analytical form of treatment tries to establish itself as an alternative to the mainstream technique. It appears to be aiming at obtaining another clinical production, as a result of the Psychosocial Paradigm that was defined after the Brazilian psychiatric reform. We started from the psychoanalysis of Freud and Lacan, the Historical Materialism of Marx and also from the contributions of the French Institutional Analysis and of the Philosophy of Difference, to develop the hypothesis that if the first treatment mode reproduces the typical oppressive relations of the capitalist production mode, because its ethical-political effect is to mitigate the symptoms and promote social readaptation. The second mode, may result in an evaluation of the symptoms and the production of a singularized subjectivity, therefore, the possibility of production of a resistance to the capitalist oppressive practices at play within the social bond.

Keywords: psychic treatments, modes in Public Health; Psychosocial Attention; historical materialism; psychoanalysis

Du Traitement Thérapeutique Aliénant au Traitement Analytique Singularisant: contributions de la psychanalyse de Freud et Lacan et du Matérialisme Historique à la clinique d' Attention Psychosociale

Nous avons analysé l'existence de deux modalités de traitement psychique, qui sont dialectiquement alternatives dans la santé collective. Le traitement Thérapeutique Aliénant est corollaire de l'hégémonique Paradigme Psychiatrique centré sur l'hospitalisation et la Médicalisation. Cherchant à s'établir dans les lacunes du modèle dominant, le Traitement Analytique Singularisant propose un autre mode de production clinique en raison du Paradigme Psychosocial établi après la Réforme Psychiatrique du Brésil. Nous partons de la psychanalyse de Freud et de Lacan, du Matérialisme Historique de Marx et des outils de l'Analyse Institutionnelle française, ainsi que de la Philosophie de la Différence, pour travailler l'hypothèse selon laquelle le premier mode de traitement reproduit les relations oppressives typiques du Mode de Production Capitaliste, puisque son effet éthique et politique est le tampon de symptômes et la réadaptation sociale, le deuxième mode peut engendrer la résolution des symptômes et la production de subjectivité singularisée, c'est-à-dire, la possibilité de produire une résistance à des pratiques oppressives typiques du lien social capitaliste.

Mots-clés: modes de traitement psychique dans la Santé Collective; Attention Psychosociale; matérialisme historique; psychanalyse.

Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico à clínica da Atenção Psicossocial¹

Waldir Périco & Abílio da Costa-Rosa

“Trata-se, para mim, de mostrar em que perspectiva, em que alameda se deixa vislumbrar a possibilidade de uma normalização – uma normalização terapêutica – que toda a experiência analítica está aí para lhes mostrar que se choca” (Lacan, 1957-1958, p. 330).

Introdução

Muitas têm sido as formas de tratamento dadas pelas instituições públicas, sobretudo as de Saúde, às diversas modalidades de sintomas e demais impasses subjetivos que se apresentam, com maior ou menor grau de sofrimento psíquico, nos sujeitos que demandam ajuda no campo da Saúde Mental Coletiva (SMC). Tais modalidades de tratamento vão desde as mais imediatistas, paliativas e alienantes, rendidas ao [re]produtivismo capitalista, até as possibilidades, ainda em tímida implementação, de tratamentos psíquicos singularizantes. Enquanto aquelas operam pela via de uma clínica do tamponamento subjetivo, fazendo ressonância ideológica com a continuidade das relações sociais opressivas do Modo Capitalista de Produção (MCP), estas, pela via de uma clínica crítica dos processos de subjetivação (Costa-Rosa, 2012; 2013f), têm ido ao encontro dos reais interesses dos “sujeitos do sofrimento”.

Do trabalho de Foucault temos uma elucidação das práticas e dos efeitos das “instituições disciplinares”, o que nos será útil como mais um recurso de análise para a caracterização das duas modalidades de tratamentos psíquicos que pretendemos delimitar. Apesar de já vivermos no bojo do que Deleuze (1992) nomeou “sociedade de controle”, disciplinarização mais refinada – que no contexto da Atenção pública deflagra-se no “manicômio químico” –, observamos a existência, ainda complementar àquela, de resquícios importantes da “sociedade disciplinar” e de suas instituições

típicas. Assim, “na época atual, todas as instituições – fábrica, escola, hospital psiquiátrico, hospital, prisão – têm por finalidade não excluir, mas, ao contrário, fixar os indivíduos” (Foucault, 2003, p. 69). Fixar ou reinserir no trabalho e no consumo típicos do MCP.

Constatamos, nas últimas décadas, um aumento vertiginoso de terapias ditas alternativas para tratar o mal-estar, também cada vez mais crescente, na civilização. Aumento esse que impeliu o órgão que regulamenta a profissão de psicólogo no Brasil a emitir restrições a certas práticas terapêuticas ditas não científicas (Conselho Federal de Psicologia, 1997). Quanto a isso, é por não nos pautarmos na ética deontológica da psicologia que nos posicionamos criticamente em relação às possibilidades de Atenção ao sofrimento psíquico que, historicamente, vemos prevalecer tanto nas práticas de consultório particular quanto, e especialmente, nas dos Estabelecimentos públicos de Saúde. Considerando-se a especificidade de sua ética, a psicologia pode no máximo recorrer aos parâmetros científicos tradicionais para dizer o que é ou não pertinente às suas práticas. Logo, tal ética não terá muito a considerar quanto à estrondosa proliferação das terapias cognitivo-comportamental, revitalizadas pela sua aliança com as neurociências e com os psicofármacos: bico calado (desconhecimento ou vista grossa?) quanto à *natureza dos efeitos* terapêuticos e ético-políticos de tais práticas; especialmente, dos efeitos *d’isso* que, tamponado e capitalizado por tais terapêuticas, acaba sempre retornando *pior* (Lacan, 1973b).

As terapias cognitivo-comportamentais, como insígnia maior das “psicoterapias da consciência”, e a medicalização, como resposta *a priori* ante toda demanda de tratamento, são o carro-chefe dos “meios de trabalho” típicos do paradigma de tratamento psíquico hegemônico, não por acaso sintônico com o MCP (Costa-Rosa, 1987; 2013a; 2013b). Um dos aspectos do produto desse paradigma, desvendado pela análise marxiana das instituições (Costa-Rosa, 1987; Luz, 1979), é a extração indireta da mais-valia; extração que as instituições de Saúde operam ao consumir os produtos de outros setores da produção comum – cujo representante mais emblemático é a gigantesca e próspera indústria químico-farmacêutica. Isso acontece pelo fato desse paradigma de tratamento conjugar “interesses básicos de um setor social: (...) sua ética, *seus interesses econômicos* e sua forma dominante de produção de saúde e subjetividade” (Costa-Rosa, 2013b, p. 52, grifo nosso). Assim, o MCP, uma Formação Econômico-Social que incrementa cada vez mais o mal-estar na civilização é, ao mesmo tempo, quem determina o colorido ético-político do paradigma de tratamento psíquico hegemônico nos Estabelecimentos públicos de Saúde. Disso decorre o fato de que o produto de tal paradigma de Atenção só poderá ser similar ao produto do modo de produção socioeconômico do qual ele deriva.

O resultado produtivo de tais práticas, por operar a supressão da dimensão *sujeito* – dimensão “resistente” à opressão social e, por isso, essencialmente subversiva (Costa-Rosa, 2012; 2013f; Melman, 2003) –, somente poderá ser a produção de subjetividade domesticada, adaptada ao instituído social (Costa-Rosa, 2000; 2013a). Dessa forma, *isso* que emerge nas queixas privatizadas dos indivíduos, privatização que já é efeito produtivo alienante do MCP, levando-os a formularem uma demanda de tratamento, as “terapêuticas do suprimento” acabam tamponando e capitalizando: operação de reinserção do “sujeito do sofrimento” na produção e no consumo

(inclusive de psicofármacos!) do laço social capitalista. Por privilegiar estritamente a via terapêutica, o Tratamento Terapêutico Alienante somente poderá produzir readaptação social, já que “não há definição possível da *terapêutica* senão a de *restabelecimento de um estado primário*” (Lacan, 1967b, p. 251, grifo nosso). No entanto, um tratamento Analítico Singularizante pode despontar no horizonte ao colocar a dimensão simbólica-criativa-desejante no centro de sua práxis; pois “o *desejo* é esse (...) que não deixa descansar, obriga (...) a *deslocar*, a *desobedecer*” (Melman, 2003, p. 60, grifo nosso), posto que “para todo o sempre o desejo humano continuará irreduzível a qualquer redução e adaptação” (Lacan, 1957-1958, p. 325).

Visando a aplicação da psicanálise a outros *lócus* da atuação, já iniciando o debate acerca da *ampliação do campo da "psicanálise em intensão"*, Freud (1933) alertava que “uma aplicação desse tipo pressupõe um conhecimento especializado, que um analista não possui, ao passo que aqueles que o possuem, os especialistas, nada compreendem da análise” (Freud, 1933, p. 144). Assim, a utilização da psicanálise e do Materialismo Histórico como ferramentas teórico-técnicas e ético-políticas torna-se urgente, dada a necessidade de ampliação dos referenciais de escuta e intercessão diante dos processos de subjetivação que demandam as mais diversas respostas; processos sempre concebidos por esses referenciais como plurideterminados (Althusser, 1984; Oury, 2009). É necessário ressaltar que, se não devemos conceber ingenuamente uma identidade de seus “objetos”, fazendo uma aglutinação simplista desses referenciais, devemos buscar o ponto onde se comunicam e se potencializam (Althusser, 1984). Se Lacan deve muito a Marx em suas teorizações, partilhamos do ponto de vista de Althusser de que a recíproca é verdadeira e necessária: ler Marx com Lacan.

