



Psicologia USP  
ISSN: 0103-6564  
revpsico@usp.br  
Instituto de Psicologia  
Brasil

Brandão Junior, Pedro Moacyr; Vera Lopes, Besset  
**PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL: CONTEXTUALIZANDO O ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS**  
Psicologia USP, vol. 23, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 523-538  
Instituto de Psicologia  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305126302006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL: CONTEXTUALIZANDO O ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS<sup>1</sup>

Pedro Moacyr Brandão Junior  
Vera Lopes Besset

**Resumo:** No Brasil, o campo da saúde mental constitui-se a partir de política pública que direciona o funcionamento de seus serviços segundo uma lógica de tratamento distinta da manicomial. Partindo das premissas da reforma psiquiátrica, o atendimento nesse campo deve ser de base comunitária e implicar vários profissionais. Nesse contexto, nas respostas às demandas de atendimento os profissionais devem respeitar as diretrizes do SUS e da política pública de saúde mental brasileira, assim como a particularidade de cada caso. Ao mesmo tempo, é livre para trabalhar de acordo com a abordagem teórico-metodológica de sua escolha. Neste artigo, a partir de dados clínicos referidos a uma prática em saúde mental, explicitamos a especificidade da orientação da psicanálise como base para a construção de encaminhamentos possíveis.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Saúde mental. Loucura. Sistema Único de Saúde.

1 Este texto refere-se à pesquisa de tese em andamento, realizada pelo autor com orientação da coautora, com apoio do CNPq, no âmbito da Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da UFRJ e do Núcleo de Pesquisas 'Clínica Psicanalítica' (CLINP) do IP-UFRJ. Uma primeira versão deste trabalho, sob o título "Psicanálise na saúde mental", foi apresentada no 7º Congresso Norte Nordeste de Psicologia, que ocorreu de 07 a 14 de maio de 2011.

## Saúde mental: um vasto campo

A constituição do campo da saúde mental atrela-se a uma história de divergências ao modelo psiquiátrico positivista. Tendo o hospital como centro do tratamento, a lógica manicomial caracteriza-se pela segregação e exclusão social. Nesse modelo, muitas vezes os pacientes ficavam confinados nos grandes manicômios, alguns por toda uma vida. No Brasil, como política pública que direciona o modelo de assistência, a saúde mental é um campo relativamente novo (Tenório, 2002). Nele encontramos uma diversidade de serviços com diferentes abordagens terapêuticas.

Entendemos a saúde mental como “um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde” (Amarante, 2007, p. 15). Em nosso país, esse campo viabilizou-se a partir da redemocratização no final da década de 1970, sendo fruto de um movimento que contou com a participação de profissionais da área e de usuários e familiares dos pacientes mobilizados contra a precária situação de vida dos pacientes nos hospitais psiquiátricos: “muitos deles pessoas idosas que ficaram confinadas desde a adolescência sem terem cometido crime algum” (Delgado, 2001, p. 284). No entanto, sua efetivação é bastante recente, pois a Lei 10.216, conhecida como lei da reforma psiquiátrica, vigora desde 2001 (Delgado, 2011). Essa lei concretiza e estabelece diretrizes para as ações na área da saúde mental, oficializa a implantação de uma nova política pública nesse campo e propõe uma mudança na lógica dos atendimentos. Tal proposta de legislação não se resume à ampliação da cobertura assistencial ou à implantação de novos serviços, como assinala Campos (2008). Trata-se da tentativa de reformulação do paradigma teórico psiquiátrico tradicional, colocando em jogo, também, “uma extensão do cuidado” e “um modo de atenção inovador” (Campos, 2008, p. 97).

A reforma psiquiátrica brasileira favoreceu a estruturação de “um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si” (Tenório, 2002, p. 28). Pois, no que concerne o campo da saúde mental, o espectro dos conhecimentos envolvidos é tão amplo que encontramos dificuldades para delimitar suas fronteiras (Amarante, 2007). Para Delgado (2001), a Lei 10.216 “traz o processo de reforma para um novo estágio de institucionalidade, colocando-o definitivamente na luz do debate sobre a cidadania e as políticas públicas” (p. 283). Nela, é possível reconhecer pontos que respeitam os ideais da reforma: a previsão de implantação de serviços não regidos pela lógica manicomial e a sugestão para que o tratamento ocorra preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental.