Nosso objetivo central é fazer uma discussão cujo ponto de partida se expressa na seguinte questão: em que medida a Formação Econômico-Social (que inclui as instituições de Saúde) interfere nos processos de subjetivação e vice-versa? Especificamente, trata-se de explicitar, a partir de uma *análise paradigmática* dos modos de produção da Atenção ao sofrimento psíquico, a existência de dois tipos de tratamentos, dialeticamente contraditórios, como respostas sociais aos sintomas e demais impasses de subjetivação: o Terapêutico Alienante e o Analítico Singularizante. Nossa hipótese base é que enquanto o primeiro visaria à readaptação ao instituído social opressor, o segundo pode despontar como oferta de tratamento capaz de *ter como efeito* – sem que isso seja almejado *a priori* – a produção de sujeitos “resistentes”² a tais relações opressivas típicas ao laço social capitalista, orientando-se no horizonte ético da singularização definida por Costa-Rosa (2013f) como “implicação subjetiva” e “implicação sociocultural”. Visando sempre a construção do saber a partir da – e para a – práxis, trazemos reflexões acerca de experiências vivenciadas no “campo de intercessão” das práxis clínica e institucional.

Um outro modo de produção da Atenção ao sofrimento psíquico

“Não há universal que não deva ser contido por uma existência que o negue” (Lacan, 1973a, p. 450).

Muito se tem discutido e colocado em prática, no contexto da SMC brasileira, no que diz respeito ao campo da Atenção ao sofrimento psíquico no último quarto de século: desde as primeiras críticas ao violento aparato manicomial – como eco das pesquisas de Foucault (1997) e Goffman (1974), e das experiências de reformas em outros países – até aquelas mais sistematizadas que culminaram no movimento da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1995). São inegáveis os avanços conseguidos nesse percurso. No entanto, tais críticas e modificações ainda não possibilitam a proposição de *parâmetros de análise* quanto a uma delimitação *eticamente rigorosa*³ do que se pretende superar (práticas de produção subjetiva alienantes e adaptativas) em relação ao que se pretende ofertar (práticas de produção subjetiva singularizantes). Por isso, partindo das produções prático-teóricas de Costa-Rosa (1987; 2000; 2013a; 2013b; 2013c; 2013f; Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003), propomos uma análise estrutural (porque paradigmática) do campo da SMC.

Costa-Rosa (2013a) concebe os paradigmas de Atenção ao sofrimento psíquico como: “conjuntos articulados de valores e interesses que se estratificam, criam dispositivos (leves e pesados) e podem chegar à polarização. (...) Essa polarização pode chegar à configuração bem nítida de paradigmas contrários *que se digladiam durante tempos indeterminados*” (Costa-Rosa, 2013a, p. 76, grifo nosso).

Para tal, partimos das contribuições das várias experiências de reformas psiquiátricas – A Psicoterapia Institucional (França), as Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e EUA), a Psiquiatria de Setor (França), a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA), a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática (Itália) (Fleming, 1976) –, que mesmo não tendo colocado em xeque o paradigma hegemônico no viés da *alternatividade dialética*, foram inspirações iniciais imprescindíveis, que sendo metabolizadas e implementadas em conjunto possibilitam o horizonte de um paradigma de Atenção rigorosamente Outro. No que diz respeito à dimensão epistemológica necessária a essa análise paradigmática, *bem como à implementação de sua práxis*, Costa-Rosa destaca a necessidade de se estabelecer um plano transdisciplinar – referenciais teórico-técnicos e éticos que *superaram radicalmente* o princípio sujeito-objeto, caro ao Saber-Poder disciplinar – composto basicamente por: 1) uma “teoria da Análise Política das Instituições”, advinda das teorias de Marx; 2) uma “teoria da Análise Institucional”, com destaque para os autores franceses Lourau, Lapassade e Deleuze; e 3) uma “teoria da Constituição Subjetiva”, especificamente a partir da psicanálise do campo de Freud e Lacan incrementada com a Filosofia da Diferença. É constatável que a psicanálise e o Materialismo Histórico são a base epistemológica principal desse novo paradigma de Atenção. Essas experiências práticas e elaborações teórico-técnicas e éticas têm possibilitado a designação de um novo paradigma de tratamento psíquico *para-além* da Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro.

A análise dos paradigmas de Atenção na Saúde Coletiva proposta por Costa-Rosa delimita, portanto, dois modos de produção de “saúde” e subjetividade, com suas respectivas modalidades de clínica e efeitos produtivos; ou seja, “diferentes modos de produzir implicam em diferentes resultados produtivos” (Costa-Rosa, 2013f, p. 299). O autor sugere a designação, por um lado, do

Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) para o modo atualmente hegemônico e, por outro, em *contraposição dialética* quanto à ideologia, a teoria, a técnica e a ética, o Paradigma Psicossocial (PPS), para designar o conjunto de práticas que pretende superar a hegemonia do PPHM. Partindo da concepção da instituição como "palco de luta social" (Luz, 1979), a alternatividade dinâmica desses paradigmas deve, ainda, ser situada quanto ao conflito de interesses contraditórios dentro do que Gramsci descreveu como "processo de estratégia de hegemonia capitalista" (Costa-Rosa, 1987; 2013a), já que "o projeto psiquiátrico pode ser entendido como parte de uma estratégia global de controle e manutenção da atual ordem social dominante" (Benelli, 2006, p. 31). Assim, se o PPHM conjuga os interesses sociais e econômicos do polo social dominante, o PPS "visa" dar vazão aos interesses do polo social subordinado. Para a leitura desses paradigmas, em termos diferenciais dialéticos, o autor define um conjunto *articulado* de quatro parâmetros de análise mínimos, quais sejam:

Parâmetro um: concepção do "objeto" e dos meios de trabalho. Discorre sobre os 1) modos da "concepção do 'objeto'" dentro do *processo* saúde-adoecimento-Atenção. No PPHM o "objeto" é concebido como estritamente orgânico e passivo, enquanto que no PPS é considerado como "sujeito do tratamento" (indivíduo mais o *sujeito*) posto no lugar do trabalho subjetivo, simultaneamente ser social *entre os homens*⁴ e "ser" de sentido em movimento (sujeito do inconsciente *entre significantes*). Esse parâmetro discorre também sobre os 2) "meios de trabalho" (medicação, psicoterapias, oficinas, espaços coletivos de tratamento, etc.): equipamentos de *intervenção disciplinar*, no caso do PPHM, e dispositivos de *intercessão analítica*, no caso do PPS. Partindo das teorizações de Costa-Rosa (2010; 2013f) propomos definir a *intervenção disciplinar*⁵ como sendo balizada pelos laços sociais da dominação: Discurso do Mestre, Discurso da Universidade e Discurso do Capitalista. Em contrapartida, sugerimos especificar a *intercessão analítica* como práxis que ocorre nos laços sociais da Singularização, iniciando-se no Discurso da Histeria com a intenção de revolução discursiva em direção ao Discurso do Analista;

Parâmetro dois: formas da organização das relações intra e interinstitucionais. Versa sobre a hipótese de que a forma como a instituição está organizada, a partir de um dado modo de produção, implica em modalidades de processos e de efeitos produtivos específicos. Trata-se da consideração da instituição como intermediário necessário ao tratamento, seja como equipamento clínico disciplinar ou como dispositivo clínico singularizante: 1) Modo Capitalista de Produção no caso do PPHM – caracterizado pela verticalização das relações intra e interinstitucionais, estratificação das decisões na gestão, interprofissionalidade fragmentária segundo o princípio taylorista de produção; e 2) Modo Cooperado de Produção no PPS – caracterizado pela horizontalização das relações intra e interinstitucionais, cogestão e autogestão dos coletivos, interprofissionalidade integradora (Costa-Rosa, 2013b) do processo de produção da Atenção segundo o princípio cooperado;

Parâmetro três: formas do relacionamento com a clientela e o Território. Diz respeito às diferentes possibilidades de enlaçamento social entre a instituição e os "sujeitos do tratamento", a população em geral e o Território. Em outros termos, diz respeito às *modalidades de ofertas transferenciais de tratamento* possíveis. Assim, são importantes os significantes com os quais as

instituições se fazem representar no imaginário da população em geral, bem como a maneira como se inserem no Território. No PPHM predominam as relações intersubjetivas verticalizadas, típicas do MCP: relações tipo carente-supridor, ignorante-*sapiente*, onde há nenhum ou pouco espaço para a fala do sujeito (relações *inter*loucos e são). O trabalhador-interventor-disciplinar, nesse paradigma, identifica-se com o lugar de (su)posição de saber e poder imaginário em que é colocado. Em relação à população em geral, apenas responde no nível das encomendas sociais⁶ onde seus Estabelecimentos institucionais não passam de lugar depositário dos "sujeitos problemáticos". O PPS caracteriza-se pelas relações intersubjetivas horizontalizadas a partir da abstenção, por parte do trabalhador-intercessor, de respostas às demandas subjetivas de saber e governo nele supostas, no intuito de fazer operar as revoluções discursivas que coloquem o *sujeito* no lugar do trabalho do processo de produção de "subjetividadesaúde"⁷ singularizada (relações de interlocução). Dado que suas instituições são espaços de interlocução com o Território, suas ações não só não respondem diretamente no nível das encomendas sociais que lhe são feitas como visam atingir o nível das pulsações da Demanda Social para, com isso, quando for o caso, referir – ou devolver – as encomendas às devidas áreas das Políticas Públicas;

Parâmetro quatro: formas de seus efeitos e desdobramentos em termos terapêuticos e ético-políticos. Parte do fato de que "será pertinente interrogar a modalidade e os efeitos dessa produção" (Costa-Rosa, 2013c, p. 24) e, sobretudo, os "desdobramentos éticos desses efeitos" (Costa-Rosa, 2013c, p. 11). Esse parâmetro visa analisar o estatuto ético-político dos efeitos das práticas de Saúde Mental, em termos de produção de: 1) "subjetividadesaúde" alienada/capitalística – readaptação ao instituído social opressor – no caso do PPHM (ética da adaptação e da carência) e 2) "subjetividadesaúde" desejante/singularizada – implicação subjetiva e implicação sociocultural – no caso do PPS (ética do desejo e do carecimento).

Se postulamos que a superação paradigmática deverá operar mudanças radicais nesses quatro parâmetros, no entanto, é importante deixar claro que não se trata de idealismo teórico; pelo contrário. Considerando a natureza dos seus referenciais teórico-técnicos e ético-políticos, a construção do PPS se dá constantemente no "chão firme" da *práxis*, no que Costa-Rosa (2013b) refere como "luta paradigmática *in vivo*" (Costa-Rosa, 2013a, p. 150). É somente no âmbito das práticas cotidianas que podem desvelar-se os embriões da alternatividade dialética. É fato, também, que o PPS ainda se encontra no horizonte (ético) e que atualmente somente podemos falar em transição paradigmática em contextos bastante localizados, inclusive historicamente (Mondoni & Costa-Rosa, 2010; Costa-Rosa, 2013a). Pautando-se principalmente na ética da psicanálise, que não cai na impotência exatamente por assumir sua impossibilidade de fazer-se toda, o trabalhador-intercessor deverá ter claro que "O PPS inicia como tática micropolítica nas brechas abertas no PPHM e no MCP (...), aspirando à elaboração de uma estratégia de gestão que seja capaz de se tornar hegemônica" (Costa-Rosa, 2013c, p. 40). Para destacarmos o viés dialético que ajusta o nosso olhar para esses paradigmas de Atenção, é preciso deixar claro que nunca há a instalação tranquila de um único paradigma; aquele que é dominante, hegemônico, já carrega, desde o seu início, os germes de seu paradigma antípoda, mesmo que seja na forma velada da sua negação. Com isso, "estamos

longe (...) de qualquer visão paradisíaca em que se possa exercitar o 'Paradigma Psicossocial' sem que ele se veja simultaneamente fustigado por pulsações que lhe são antagônicas" (Costa-Rosa, 2000, p. 166).

O que é imprescindível mencionar acerca desse referencial de análise paradigmática, é que definimos a "Atenção Psicossocial", como o conjunto de práticas do PPS, para além de concepções genéricas como "reabilitação psicossocial" ou "apoio psicossocial" (Costa-Rosa et al., 2003) e, portanto, para além das práticas cuidadoras-pedagógicas-disciplinares ainda comuns em certa vertente da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Outra importante nuance do significante "Psicossocial" *por nós ressignificado*, para além da concepção costumeira como simples aglutinação do campo "psi" com o social, diz respeito às imprescindíveis contribuições do Materialismo Histórico e da psicanálise. Lacan se utiliza da fita de Möebius – em que as duas superfícies da mesma unidas em suas pontas após uma ligeira torção, mostram uma continuidade entre o dentro e o fora – para ilustrar topologicamente o fato de que os processos subjetivos e sociais se passam num dentro-fora-contínuo. Dessa forma, redefinimos o significante "Psicossocial" a partir da hipótese da concepção moebiana da subjetividade, ao considerarmos que a configuração sócio-simbólica da Formação Econômico-Social é uma importante modalizadora dos processos de subjetivação e vice-versa. Ou seja, os efeitos de alienação *ou de singularização* produzidos são sempre simultaneamente sociais e subjetivos (Melman, 2003): tanto o social é subjetivado, quanto a subjetividade é sociocultural (Freud, 1921). Aliás, já no capítulo sete d'*A interpretação dos sonhos*, Freud (1900) deixou explícito que não há nada que chegue à percepção consciente do mundo social que antes não passe pelo crivo da censura inconsciente. Eis um dos motivos pelos quais Althusser (1984), e o próprio Lacan (1951), afirmam ser a psicanálise, tal como o Materialismo Histórico, uma "ciência" pautada em princípios dialéticos.

Para o horizonte ético-político de produção de subjetividade do PPS será necessária a formação de trabalhadores-intercessores, que sustentarão o adjetivo "Psicossocial". Assim, um "Psicólogo Psicossocial", tal como os outros intercessores, deverá ser um trabalhador necessariamente possuidor de uma formação intelectual complexa e transdisciplinar para lidar com a complexidade do campo da SMC, já que diante dos horizontes éticos do PPS "ninguém está livre de se confrontar com os limites da disciplina na qual foi formado" (Costa-Rosa, 2013g, p. 227); junto a isso, ele também terá realizado o seu tratamento subjetivo (análise pessoal). Esses "trabalhadores de um novo tipo" (Costa-Rosa, 2013b, p. 158) terão como horizonte ético possibilitar aos "sujeitos do tratamento" o reposicionamento subjetivo diante das conflitivas que os atravessam e perante as quais poderão ser atravessadores ativos: Costa-Rosa (2000; 2013a; 2013f) definiu tal fim, a partir da ética freudiana revisitada por Lacan – necessariamente sem desconsiderar a ética marxiana⁸ –, como implicação subjetiva e implicação sociocultural.

Se no campo da Atenção pública ao sofrimento psíquico encontramos uma tensão entre a clínica, como propõe a psicanálise, e a política de reinserção social, como propõe a RPb (Rinaldi, 2006), é porque esta não parte da clínica do sujeito do inconsciente. A RPb acaba operando uma prática que visa a implicação sociocultural sem passar pela via singularizante da implicação subjetiva.

Tensão essa que o PPS propõe superar, já que a ética presente em sua proposta de *direção do tratamento* (Lacan, 1958a) indica que a produção do cidadão deve sempre passar pela implicação subjetiva. No PPS, clínica e política são tomadas como moëbianamente contínuas, uma não é sem a outra:

É a retomada da potência de produção de sentido radicalmente novo, que é capaz de mudar a relação do sujeito com o sentido do sofrimento e do sintoma [ou ainda do delírio], e ao mesmo tempo permitir-lhe outros modos de posicionamento nas relações sociais (laços sociais), que se encontravam dificultadas ou mesmo impossibilitadas. (Costa-Rosa, 2013f, p. 304)

Costa-Rosa (2013f) afirma que a RPb, contrariamente ao seu próprio ideal, desemboca em práticas de "inclusão excludente". Como refere Rinaldi (2006), apesar da "boa intenção" de "humanizar" o tratamento e "dar voz" àqueles que foram excluídos pelas práticas manicomiais, a RPb acaba por cair na "lógica da cidadania que se reafirma por meio do Discurso do Mestre" (Rinaldi, 2006, p. 145). Quanto a isso, Lacan (1959-1960) nos dirá que não há bem supremo, muito menos *a priori*, pois ao supor tal bem desembocamos na imposição de um "modo de gozo" tomado como universal; portanto, que desconsidera a singularidade de um sujeito em prol do princípio de normalidade. É assim que "recusamo-nos, da maneira mais enfática, a transformar um paciente (...) em nossa propriedade privada, a decidir por ele o seu destino, a impor-lhe os nossos próprios ideais" (Freud, 1918, p. 178). Do ponto de vista da ética da psicanálise, a única coisa que pode ser afirmada como universal é a diferença, o diferir – outro nome para o desejo – singular de cada um.

Esse aspecto já é suficiente para observarmos o quanto é necessário que as mudanças se deem simultaneamente nos quatro parâmetros de análise dos paradigmas, se quisermos possibilitar outra modalidade de produção de "subjetivadessaúde". Deste modo, se a RPb, em relação ao paradigma de Atenção que visa superar, operou a necessária diversificação dos "meios de trabalho", e apenas em parte ampliou a "concepção do 'objeto'" – ao incluir a dimensão da "existência-sofrimento" –, resta ainda a consideração da dimensão do sujeito do inconsciente como produção de sentido novo e contínuo; *ampliação sem a qual a RPb será apenas reforma do mesmo e não avançará na direção de um outro paradigma de Atenção*. Tomando de empréstimo um comentário de Freud (1933) sobre o bolchevismo russo, se a RPb não operar tal ampliação, continuará se configurando como uma "sinistra semelhança com aquilo contra o que está lutando" (Freud, 1933, p. 175).

Os laços sociais de produção: os discursos que fazem laço social e um que não faz

"Cada realidade se funda e se define por um discurso" (Lacan, 1972-1973, p. 37).

Bem logo à efervescência dos eventos de maio de 1968, Lacan propõe em seu ensino a necessidade ética de pensar “O avesso da psicanálise”, tema que dá título ao seu 17º Seminário (Lacan, 1969-1970). Em um dos vários planos de leitura dos discursos como laços sociais de produção, podemos definir como versões do “avesso da psicanálise” todo laço social que desemboque no agenciamento do outro como objeto de opressão, que, portanto, não considera o outro como sujeito em sua singularidade subjetiva. Lacan tem a intenção de tornar possível caracterizar toda forma de relação social. Isto quer dizer que toda forma de fazer enlace social vai se dar a partir de uma modalidade de discurso, a saber: o Discurso do Mestre, o Discurso da Universidade, o Discurso da Histeria e o Discurso do Analista.

Utilizando-se do que, na lógica da teoria dos conjuntos da matemática, denomina-se “permutação circular”, Lacan propõe quatro lugares para a estrutura do discurso: o agente, a verdade, o outro e a produção. As barras paralelas (//) indicam haver uma interdição entre produção e verdade, posto que esta não pode ser dita em sua totalidade. As barras horizontais indicam velamento do que está abaixo. Assim, lemos a estrutura do discurso: um *agente*, que movido por sua *verdade*, agencia um *outro* que responde com uma *produção* (Figura 1).

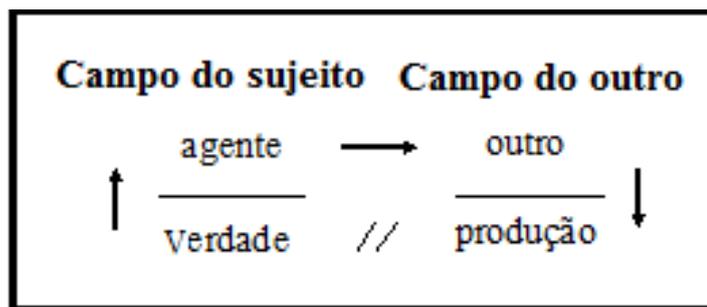


Figura 1: Composição dos quatro lugares da estrutura do discurso como laço social de produção proposta por Jacques Lacan.