A partir da promulgação dessa lei, estabeleceram-se critérios para implantação de serviços com modelo de funcionamento diverso ao dos hospitais psiquiátricos, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, respeitando-se a constituição de 1988 e a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Os *princípios* são “valores que orientam o nosso pensamento e as nossas ações” (Paim, 2009, p. 56): a universalidade, a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. As *diretrizes*, entendidas como “organizações gerais de caráter organizacional ou técnico que auxiliam as diferentes partes que compõem o sistema de saúde a seguirem a mesma direção” (Paim, 2009, p. 56), explicitam-se como: a integralidade, a descentralização, a participação da comunidade, a divulgação de informações, a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, a integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Nos serviços da saúde mental, encontramos métodos e técnicas referidos a práticas orientadas por concepções diversas no que concerne ao tratamento. Campos (2008) aponta uma “certa babel epistemológica” (p. 98) no trabalho dos serviços de saúde mental: psicanálise ‘misturada’ com psicofarmacologia psiquiátrica, abordagem sistêmica encoberta sob o rótulo de reabilitação psicossocial. No entanto, essa característica parece se ligar às propriedades do próprio campo. Laurent (2000), referindo-se ao contexto europeu, afirma: “quando falamos de trabalhadores de saúde mental, ninguém sabe o que isso quer dizer precisamente. É um campo com classificações abertas. Inclui médicos, assalariados das mais variadas disciplinas, de ciências e de práticas sociais pouco científicas” (p. 141). Sobre isso, Veras (2010), ancorado em experiência norteadada pela psicanálise em contexto brasileiro, define dois modos de estruturação do atendimento público, um deles ordenado pela lógica da coletividade, no qual as definições da direção do tratamento são previamente formatadas, e outro guiado pela lógica da psicanálise que considera a adesão do paciente ao tratamento como contingencial. Para esse autor,

Há uma diferença entre estruturar o atendimento público seguindo a lógica da identificação e seguindo a lógica da transferência. Por isso, o desafio que propomos ao gestor público da saúde mental é pensar um dispositivo de distribuição de cuidados que inclua a transferência no momento em que se desenha o circuito singular de um paciente do atendimento mais básico até a internação mais complexa. (Veras, 2010, p. 96)

Nesse contexto de múltiplas orientações, os técnicos de saúde mental devem responder, cotidianamente, às diferentes demandas de

atendimento, considerando a particularidade de cada caso sem negligenciar as diretrizes públicas de saúde mental. No escopo deste texto interessa-nos apontar as especificidades das ferramentas das quais dispõe o profissional orientado pela psicanálise na construção de respostas às diversas e contraditórias demandas implicadas no trabalho em saúde mental. Para tanto, com base na experiência de atendimento clínico e supervisão clínico-institucional<sup>2</sup>, tomamos como referência um caso clínico atendido em um serviço público de saúde mental para crianças e adolescentes, partindo da proposição de escuta do sujeito do inconsciente.

## O profissional de saúde nos serviços de saúde mental

O Ministério da Saúde, desde 2005, vem publicando editais que incentivam a inserção do supervisor clínico-institucional nos CAPS. A supervisão clínico-institucional é uma modalidade reconhecida pelo Ministério da Saúde por meio de editais de *Chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção*. Esses editais seguem as orientações da Portaria nº 1.174/GM de 7 de julho de 2005, que inclui a supervisão clínico-institucional entre as ações do Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, e prevê incentivo financeiro para esse fim. Essa portaria define a supervisão clínico-institucional como:

o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais do CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões levantadas para a qualidade da atenção realizada. (Ministério da Saúde, 2005)

Os supervisores podem ser indicados pela equipe ou pelo próprio gestor. A escolha do supervisor clínico-institucional não obedece a qualquer critério relativo quanto a sua formação em determinada abordagem teórico-metodológica. Em cada caso, guardadas as especificidades teóricas, a prioridade é a orientação das equipes para trabalharem afinadas com as orientações da política pública nacional, que rompe com o paradigma da psiquiatria clássica. Igualmente, cabe à supervisão operar com a tensão gerada nas equipes por conta da missão “de exercer uma

2 Especialmente a do primeiro autor como Supervisor Clínico institucional do CAPSi Don Adriano Hipólito (NI/RJ) e do CAPSi de Queimados (RJ).

função de saúde pública sem deixar de exercer a clínica singular de cada caso” (Tenório, 2007, p. 16).