Esses quatro lugares vão ser habitados por elementos da álgebra lacaniana ($\$$, a , S_1 , S_2). Cada elemento desses terá uma conotação específica dependendo do lugar onde se encontra na estrutura discursiva. O sujeito ($\$$), umas vezes será o sujeito suprimido no discurso, outras vezes será o sujeito do inconsciente, sujeito barrado (e pulsante) pela entrada no simbólico; o objeto a figurará, às vezes, como objeto causa do desejo, outras vezes como objeto “mais-gozar”, como gozo que se goza na dissipação; o S_1 figurará como o mestre imponente quando no lugar de agente do Discurso do Mestre, o mestre a ser derrubado quando posto no lugar do trabalho no Discurso da Histeria, o autor quando no lugar da verdade no Discurso da Universidade, ou ainda *como (conjunto de) significante(s) capaz(es) de produzir cortes radicais na produção de sentido pelo sujeito* quando no Discurso do Analista; S_2 denotará o saber enciclopédico consciente, ou ainda o conjunto de saber inconsciente no Discurso do Analista. A cada quarto de giro em sentido horário na permutação circular destes elementos teremos a configuração de um discurso como laço social de produção (Figura 2).

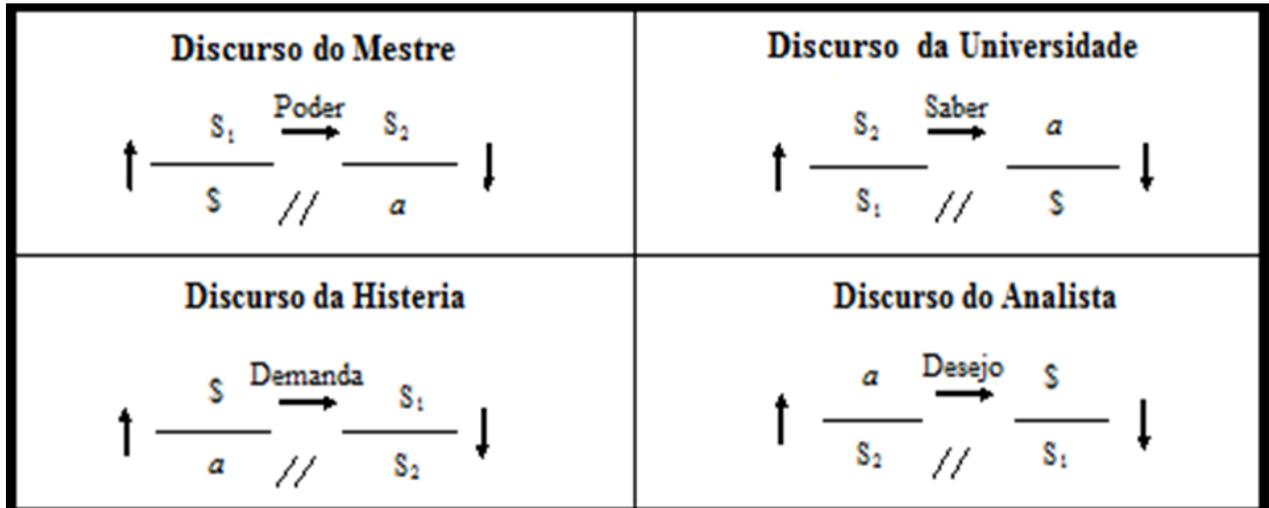


Figura 2: Escrita dos quatro Discursos Radicais como laços sociais propostos por Jacques Lacan.

No Discurso do Mestre (DM), temos o Mestre (S_1) agenciando o outro como detentor de um saber-fazer (S_2), impulsionando-o a produzir um saber que – numa das versões do DM contemporâneo (Clavreul, 1983) – será expropriado e útil ao Mestre, sendo a partir deste saber (consciente, racional) que ele proferirá uma ordem. Nesse discurso, a verdade escamoteada pelo Mestre é sua condição de sujeito falta-a-ser ($\$$), com o intuito de esconder sua impotência. Devido ao fato de que “o mestre surge [*supostamente*] sem divisão, uno, inteiro, completo, (...) é desse semblante de unidade que emana o poder exacerbadamente sugestivo dos significantes que profere” (Jorge, 2006, p. 135). Em tal discurso, o que domina é o poder sobre o outro e a produção é o gozo (a), “mais-gozar” que, tal como a mais-valia no bojo da luta de classes, não é apropriado por aquele que produz. O saber produzido nesse laço social é saber como valor de troca. Por ser o discurso que toma o outro como portador de um saber consciente – expropriado e a partir do qual o mestre emite uma ordem – esse laço social pode ser referido também como “discurso do poder”: “*pois então, faça isso!*” ($S_1 \rightarrow S_2$).

No Discurso da Universidade (DU) encontramos o saber enciclopédico (S_2) agenciando o outro como objeto de pesquisa (inclusive diagnóstica) ou de ensino (a), tendo como resultado a supressão da singularidade ($\$$). Esse discurso tem como verdade recalcada o autor (S_1). Interessante notar o fato de que Freud já era sensível a essa possibilidade discursiva e a seus efeitos: “Se o conhecimento [enciclopédico] acerca do inconsciente fosse tão importante para o paciente, como as pessoas sem experiência de psicanálise imaginam, ouvir conferências ou ler livros seria suficiente para curá-lo” (Freud, 1910, p. 239).

Por ser o laço social onde o outro é agenciado como objeto de um saber, esse laço social de produção de subjetividade, no contexto da Saúde Mental Coletiva, pode também ser referido como “discurso do saber diagnóstico médico-psicológico”: “*você é/tem isso!*” ($S_2 \rightarrow a$).

No Discurso da Histeria (DH) temos o sujeito em sua divisão subjetiva, "sujeito do sofrimento" ($\$$), interpelando o mestre (S_1) para que ele produza o saber (S_2), supondo que este daria conta do seu sofrimento sintomático (a). Vemos que nesse discurso o sujeito coloca o mestre contra a parede, demandando dele o saber sobre *isso* que o divide e faz sofrer. Por supor o outro no lugar da mestria, esse modo de laço social, cujo agente é o "sujeito do sofrimento", poderia também ser referido como "discurso da demanda": "*dá-me o que preciso!*" ($\$ \rightarrow S_1$).

No Discurso do Analista (DA), Lacan postula o analista como aquele que, ao não responder à demanda do "sujeito do sofrimento" no DH, posiciona-se como *semblante do objeto (causa) do desejo* no lugar do agente (a), impulsionando o sujeito ($\$$) a produzir seu próprio saber (S_1), aqui como *exame contínuo de sentido novo*. A verdade deste discurso é o fato do analista colocar o seu saber enciclopédico-pedagógico-cuidador (S_2) em suspenso, para operar com uma modalidade absolutamente singular de S_2 que Lacan nomeou "ignorância doutra": como saber intercessor. Na psicanálise, não é o saber do analista que opera, mas sim o saber produzido (e simultaneamente apropriado) por um sujeito no ato da fala, ou seja, o saber como valor de uso. O S_2 , nesse discurso, representa também as cadeias de significantes de um sujeito como "patrimônio" simbólico inconsciente. Desta forma, no DA, horizonte ético do PPS:

(...) 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 (S_1 como exame de sentido) produzido pelo $\$$ assume textura inconsciente e *potência de transformação sintomática e de ciframento significativa da angústia em suas diferentes formas*, incorporando-se ao seu "patrimônio" simbólico (S_2) como aumento da plasticidade de novas respostas às diferentes situações. (Costa-Rosa, 2011, p. 755, grifo nosso)

Por ser o único laço social cujo efeito é a colocação do outro, concebido então como indivíduo e *sujeito*, no lugar da possível/parcial "mestria-de-si", poderia também ser nomeado como "discurso do desejo": "*afinal, tem agido conforme o desejar [diferir constante] que te anima?*" ($a \rightarrow \$$).

Essas modalidades de laços sociais seriam, respectivamente, referentes aos impossíveis (freudianos) de se realizarem em sua totalidade, no que diz respeito aos atos de governar (DM), ensinar (DU), analisar (DA) e fazer-se desejar (DH). Se o DM, o DU e o DH tentam, cada um a seu modo, encobrir o impossível (com a ressalva de que no DH o *sujeito* já estaria a um passo de um des-cobrimento), o DA é o único que evidencia o impossível para com isso não cair na impotência: analisar[-se] é uma ação impossível como qualquer outra, mas é a única que não cai na impotência, não só por assumir a impossibilidade do não-todo, mas por colocar o próprio impossível (outro nome do Real), no lugar de cau[s]a[ç]ão do *sujeito*. Disso, justificadamente, os poetas "sabem" muito bem: "o que verdadeiramente somos é aquilo que o impossível cria em nós" (Lispector, 1978, p. 245).

Na *Conferência de Milão*, Lacan (1972) propõe o matema de um quinto discurso, o Discurso do Capitalista (DC), como variante contemporânea do Discurso do Mestre, resultado de certas mudanças na Formação Econômico-Social, "mutação capital (...)" que confere ao Discurso do Mestre seu *estilo capitalista*" (Lacan, 1969-1970, p. 160, grifo nosso). Para caracterizá-lo, Lacan modifica a direção das setas no matema, cruzando-as; o que incorrerá em implicações drásticas no que diz respeito ao tipo de produção final desse discurso. Nomeará diferentemente os lugares da estrutura discursiva (Figura 3).



Figura 3: Composição dos quatro lugares da estrutura do Discurso do Capitalista e sua escritura segundo proposição de Jacques Lacan.

Assim, encontramos no lugar do agente o *consumi-dor* (\$) que, movido pela verdade do Capital (mais-valia dele mesmo extraída) como financiador deste discurso (S_1), relaciona-se com os objetos de consumo (a), produzidos pelo saber técnico-científico (S_2). Tudo com que o sujeito consumidor se relaciona é *objeto-mercadoria* (*gadget*). O DC não faz laço social: dentre as modalidades de discursos é o mais avesso à psicanálise, pois é caracterizado pela *rejeição da Castração Simbólica*, incitando relações sem mediação com os objetos (Quinet, 2006). A grafia " $\$ \leftarrow a$ " sugere que o sujeito, não mais em sua divisão subjetiva constitucional, mas em sua fissura, é comandado pelo objeto (Costa-Rosa, 2013e). Segundo Marx, no capitalismo "a produção não cria somente um objeto para o sujeito mas um sujeito para o objeto" (apud Chemama, 1997, p. 37). Marx é um visionário, uma vez que, após a crise de 1929, a situação se re-ajusta: a indústria produz a mercadoria e os meios de comunicação de massa produzem o consumidor. Assim, reduz-se a possibilidade de crise, ao menos a de superprodução; só há maior possibilidade de crise do lado do consumidor. Aliás, a psiquiatria-DSM entra no DC ao oferecer ao sujeito o medicamento como mais um *gadget* ilusoriamente apresentado ao sujeito como *suposta materialização* do objeto do desejo; empreitada essa sempre fadada ao fracasso, dado que o objeto do desejo, metonímico por definição, não se materializa. Se, no matema do DA, também vemos o objeto incidir sobre o sujeito, há uma diferença fundamental em relação ao DC: no primeiro o objeto é *causa* do desejo, por ser semblante do objeto condensador de gozo, enquanto que no segundo o objeto é causa de gozo angustioso para o sujeito, "redução do *objeto a* a sua feição real (aquele mesmo objeto que Freud já havia assinalado na melancolia como sombra do objeto caída sobre o sujeito, e que faz o sujeito cair como objeto)" (Costa-Rosa, 2012, p. 25).

Os paradigmas de Atenção na Saúde Mental Coletiva e os dois modos de tratamento aos impasses de subjetivação

Por serem regidos por uma mesma ética, ao destacarmos a “relação do capitalismo com a função do mestre” (Lacan, 1969-1970, p. 102), podemos agrupar e nomear o DM, o DU e o DC como os Discursos da [Re]produção Opressiva. Segundo o mesmo critério, o DH e o DA podem ser designados como Discursos da Singularidade⁹. Se naqueles temos a supressão da singularidade do sujeito, cujo efeito produtivo é o tamponamento e a capitalização do sofrimento psíquico, nestes é colocada em primeiro plano. Se os Discursos da [Re]produção Opressiva são hegemônicos na Formação Econômico-Social, reprodutores da ordem social dominante, não é por acaso que a psicanálise seja uma prática que bascula entre os Discursos da Singularidade. Propomos considerar os Discursos da [Re]produção Opressiva como os laços sociais típicos ao PPHM, enquanto que os Discursos da Singularidade os que modalizam os laços sociais que interessam à ética do PPS (Costa-Rosa, 2013f).

O Tratamento Terapêutico Alienante

“Prometer a reabilitação rápida do doente para que ele volte logo ao mercado de trabalho e ao consumo não seria estar a serviço do discurso capitalista?” (Quinet, 2009, p. 99).

Nesse ponto, podemos complementar algo que enunciamos na introdução. Nossa visada analítica possibilita ver como o PPHM, por fazer sintonia com a ética do Capital, opera a extração indireta da mais-valia (em um segundo momento) como resultado da capitalização do sofrimento psíquico, lançando mão, para esse intuito, do Tratamento Terapêutico Alienante. O PPHM é nada menos que uma extensão do próprio MCP, devido ao fato de que, no extremo da sua ação, configura-se como uma prática no Discurso do Capitalista – este que tem o DM e o DU como seus assessores (Lacan, 1969-1970, p. 102). Assim, o PPHM, munido dos laços sociais nos Discursos da [Re]produção Opressiva, por intermédio dos Estabelecimentos de Saúde na função de instituições disciplinares, tem como meta final o tamponamento e a capitalização do sofrimento psíquico e, com isso, a readaptação ao laço social capitalista como volta à produção e ao consumo, visando sempre à contínua extração de mais-valia (Figura 4).

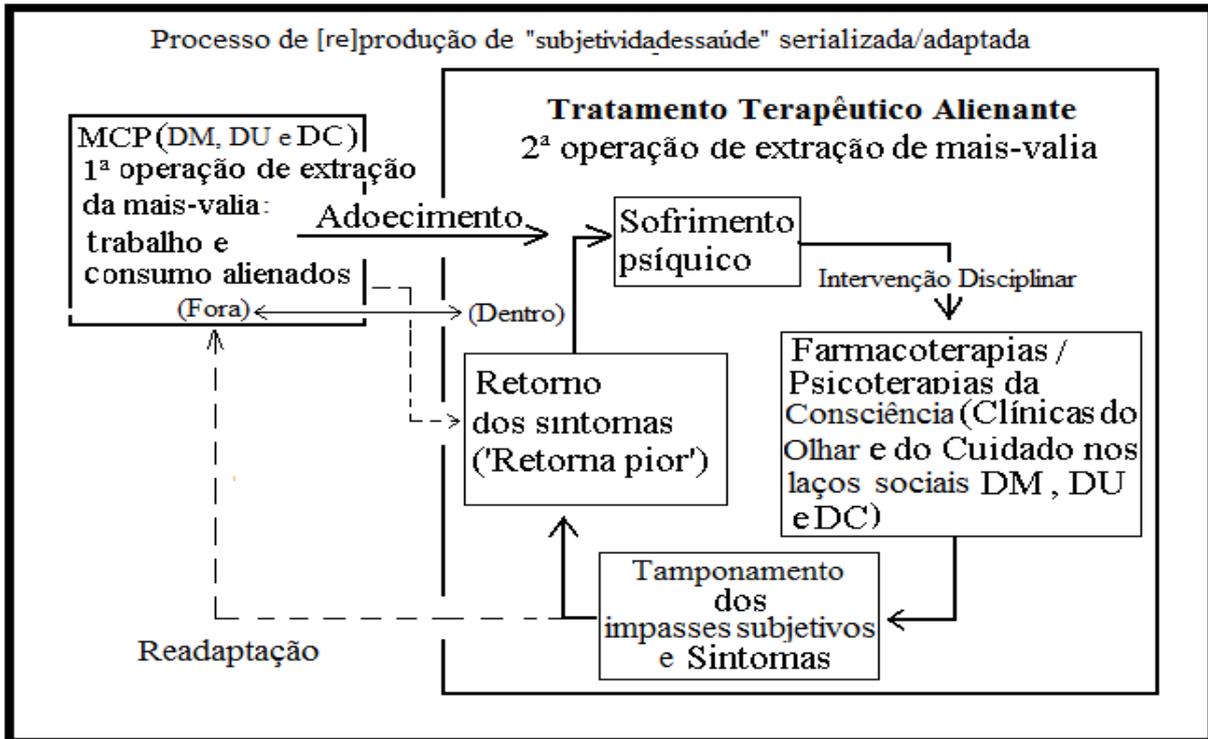


Figura 4: As instituições do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e os dois momentos de extração da mais-valia no Modo Capitalista de Produção como processo de [re]produção de "subjetividade/saúde" adaptada.

Dentro do princípio doença-cura, o PPHM concebe o seu "objeto" como doente a ser tratado fora do meio social em que vive. Quanto às "Formas do relacionamento com a clientela e o Território", o Tratamento Terapêutico Alienante parte da concepção de um dentro (instituições de tratamento) e um fora (circulação social). No entanto, já é bastante sabido que à diminuição dos espaços físicos de confinamento (manicômios físicos), como resultado das lutas antimanicomiais da RPb, vem correspondendo um crescimento dos equipamentos sócio-subjetivos e químicos de confinamento (Deleuze, 1992). Dos seus "meios de trabalho" típicos resultam duas modalidades de clínicas regidas pelo mesmo horizonte ético, a Clínica do Olhar (Psiquiatria Organicista) e a Clínica do Cuidado (Psiquiatria Reformada). Na perspectiva das relações intersubjetivas verticalizadas, esse modo de tratamento opera, sobretudo, a partir de: 1) ações de suprimento medicamentoso (farmacoterapias); 2) ações de suprimitação de sentido tautológico-imaginário (psicoterapias e oficinas da "consciência", etc.); e 3) ações de suprimitação social (assistencialismo e tutela social). O PPHM visa, com isso, tamponar os sintomas e demais impasses subjetivos (também lidos como pulsações da Demanda Social), da forma mais direta e rápida possível, para alcançar a readaptação social. Se o tratamento "falha", o "paciente" fica preso apenas ao segundo momento da extração da mais-valia, designado como "cronificação institucional"; se vinga, temos a situação de coincidência dos dois momentos da exploração socioeconômica, já que o indivíduo passa não só a ser reintegrado na produção e no consumo comum, como continua na des-implicação subjetiva e sociocultural tipicamente alienada e, portanto, preso à dimensão imaginária-tautológica-demandante de

suprimentos do mercado. Consumidor *ad eternum* – garantido pelo direito do Código de Defesa do Consumidor – das psicoterapias autoritárias, do assistencialismo paternalista e, principalmente, das muletas medicamentosas. Capitalizar e alienar, não necessariamente nessa ordem, é o fim terapêutico e ético-político desse modo de tratamento, pois “a disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)” (Foucault, 2007, p. 119).

Nesse ponto, trago uma experiência vivenciada no “campo de intercessão” das práxis clínica e institucional. Ele chega, para atendimento em uma Unidade Básica de Saúde, dilacerado pelo sintoma. Refere dormir muito mal: “minha cabeça não para, é 24 horas direto, parece um formigueiro de tanto que pensa, ela trabalha muito, e isso tem prejudicado meu desempenho lá no trabalho, fico muito distraído”. Após as duas primeiras sessões de sua *psicoterapia*¹⁰, onde já parece fazer algumas elaborações e equacionamentos iniciais, fica duas semanas sem comparecer. Feito o contato por telefone, diz estar bem e não precisar mais do tratamento. Convidado a falar sobre isso, pessoalmente, comparece ao Estabelecimento de Saúde e, logo ao entrar, diz:

Fiquei internado por duas semanas em uma Comunidade Terapêutica. É da prefeitura e da igreja católica, mas não tem padre. Lá *a gente* tem atividades das seis da manhã até às dez da noite. Tem terapeuta, tem até psicólogo. Tem reza e terapia. É ciência e religião tudo junto, é uma maravilha. (...) Eles faziam *a gente* regredir no tempo, até quando éramos pequenininhos, porque o sofrimento *da gente* tem a ver com o nosso passado e até com vidas passadas. Estou tão bem que nem consigo acreditar, é tão bom que parece que eu nem *tô* aqui, que minha cabeça ainda está lá.