Na portaria nº. 336/GM de 19/02/2002 do Ministério da Saúde (2004, p. 125), além da definição do CAPS, há a proposta de outros dois serviços específicos, o CAPSad (Centro de Atenção psicossocial álcool e outras drogas), destinado ao atendimento de pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e o CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil). O CAPSi é um serviço de atenção diária que tem como objetivo atender crianças e adolescentes com grave sofrimento psíquico. Nessa categoria estão incluídos os psicóticos, autistas, neuróticos graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. No CAPSi, como em todos os outros serviços da saúde mental, conforme assinalamos acima, as respostas dos técnicos às demandas devem ser construídas com base na lógica de trabalho proposta pelo SUS. Nesse contexto, a posição do técnico de saúde mental é bastante complexa, pois, enquanto as políticas públicas levam em conta as peculiaridades de alguns grupos, no caso pessoas em sofrimento psíquico, para definir e orientar determinadas ações, a clínica demanda desses profissionais respostas em acordo com a particularidade de cada caso.

Além disso, os serviços e ações no SUS devem estar organizados em *rede*, funcionar de forma articulada e não isoladamente. Portanto, nos casos de pacientes atendidos por diferentes serviços, os profissionais devem estabelecer parcerias com a rede de cuidado de modo a fomentar as condições para que os demais serviços levem determinado caso em consideração. Muitas vezes as crianças recebidas no CAPSi, como no caso do qual falaremos adiante, passaram por outros serviços anteriormente, receberam diagnósticos distintos e submeteram-se a diversas tentativas de tratamento. Entretanto, o encaminhamento para outro serviço não pode ser feito de maneira automática, precisa respeitar o princípio de acolhimento universal, segundo o qual “toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida” (Ministério da Saúde, 2005, p. 12). A diretriz pública exige um “encaminhamento implicado” (Ministério da Saúde, 2005, p. 12), o técnico deve contatar o profissional que receberá o paciente ou aquele que fez o encaminhamento e, ao mesmo tempo, “localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa” (Ministério da Saúde, 2005, p. 13).

Essas diretivas de *acolhimento universal* e *encaminhamento implicado* encontram-se, a nosso ver, em consonância com a orientação da psicanálise. Elas indicam a necessidade de um movimento de responsabilização, de implicação, tanto por parte do paciente quanto do técnico que o atende. Esse momento inicial não é pensado como sendo unicamente o de uma triagem que, em regra geral, definiria objetivamente onde cada

um deve ser atendido. Também não é somente um meio para organizar o fluxo dos atendimentos e encaminhamentos. Assim, ao exercer suas funções, o profissional de saúde mental deve acolher todos e cada um, respeitando o caráter “universal” do acolhimento e, igualmente, a particularidade e especificidade de cada demanda. Essas exigências, contraditórias à primeira vista, de observar o universal e o particular, sem negligenciar um nem outro, torna a posição do profissional de saúde mental solidária, digamos, àquela atribuída ao eu por Freud (1923/2007) no texto “O eu e o isso”. Tal como o eu, ele se encontraria a serviço de três senhores.

1. *os sujeitos*, que lhe demandam atendimento;
2. *as diretrizes do SUS*, que lhe dizem o que deve e não deve ser feito dentro de determinado serviço;
3. *a equipe*, com a qual partilha as dificuldades do trabalho e as condições precárias que, muitas vezes, é a realidade dos serviços<sup>3</sup>.