Após essa sessão ele é atendido mais duas vezes, mas a demanda de tratamento não se reatualiza. Se o indivíduo em questão buscou tratamento devido a uma divisão subjetiva angustiada limítrofe – sendo que “a força motivadora primária na terapia é o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina” (Freud, 1966b, p. 157) – o Estabelecimento em questão, fazendo uma *oferta de transferência* típica ao PPHM, só fez operar um fechamento (sutura) de tal divisão, a muito custo aberta. Quanto a isso, Costa-Rosa (2013f, p. 253) refere que “só após o fracasso da operação de sutura, química ou outra, o indivíduo pode reeditar seu pedido”. Alguns meses depois, contactado por telefone, retoma o tratamento, mas não sem referir ter sofrido um redobramento da angústia, exemplo do *retorno pior* de que nos fala Lacan (1973b).

Nossas reflexões têm a pretensão de mostrar, inclusive em tom de denúncia, o quão alarmante tem sido a tendência da atual “Política de Governo” (Brasil, 2012) que, assessorada por intelectuais sintônicos com o ideário do PPHM (Laranjeira, 2013), tem dado incentivo financeiro estadual às Comunidades Terapêuticas, Estabelecimentos tipicamente religiosos, sobretudo para o tratamento dos impasses de subjetivação referidos aos usos de drogas.

O Tratamento Analítico Singularizante

"Se o psicanalista não pode atender a demanda [de cura], é porque atendê-la é forçosamente decepcioná-la" (Lacan, 1967a, p. 343).

O PPS, partindo do Tratamento Analítico Singularizante, tem como horizonte ético "restituir ao sujeito a condução dos processos de subjetivar que lhe são inalienáveis" (Costa-Rosa, 2012, p. 17); ou seja, possibilitar, a partir de ações intercessoras, as condições para que o sujeito possa se [re]colocar na sua relação com o desejo e o carecimento; portanto, na contramão da dimensão da demanda e da carência, típica aos interesses do MCP. Assim, é a partir da via aberta por Lacan (1973b), em "Televisão", ao afirmar que o Discurso do Analista é uma saída possível para os impasses colocados pelo Discurso do Capitalista, que esse novo paradigma de Atenção "visará" fazer frente às práticas opressivas e [re]produtivas. Para tal, começará por eliminar, tanto quanto possível, do seu próprio contexto institucional, os laços sociais dominantes. A partir dos seus "meios de trabalho" de intercessão, esse Tratamento pode *ter como efeito* o equacionamento dos sintomas e o reposicionamento subjetivo e sociocultural do sujeito: no horizonte ético-político do PPS estão tanto a implementação de práticas de singularização quanto, e por consequência, a possível produção de sujeitos "resistentes" às práticas de dominação. É desta forma que o PPS pode promover a *revitalização da potência criativa e crítica das crises*, conferindo "aos diferentes impasses subjetivos (o sintoma é apenas um desses impasses) seu caráter de *objeção radical ao contexto sócio-cultural-territorial* em que são constituídos e emergem" (Costa-Rosa, 2012, p. 16, grifo nosso) (Figura 5).

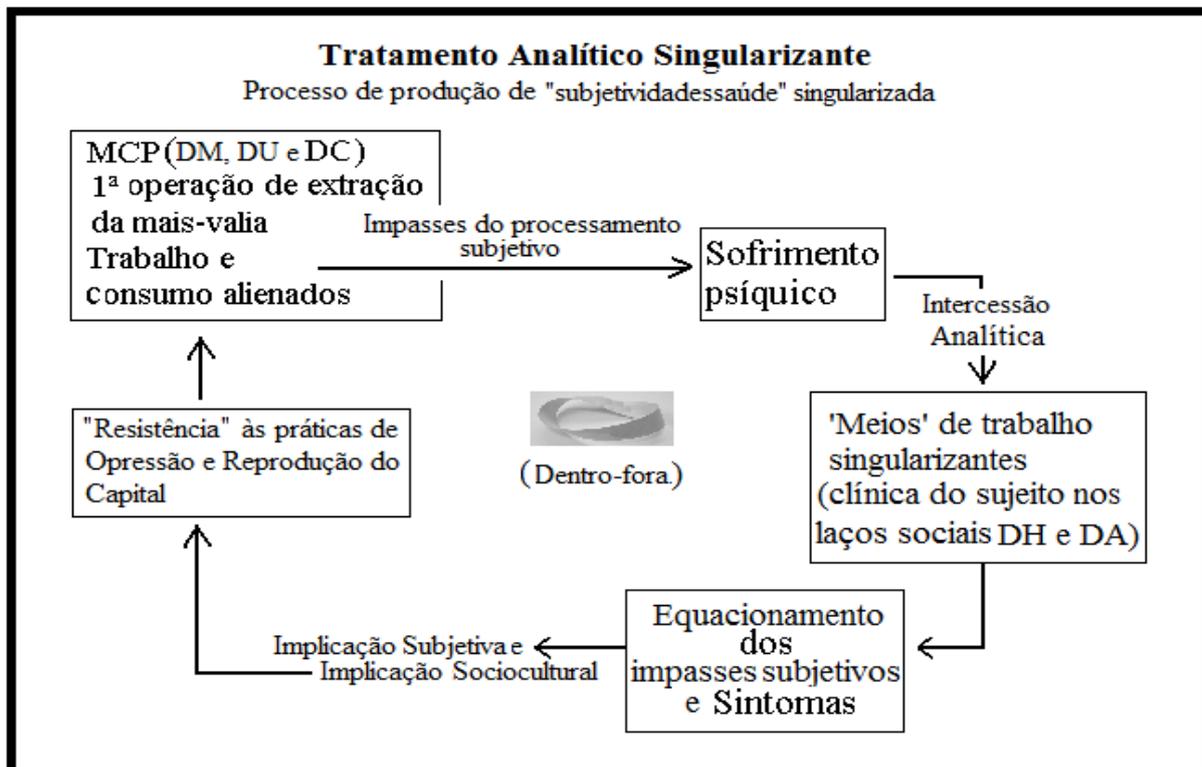


Figura 5: As instituições do Paradigma Psicossocial e o processo de produção de "subjetividade da saúde" singularizada.

Destacamos que a psicanálise é um laço social sem a encarnação de um personagem no lugar da mestria (Quinet, 2006). Se o significante-mestre (S_1) é figurado por vários personagens nos Discursos da [Re]produção Opressiva (o Mestre no DM, o Autor no DU e o Capital no DC) é somente no DA que ele não é encarnado, sendo apenas um significante, "esse um" (*J'essaim*) que sempre puxa uma cascata de outros significantes (Lacan, 1972-1973); significante que representa um *sujeito* para outro(s) significante(s), fazendo o deslize da cadeia significante para, somente por essa via, equacionar o sofrimento por intermédio da *produção de novos-sentidos*. "Se o analista[-intercessor] não toma a palavra, o que pode advir dessa produção fervilhante de S_1 ? Certamente muitas coisas" (Lacan, 1969-1970, p. 35). De tal modo, o DA (passando inicialmente pelo DH) é o único laço social de produção em que o outro é agenciado como sujeito em sua singularidade.

Segundo Costa-Rosa (2011; 2013d; 2013e; 2013f), na melhor das hipóteses, o "sujeito do sofrimento" chega ao Estabelecimento de Saúde no DH. Ao demandar o Mestre, ou o Saber enciclopédico, o sujeito no DH pode tanto encontrar alguém que se identifica com tal [su]posição, respondendo à sua demanda subjetiva, quanto pode encontrar um trabalhador-intercessor. Em ambas as situações haverá revolução de discurso. Na primeira situação, no PPHM, o sujeito passará ao lugar de agenciado em um dos Discursos da [Re]produção Opressiva, cujo efeito produtivo será o tamponamento dos sintomas, ficando mais distante da possibilidade de produzir o saber singular. A segunda situação é a que expressa os laços sociais de produção sintônicos com o PPS (DH e DA), por serem as únicas formas de laços sociais que consideram a produção subjetiva singular do sujeito.

Parece ser pertinente concebermos que um sujeito situado na dimensão simbólica-criativa-desejante, que o Tratamento Terapêutico Alienante visa suprimir, estará menos à mercê das armadilhas aprisionantes das ofertas de gozo do imperativo consumista. Em sua fruição desejante, o sujeito é caracterizado por estabelecer relações mediadas simbolicamente com os objetos. Em termos marxianos (Marx, 1857), significa dizer que essa relação se processa mais na vertente do valor de uso (dimensão do desejo e do carência) e menos na vertente do valor de troca (dimensão da demanda e da carência). Na dimensão do desejo e do carência, o sujeito não é refém do objeto; pelo contrário, ele é *objeto-causa*, impulsor de criatividade e de crítica.

É inegável que os impasses colocados pelo MCP têm peso sobre o sofrimento psíquico dos indivíduos, fazendo dobrar impasses subjetivos potencialmente presentes. Por hipótese, esses indivíduos serão tanto mais afetáveis pelos impasses do MCP quanto mais apresentarem dificuldades de processar *simbolicamente* as conflituosas que os atravessam, bem como, e por isso, menos possibilidades terão de serem atravessadores [cri]ativos e críticos nas mesmas. Concebemos que um indivíduo, ante os impasses do Real pulsional e da realidade cotidiana, pode apresentar possibilidades de respostas subjetivas em duas modalidades (respostas que poderão guardar relações com as *modalidades de ofertas de Tratamento Psíquico* das instituições): 1) de natureza mais imaginária; ou 2) de natureza mais simbólica. Somente a partir da segunda possibilidade de

resposta subjetiva o indivíduo poderá ser atravessador ativo nas conflituosas sócio-simbólicas que o atravessam, alcançando, com isso, sua implicação sociocultural.