Os sujeitos, que nos remetem ao *isso*, chegam com demandas que apontam para sua posição subjetiva, seu desejo e seu gozo; as diretrizes públicas, regras que ditam um modo de operar, cumprem a função de *supereu*; a equipe, composta por profissionais de diferentes formações e abordagens, pode ser considerada como o *mundo externo*. Assim como o *eu*, o profissional tenta fazer com que “o mundo faça justiça aos desejos do *isso*” (Freud, 1923/2007, p. 56). Em resumo, espera-se que os técnicos escutem os sujeitos e ao mesmo tempo obedeçam, tal como o eu, ao “mundo” (Freud, 1923/2007, p. 566). Efetivamente, o profissional orientado pela psicanálise coloca em operação um saber específico que não está dado *a priori*. Aqui, a noção de “entrevistas preliminares” (Lacan, 2011) é uma referência útil.

## Entrevistas preliminares e acolhimento

No contexto da saúde mental, por não se tratar de tratamento psicanalítico *stricto sensu*, cabe pensar em psicanálise aplicada (Lacan, 2003a). Desse modo, os princípios e diretivas da clínica psicanalítica são norteadores dos atendimentos realizados a partir dessa abordagem. Para a psicanálise as pessoas que demandam atendimento só se tornam pacientes *a posteriori*. Observe-se que o fato de demandar um tratamento é em si mesmo uma característica que distingue essa prática daquela refe-

3 Em alguns desses serviços, a carência de recursos básicos para funcionamento incluem o fornecimento de água e papel higiênico.

rida à psiquiátrica, na qual o paciente “pode ser designado pelos outros, pela família, pelo médico, pela sociedade, pelas instâncias sociais que lhe dizem para se tratar” (Miller, 1997, p.223). Todavia, a resposta de um analista à demanda de tratamento é peculiar, como veremos a seguir.

Em psicanálise, a base sobre a qual se edifica uma proposta de tratamento é a *confiança*, nome inaugural da *transferência* (Freud, 1895/2008a). Como advertiu Freud (1912/2008b), a transferência está presente em todas as relações humanas, mas somente a psicanálise faz uso dela como instrumento de trabalho. Essa dimensão se coloca desde os primeiros momentos, os de um “ensaio prévio” a um tratamento (Freud, 1913/2008c), no qual importa estabelecer um diagnóstico, especialmente um diagnóstico diferencial entre neurose e psicose. “Trata-se de um tempo de trabalho prévio à análise propriamente dita, cuja entrada é concebida não como continuidade e, sim – como o próprio nome tratamento de ensaio parece sugerir – como uma descontinuidade, um corte em relação ao que era anterior e preliminar” (Quinet, 1991, p. 18).

No momento inicial de “entrevistas preliminares” (Lacan, 2011) interessa promover uma “retificação subjetiva”. Retificação que diz respeito a uma mudança de posição do sujeito em relação a seu dito, tal como apontado por Lacan (1998a) a partir de uma passagem do caso Dora (Freud, 1905/2008d). Na ocasião, lembra o autor, a paciente de Freud queixava-se de ser vítima do assédio do Sr. K, situação que seria tolerada por seu pai, interessado pela Sra. K. Freud, então, questiona sua paciente sobre sua participação na trama da qual se dizia vítima. A partir disso, desvela-se a participação da querelante em seu próprio sofrimento. Assim, nas entrevistas preliminares, “trata-se de distinguir entre o dito e a posição frente a ele” (Miller, 1997, p. 238).

Quem procura atendimento apresenta-se com uma queixa. A demanda é, invariavelmente, a de alívio para um sofrimento. A resposta do profissional orientado pela psicanálise consiste em outra demanda: fale! Para tanto, ele se abstém de ocupar o lugar de quem *sabe* sobre o paciente e sobre o que lhe causa (Besset, 2001). Sendo assim, sua resposta refere-se à posição de “douta ignorância”, conforme indicação de Lacan (1998b, p.364). Trata-se de uma posição na qual a *ignorância* tem função operativa, “de alguém que sabe das coisas, mas que, voluntariamente, apaga até certo ponto seu saber para dar lugar ao novo que ocorrerá” (Miller, 1997, p.232). Com esse procedimento, o profissional coloca o saber no seio da experiência, saber *inconsciente*, não sabido, justamente no lugar daquele que vem lhe falar a partir da suposição de um saber em quem o ouve.

Nessa perspectiva, evita-se enquadrar previamente o paciente em diagnósticos e propostas terapêuticas que, por vezes, em nome de uma cientificidade suposta, não levam em consideração o sujeito. Em consequência, frente à demanda do paciente, de cura para seu mal-estar, o

técnico em saúde mental não pauta sua resposta em suas próprias convicções. Ao contrário, abstêm-se de oferecer respostas propostas que fornecem *a priori* um sentido ou um lugar para um sujeito e direciona-se para o que há de particular no modo como cada um estabelece ou rompe os laços sociais. Nem por isso a psicanálise desconhece que ali está um cidadão com direito de viver em sociedade. A partir dessa orientação, o momento do acolhimento não se resume a atender uma queixa/demanda logo após recebê-lo, implicando um cuidado específico, pois o técnico deve estar atento aos encaminhamentos e atendimentos imediatos, necessários em momentos de urgência e emergência, por exemplo. Por outro lado, também deve considerar a implicação do sujeito em seu sofrimento, “bem como a relação – fundamental à clínica – entre técnicos e usuários” (Bezerra & Rinaldi, 2009, p. 344). Ressaltamos, ainda, que esse momento inicial exige um conhecimento aprofundado acerca da distinção entre neurose e psicose. Entendemos que o diagnóstico diferencial, colocado sempre a título de hipótese, deverá nortear as escolhas de atendimento em cada caso.

Sendo assim, diante do “para todos”, do universal, a psicanálise volta-se para o que há de particular em cada caso, para o sujeito e sua questão que aponta para seu desejo. Indica que o que está em jogo na demanda é o lugar no qual o sujeito é colocado e a resposta que dá ao desejo do Outro. Cabe aqui distinguirmos o que Lacan denomina de Outro (com ‘o’ maiúsculo) do outro, que escreve em minúsculo. O outro comparece como semelhante “com o qual podemos fazer tudo que quisermos, inclusive pensar que é um objeto” (Lacan, 1985, p. 308), e se diferencia do Outro que é a quem nos endereçamos, Outro como campo, “lugar em que se situa a cadeia significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (Lacan, 1998c, p. 194). Essa distinção entre o outro e o grande Outro é indispensável nos casos de atendimento de crianças. Nesses, nos deparamos com o fato de que elas não chegam para serem atendidas em nome próprio, mas sim pelo incômodo que geram em um outro. Geralmente, é um adulto que, incomodado com algo da criança, resolve procurar atendimento e pede uma reparação do problema. Abordados a partir dessa perspectiva, é possível promover-se uma separação entre a demanda do paciente e a demanda de sua família. Nesse momento, a escuta do profissional que recebe o caso de uma criança pode propiciar a distinção necessária entre o sofrimento da criança e o sofrimento de quem busca atendimento, seja a mãe, o pai, o profissional de um abrigo ou do Conselho Tutelar. Para explicitar do que se trata, abordaremos a seguir o caso de Daniel.

## Quando uma criança chega para atendimento

Daniel, assim nomeamos nosso pequeno paciente<sup>4</sup>, chegou ao serviço com um ano e um mês de idade. Foi encaminhado por um neurologista com o pedido de avaliação psiquiátrica para confirmar a hipótese diagnóstica de autismo e, também, para receber medicação adequada, encaminhamento que parece obedecer à seguinte lógica: em busca de eficácia e rapidez, pede-se um diagnóstico e o remédio como solução para o problema.

Daniel já havia passado por vários especialistas. Segundo sua mãe, ele parecia “ser cego e surdo”. Aparentemente não via as pessoas e as coisas ao seu redor, o que a intrigava, uma vez que, apesar de não andar, ele engatinhava e não esbarrava em nenhum obstáculo. Outro fato que chamava atenção em relação a ele eram as “doenças na pele”, ora feridas, ora caroços, sarna ou micose. Durante as entrevistas iniciais com a mãe colhemos alguns dados importantes:

1. os exames aos quais se submetia não apresentavam nenhum resultado que justificasse seu quadro clínico;
2. a remissão dos sintomas era breve, dando lugar a novas manifestações sintomáticas.