Recorremos à outra experiência vivenciada no "campo de intercessão" das práticas clínicas e institucionais. Antes desse atendimento, ele sempre havia sido atendido em psicoterapias autoritárias. Sua psicoterapia durou por volta de oito meses, o tempo em que trabalhamos no Estabelecimento de Saúde em questão. Após esse período, dada nossa saída, ele voltou a fazer tratamento psicoterápico com outro psicólogo. Depois de um tempo ele pergunta ao psicoterapeuta se seria possível localizar onde estávamos trabalhando. Feito o encaminhamento, retoma o seu tratamento, agora em uma cidade vizinha. Na ocasião, ele fala do quanto, depois do primeiro período de tratamento conosco, não se permitia mais deixar-se ordenar pelo mestre-psicoterapeuta. No seguimento do seu tratamento, inclusive, pôde começar a questionar as instituições religiosas que frequentava como algo que restringia sua vida. Dizia não mais permitir ser submetido a discursos que ditassem a ele quem era, bem como as regras para suas condutas. Mesmo se tratando dos efeitos de um tratamento de poucos meses, essa passagem parece mostrar eloquentemente o início de um processo de singularização em termos de implicação subjetiva e implicação sociocultural; *possível* efeito ético-político de um Tratamento Analítico Singularizante na Saúde Coletiva.

Algumas conclusões

Esse ensaio objetivou apresentar e distinguir dois modos de tratamento aos impasses de subjetivação: o Terapêutico Alienante e o Analítico Singularizante. Concluímos que o primeiro, a partir de um *cura ativo*, opera o tamponamento dos sintomas e demais impasses subjetivos, suturando química e/ou imaginariamente a angústia, como forma transitória e *capitalizada* de estancamento do sofrimento – sendo por isso mesmo que ele sempre se reinstala *pior* –, enquanto que o segundo modo tem como horizonte uma *operação* de efeitos de consistência simbólica (criativa e desejante), que possibilita o equacionamento dos impasses e o reposicionamento subjetivo e sociocultural crítico do sujeito, bem como a maximização das possibilidades de simbolização de futuros impasses. Se o primeiro visa os interesses sociais do polo social dominante na luta de classes, o segundo acaba *tendo como efeito* os interesses (por trás das demandas imediatas de suprimentos) do polo social subordinado.

Se a tendência do MCP é sempre reproduzir a manutenção do instituído social opressor, nossa hipótese é de que o campo da Saúde Mental Coletiva poderá ser um lugar privilegiado de produção de "subjetividadesaúde" singularizada, por definição potencialmente "resistente" às práticas de dominação socialmente imprimidas pelo MCP. Neste, o trabalho alienado (como *efeito social* do processo de produção) e alienante (como *efeito ético-político* do processo de produção) se dá na relação diretamente proporcional ao tamponamento da via do desejo e do carência; ou seja: quanto mais um sujeito é submetido ao trabalho alienado, mais a "humanidade" do seu desejo e do seu carência lhe é negada (Marx, 1844, p. 92). Aqui, a mais-valia é extraída no processo de *produção* do trabalho. Mas é fato que a extração continua na esfera do *consumo*, igualmente alienado e alienante. A esse mesmo sujeito, cuja "humanidade" lhe é negada, por isso mesmo jogado

na dimensão da demanda e da carência, resta como possibilidade a *ilusória tentativa* de restituir algo de satisfação nas ofertas de gozo do consumismo. Impedido do prazer no trabalho o indivíduo buscaria desesperadamente formas de prazer imediato. Aliás, trata-se exatamente do que necessita a outra face da moeda da produção, o consumismo, fechando, com isso, o ciclo perverso do processo de extração da mais-valia. É diante deste quadro que enquanto o Tratamento Terapêutico Alienante faz da "crise psíquica" mais uma oportunidade de operar o seguimento do projeto capitalista, capitalizando o sofrimento, o Tratamento Analítico Singularizante teria como *possível efeito* não somente o equacionamento subjetivo do sofrimento presente na "crise psíquica", mas, e por consequência, também a maximização das possibilidades de os indivíduos e os coletivos se reposicionarem no laço social de forma singularizada; ou seja, de forma a poder produzir críticas ao meio sociocultural-territorial, cuja dinâmica, aliás, incide constante e radicalmente na produção das "crises". Temos aqui, ao destacarmos o adjetivo "Crítica" em seu duplo sentido, explicitado o motivo pelo qual falamos em uma *Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva* (Costa-Rosa, 2012).

Refém da alienação psíquica e social, o indivíduo disciplinado tem sua "humanidade" reduzida à dimensão da carência e da demanda. Por outro lado, o sujeito em sua singularização pode advir na dimensão do desejo e do carecimento. É nessa segunda perspectiva que "Lacan sublinha a dimensão da pulsão como produção de *diferença criativa* capaz de permitir ao sujeito atingir a fruição propriamente desejante, superando a demanda repetitiva do gozo estritamente ligado aos objetos da realidade imediata" (Costa-Rosa, 2013f, p. 297, grifo nosso). Se, por intermédio do Tratamento Terapêutico Alienante, o trabalhador-interventor-disciplinar visa responder à demanda de suprimentos (de medicamentos, de sentidos e de tutela social) do "sujeito do sofrimento", no Tratamento Analítico Singularizante o trabalhador-intercessor-psicossocial tem como horizonte ético fazer dessa demanda em estado bruto uma demanda de análise. Lacan (1964) afirma que "ao persuadir o outro de que ele tem o que pode nos completar, nos asseguramos de poder continuar a desconhecer precisamente o que nos falta" (Lacan, 1964, p. 132); a "desconhecer", a não subjetivar, *precisamente o que nos falta-a-ser*¹! Assim, se o Tratamento Terapêutico Alienante assegura ao "sujeito do sofrimento" a condição de poder continuar a "não subjetivar" o que lhe falta, respondendo (suprindo) de forma *a priori* sua demanda, o Tratamento Analítico Singularizante *poderá* possibilitar a ele condições de se haver com o "sentido" do que lhe falta, *subjetivando* a existência estruturalmente de sua falta-a-ser.

Notas:

¹ As ideias centrais desse ensaio foram apresentadas na mesa-redonda "Por uma psicologia não disciplinar: o Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de subjetividade e como Modo de Produção de 'conhecimento'", no "Encontro de Psicanálise e Filosofia da Diferença", realizado na UNESP-campus de Assis, em 19 de novembro de 2012. Também integra parte dos resultados de uma dissertação de Mestrado em Psicologia (Périco, 2014), orientada pelo prof. Dr. Abílio da Costa-

Rosa no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNESP-campus de Assis, financiada pela "Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo" (FAPESP).

² Utilizamos o conceito de "resistência" proposto por Foucault (1995), definido como a possibilidade dos indivíduos e coletivos escaparem da dominação imprimida pelo Poder Disciplinar. Apesar de, na maior parte das vezes, utilizar o conceito de "resistência" em um sentido diferente – como uma manifestação inconsciente do sujeito, ou do analista, que se contrapõe ao trabalho analítico –, temos a hipótese de que Freud (1918, p. 180) chega a usá-lo na mesma acepção do conceito foucaultiano. Tal como Lacan (1957-1958) em seu Seminário: "isso é tão evidente que os hipnotizadores, (...) sabem muito bem que nenhuma sugestão [autoritária], por mais bem sucedida que seja, apodera-se totalmente do sujeito. Fazemos aqui uma pergunta – o que resiste? O que resiste é o desejo" (Lacan, 1957-1958, p. 443).

³ Rigor ético, cuja impotência em sustentar, como refere Lacan (1958a, p. 592), nos faz cair no exercício do Saber-Poder aviltante sobre o outro.

⁴ Dimensão que contempla o que os autores da Psiquiatria Democrática italiana, base da Reforma Psiquiátrica brasileira, denominam como "existência-sofrimento dos pacientes" e a sua relação com o corpo social" (Rotelli, Leonardis & Mauri, 1990, p. 30). Marx (1844) afirma ser uma dimensão essencial e singular do homem, ou seja, o seu carecimento (*Bedürfnis*) – muito equivocadamente traduzido em língua portuguesa por "necessidade" (Giannotti, 1985) – na relação com o outro. Marx parece se referir ao *quantum* de singularização de um sujeito, a ser necessariamente produzido na sua relação com o "social": "até que ponto o carecimento do ser humano se tornou carecimento humano para ele, portanto, até que ponto o outro ser humano como ser humano se tornou um carecimento para ele, até que ponto ele, em sua existência mais individual, é ao mesmo tempo coletividade" (Giannotti, 1985, p. 105, tradução levemente corrigida), "coletividade" que, com Freud (1921), aprendemos a diferenciar da grupalização massificada e alienada. Na dimensão do carecimento o homem toma outro homem como sujeito singular e criativo que, reciprocamente, potencializa a sua singularidade. Freud (1930), por sua vez, refere que "tal qual um planeta que gira em torno de um corpo central além de rodar sobre o seu próprio eixo, assim o indivíduo também participa do desenvolvimento da humanidade enquanto segue seu próprio caminho" (Freud, 1930, p. 176).

⁵ Neste ponto, esclarecemos que a "intervenção" a qual nos referimos – especificada com o adjetivo "disciplinar" – não corresponde conceitual e eticamente ao que importantes autores (Passos, Kastrup & Escóssia, 2009), partindo da Análise Institucional e da Filosofia da Diferença, chamam de Pesquisa-Intervenção. No entanto, colocamo-nos uma questão, que nos parece deixar em aberto perspectivas de futuras pesquisas: a Pesquisa-Intervenção, sem a leitura do laço transferencial possibilitada pela psicanálise de Freud e Lacan, poderia, de fato, alcançar os efeitos ético-políticos singularizantes que coloca em seu horizonte? Acerca dos desdobramentos iniciais dessa questão confira Périco (2014).