A partir dessas observações e de dados que fomos colhendo nos sucessivos atendimentos, foi possível colocar em questão outro fator, que não tinha sido considerado até aquele momento: os laços entre ele e a mãe, o modo como se estabeleceram, ou seja, a forma como essa criança respondeu ao desejo do Outro. Nessa iniciativa, nos remetemos às formulações de Lacan (2003b), em carta a Jenny Aubry, sobre as duas posições que a criança pode ocupar diante do desejo dos pais. Para esse autor, o sintoma da criança pode vir como resposta ao que existe de sintomático na estrutura familiar ou como objeto da fantasia da mãe. Os dados clínicos indicam que Daniel responde do lugar de doente, lugar em que a mãe o situa em seu desejo. A mãe relata que sabia que o filho iria nascer doente, que alguma coisa a alertava para o fato de que aquele filho teria problemas.

O atendimento de Daniel envolvia também um momento de escuta de sua mãe. Depois de um tempo, ela pôde sair da posição de ser a mãe de uma ‘criança doente’ para a de uma mulher com questões a respeito de sua sexualidade, com dificuldades em seu relacionamento conjugal, questionando seu amor pelo marido. Durante muito tempo dormiu com o filho na cama, enquanto o marido dormia em um colchonete, no chão.

4 Esse caso foi objeto de discussão em outra publicação: Brandão Junior (2009).

No entanto, em determinado momento do tratamento decidiu colocar Daniel para dormir no colchão e propôs ao marido que voltasse para sua cama. Ressaltamos que essa mudança de posição não foi fruto de qualquer indicação pedagógica de arranjo familiar, mas pode ser tomada como indício de uma mudança de posição subjetiva desse sujeito. Assim, no lugar de uma mãe completamente entregue aos cuidados com o filho, vislumbra-se uma mulher dividida entre a maternidade e o desejo de ser amada pelo marido.

Essa mudança não foi sem consequências para Daniel, pois, dentre outros sinais de melhora, as escoriações não mais retornaram. A psicanálise contribuiu para que seus “problemas de pele” não apontassem somente para um corpo biológico, que deveria ser examinado e medicado a cada nova apresentação sintomática. O acolhimento desse caso também envolveu uma escuta da família, interrompendo a procura a diversos serviços. Para isso foi preciso entrar em contato com esses e conversar sobre nossa avaliação e proposta de trabalho. Nossa suposição de que o movimento de ir a esses lugares só servia para que a mãe continuasse firmemente apegada aos sintomas do filho e não pensasse em si mesma encontra-se na base da orientação desse atendimento. Ressalta-se que a resposta à demanda inicial não se resumiu a oferecer prontamente o que era pedido pelos outros profissionais, a saber: diagnóstico e medicação. O diagnóstico, incontestavelmente fundamental para a decisão sobre a direção de um tratamento, poderia neste caso funcionar apenas como rótulo e obstáculo para a abordagem do particular.

## Considerações finais

Neste artigo abordamos a posição do profissional de saúde mental frente às diversas demandas às quais se vê impelido a responder em seu cotidiano: demandas de atendimento; demanda de trabalhar em conformidade com as diretrizes públicas nacionais; e demandas dos profissionais das equipes referidas a variadas propostas de tratamento. Nesse contexto, entendemos que a inserção de um profissional orientado pela psicanálise lacaniana nas equipes de saúde mental não é sem consequências. Uma das contribuições dessa perspectiva é apontar para o fato de que a saúde mental pode ser interpretada como um ideal de saúde a ser alcançado em termos do resultado de um tratamento. No entanto, esse ideal é impossível de alcançar, pois, se abraçamos essa busca, nos afastamos do sujeito, de suas questões e desejos. A psicanálise é contrária às tentativas de se universalizar os sujeitos, seja pela via da ciência, seja pela via dos ideais e das normas sociais (Veras, 2010).