⁶ "Demanda Social" e "encomenda social" são conceitos da Análise Institucional (Lourau, 1975). Primeiramente, é necessário diferenciar a Demanda Social da demanda subjetiva que é definida, pela psicanálise, como a passagem do desejo inconsciente à linguagem; processo a partir do qual o

sujeito pode: alienar-se mais, caso ele *se fixe* nas demandas que formula de forma linguageira; ou menos, caso a ele seja possível aí não se fixar para, com isso, deslizar no diferir da sua fruição desejante. Já a Demanda Social tem sempre um caráter instituinte, por ser "hiância em sentido amplo; conjunto das pulsações produzido pelo antagonismo das forças em jogo no espaço socioeconômico e cultural" (Costa-Rosa, 2013a, p. 39). As pulsações da Demanda Social emergem eventualmente e delas podem surgir movimentos sociopolíticos contestadores do instituído social. No entanto, quando essas pulsações instituintes sofrem a ação de captura da ideologia capitalista são transmutadas em "encomendas sociais". No contexto da SMC, as encomendas podem tanto serem feitas diretamente pelos "sujeitos do tratamento" (por exemplo, pedidos por suprimentos medicamentosos), quanto pelos próprios trabalhadores a outros trabalhadores ou instituições (por exemplo, os pedidos, pautados em psicologismos, de psicoterapias para crianças com impasses no processo ensino-aprendizagem). Para fins de diferenciação, nesse trabalho, a Demanda Social é referida com iniciais maiúsculas.

⁷ Significante cunhado por Costa-Rosa (2013f, p. 300), pois "a pluralização dos termos subjetividade e saúde incluídos nesse novo significante pretende indicar a pertinência da simultaneidade de diferentes modos da subjetividade e, portanto, de diferentes modos da saúde. Indica também a consideração de processos em constante transformação" (Costa-Rosa, 2010, p. 3).

⁸ Ética do "carecimento", que se opõe à ética da "carência" (Marx, 1857-1858; 1844), absolutamente sintônica (porque moëbianamente contínua) com a ética da psicanálise. O carecimento (*Bedürfnis*) e a carência (*Notwendigkeit*), segundo a leitura que propomos, são dimensões sócio-subjetivas explicitadas por Marx quanto à definição do que seja, respectivamente, a riqueza humana em sua potencialidade crítica/criativa e a riqueza humana domesticada/alienada.

⁹ Quinet (2006, p. 58) propõe nomear o primeiro grupo de discursos como "discursos da dominação" e o DH e o DA como os seus avessos. Neste ponto elucidamos que "nenhum destes discursos é em si mesmo bom ou ruim, ruim é a persistência num deles" (Vegh, 2001, p. 154), o que nos leva ao tema das "revoluções discursivas" e das necessárias circulações pelos discursos. Os agrupamentos que aqui propomos dizem respeito à "lógica dos discursos tal como se apresentam na cena social" (Vegh, 2001, p. 155).

¹⁰ Sugerimos, *estrategicamente*, uma nova grafia para a proposta de uma psicothetapia Outra, "meio de trabalho" sintônico com o horizonte ético de produção do PPS, contrapondo-se às "psicoterapias em geral" típicas ao PPHM (Périco, 2014).

¹¹ Na dimensão simbólica-criativa-desejante o objeto do desejo não é algo que falta, pois não é objeto-telos (*τέλος*), mas sim objeto-causa. Sua função, como semblante sempre cambiante no horizonte, é a de algo que faz falta constitutiva: "o meu mistério é que eu ser apenas um meio, e não um fim, tem-me dado a mais maliciosa das liberdades" (Lispector, 1977, p. 84).

Referências Bibliográficas

Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Althusser, L. (1984). *Freud e Lacan, Marx e Freud*. Rio de Janeiro: Graal.
- Benelli, S. (2006). *Pescadores de Homens: estudo psicossocial de um seminário católico*. São Paulo: UNESP.
- Brasil. *Ministério da Saúde. Portaria 131*, de 26 de janeiro 2012. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html
- Chemama, R. (1997). Um sujeito para o objeto. In Goldenberg, R. (Org.). *Goza! Capitalismo, globalização e psicanálise* (pp. 23-39). Salvador: Agalma.
- Costa-Rosa, A. (2013a). A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. In *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva* (pp. 55-91). São Paulo: UNESP.
- Costa-Rosa, A. (2010). *Carta de Fundação do "Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e 'Subjetividade da Saúde'"*. UNESP/Assis, Mimeografado.
- Costa-Rosa, A. (2012). Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. In Dionísio, G. H. & Benelli, S. J. (Orgs.). *Políticas públicas e clínica crítica* (pp. 15-31). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Costa-Rosa, A. (2011). Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Revista Saúde e Sociedade*, 20(32), 743-757. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/18.pdf>.
- Costa-Rosa, A. (2013b). Interprofissionalidade, Disciplinas, Transdisciplinaridade: Modos da divisão do trabalho nas práticas da Atenção Psicossocial. In *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva* (pp. 119-166). São Paulo: UNESP.
- Costa-Rosa, A. (2013c). Modos de Produção das Instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética, ou a subjetividade capitalística e a Outra. In *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva* (pp. 23- 54). São Paulo: UNESP.
- Costa-Rosa, A. (2013d). O Grupo Psicoterapêutico na psicanálise de Lacan: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva* (pp. 233-269). São Paulo: UNESP.
- Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In Amarante, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Costa-Rosa, A. (2013e). Para uma crítica da Razão Medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva* (pp. 167-212). São Paulo: UNESP.
- Costa-Rosa, A. (1987). *Saúde Mental Comunitária: análise dialética de um movimento alternativo*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Costa-Rosa, A. (2013f). Uma ética para a Atenção Psicossocial: o cuidado em análise. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva* (pp. 271-332). São Paulo: UNESP.
- Costa-Rosa, A. (2013g). Um psiquiatra não tão médico: o lugar necessário da psiquiatria na Atenção Psicossocial. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva* (pp. 213-232). São Paulo: UNESP.
- Costa-Rosa, A.; Luzio, C. A.; Yasui, S. (2003) Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma em Saúde Mental Coletiva. In Amarante, P. (Org.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Nau.
- Conselho Federal De Psicologia. *Resolução do CFP nº 010/97*, de 20 de outubro de 1997. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1997/10/resolucao1997_10.pdf.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica*. Poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense.
- Foucault, M. (1997). *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2003). *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In Rabinow, P. & Dreyfuss, H. (Orgs.). *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 231-249.
- Foucault, M. (2007). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Freud, S. (1996). Psicanálise Silvestre. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 231-241). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (1996). Linhas de progresso da terapia analítica. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 201-211). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1918).
- Freud, S. (1996). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise (Explicações, aplicações e orientações). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 135-154). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1933).
- Freud, S. (2012). *A Interpretação Dos Sonhos*. Porto Alegre: L&PM (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (2010). *O mal-estar na cultura*. Porto Alegre: L&PM (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (2013). *Psicologia das massas e análise do eu*. Porto Alegre: L&PM (Trabalho original publicado em 1921).
- Fleming, M. (1976). *Ideologias e práticas psiquiátricas*. Porto: Afrontamento.
- Giannotti, J. A. (1985). *Origens da dialética do trabalho: estudos sobre a lógica do jovem Marx*. Porto Alegre: L&PM.
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. *Escritos* (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1958a).

- Lacan, J. (1998). Intervenção sobre a transferência. *Escritos* (pp. 214-225). Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1951).
- Lacan, J. (2003). A psicanálise. Razão de um fracasso. *Outros Escritos* (pp. 341-349). Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1967a).
- Lacan, J. (2003). O Aturdido. *Outros Escritos* (pp. 448-497). Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1973a).
- Lacan, J. (2003). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. *Outros Escritos* (pp. 248-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1967b).
- Lacan, J. (2003). Televisão. *Outros Escritos* (pp. 508-543). Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1973b).
- Lacan, J. (1972) *Du discours psychanalytique. Conférence à l'université de Milan*. Recuperado de <http://espace.freud.pagesperso-orange.fr/topos/psych/psysem/italie.htm>.
- Lacan, J. (1999) *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1957-1958).
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1959-1960).
- Lacan, J. (2008) *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1964).
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1969-1970).
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1972-1973).
- Laranjeira, R. (2013). "Recomeço: direito a uma nova vida". *Jornal Folha de São Paulo* (Caderno Mais!), São Paulo, 20 maio. Recuperado de <http://www1.folha.uol.com.br/opinia0/2013/05/1281466-ronaldo-laranjeira---recomeco-direito-a-uma-nova-vida.shtml>.
- Lispector, C. (1978). *A maçã no escuro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Lispector, C. (1977). *A Legião Estrangeira*. São Paulo: Ática.
- Lourau, R. (1975). *A análise institucional*. Vozes: Petrópolis.
- Luz, M. T. (1979). *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- Marx, K. (1984). *Formações econômicas pré-capitalistas*. Rio de Janeiro: Paz e Terra (Trabalho original publicado em 1857-1858).
- Marx, K. (2004). *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, (Trabalho original publicado em 1844).
- Marx, K. (1982). *Para a crítica da economia política*. São Paulo: Abril Cultural (Trabalho original publicado em 1857).
- Melman, C. (2003). *O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Mondoni, D. & Costa-Rosa, A. (2010). Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(01), 39-47. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000100006&script=sci_arttext
- Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Périco, W. (2014). *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", São Paulo.
- Quinet, A. (2009). *A estranheza da psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rinaldi, D. L. (2006). Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental?. In Alberti, S. & Figueiredo, A. C. (Orgs.) *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta* (pp. 141-147). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Rotelli, F., Leonardis, O. & Mauri, D. (Orgs.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- Vegh, I. (2001). Os discursos e a cura. In Vegh, I (Org.). *Os discursos e a cura* (pp. 141-157). Rio de Janeiro: Cia. de Freud.

Citação/Citation: Périco, W. & Costa-Rosa, A. (nov. 2014 a abr. 2015). Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico à clínica da Atenção Psicossocial. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 10(19), 16-42. Disponível em www.isepol.com/asephallus. doi: 10.17852/1809-709x.2019v10n19p16-42

Editor do artigo: Tania Coelho dos Santos.

Recebido/Received: 21/09/2015 / 09/21/2015.

Aceito/Accepted: 24/09/2015 / 09/24/2015.

Copyright: © 2013 Associação Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o moderno e o contemporâneo. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the author and source are credited.