Essa posição é cara a Lacan, que retoma Freud em uma tentativa de sair das amarras psicologizantes estabelecidas por muitos pós-freudianos em nome da psicanálise. Lacan (2001) alerta para o fato de que, na era do predomínio do discurso da ciência, a saúde torna-se pública, objeto de uma organização mundial, colocando o profissional diante de novas questões, dentre elas como responder à empresa universal da produtividade. Por sua vez, Miller (2011), discorrendo sobre a situação da psicanálise na atualidade, retoma Lacan e alerta sobre a dificuldade de fazer a psicanálise operar diante da demanda de apresentação de resultados terapêuticos que validem sua presença dentro dos serviços de saúde. Afirma que “não há dúvida de que o mundo julga a psicanálise em função de seus resultados terapêuticos. Essa, porém, não é uma razão para a psicanálise tornar seu esse critério” (p. 9).

No caso abordado neste artigo, a orientação da psicanálise apresenta-se claramente em oposição, primeiro, com a pedagogia, a partir da qual se ensinaria à mãe como lidar com seu filho ou a utilizar estratégias de boa conduta que, por outro lado, ela já conhecia (o que poderia, inclusive, ratificar a posição de doente desse filho); segundo, com uma posição de saber, a partir da qual o profissional atuaria no lugar de mestre, aquele que sabe o que deve ser feito. Ao receber crianças e seus pais, como Daniel e sua mãe, consideramos que aquele que demanda atendimento deve ser acolhido em sua queixa, seu sofrimento. Frente a essa demanda, a ‘resposta’ da psicanálise é o trabalho no sentido do estabelecimento da transferência (Brito & Besset, 2008). Em consequência, a escuta das queixas, das histórias a partir da posição de uma ‘douta ignorância’ (Lacan, 1998b), pode dar lugar ao advento de um sujeito dividido e de um saber não sabido previamente. Esse respeito ao ‘não saber’ caracteriza uma das contribuições da psicanálise ao trabalho de uma equipe multidisciplinar em saúde mental. Equipe constantemente confrontada à demanda de respostas rápidas e eficazes em uma cultura marcada pelo domínio do discurso da ciência (Espinoza & Besset, 2009).

Neste artigo, abordamos a especificidade das ferramentas das quais dispõe o profissional orientado pela psicanálise face às demandas encontradas em seu trabalho no vasto e complexo campo da saúde mental. Evidentemente, essa é uma das vias de abordagem teórico-metodológica possível. Mas, qualquer que seja ela, as respostas do profissional atuando nesse campo constroem-se necessariamente a partir das demandas que explicitamos ao longo deste texto.

## **Psychoanalysis and mental health: Contextualizing the demands for care**

**Abstract:** In Brazil, the field of mental health is constituted by public policies that guide the operation of its services according to a treatment logic that is different from the asylum. Starting from the premises of the psychiatric reform, the service in this field should be community-based and should involve several professionals. In this context, in the responses to the demands for care, professionals must respect the guidelines of the Unified Health System and of the Brazilian mental health public policy, as well as the particularities of each case. At the same time, they are free to work according to the theoretical and methodological approach of their choice. In this article, from clinical data related to practice in mental health, we highlight the specific orientation of psychoanalysis as a basis for the construction of possible follow-ups.

**Keywords:** Psychoanalysis. Mental health. Madness. Unified Health System.

## **Psychanalyse et santé mentale: contextualisation de l'accueil des demandes**

**Résumé:** Au Brésil, le champ de la santé mentale se structure à partir d'une politique publique qui organise le fonctionnement des services selon une logique de traitement contraire à celle de l'asile d'aliénés. Partant des prémisses de la réforme psychiatrique, le traitement doit être communautaire et impliquer différents professionnels. Dans ce contexte, les réponses des professionnels doivent respecter les directives du SUS et de la politique publique de santé mentale brésilienne, ainsi que la particularité de chaque cas. Mais dans le même temps, les professionnels sont libres de travailler en accord avec leur choix théorico-méthodologique. Dans cet article, à partir des données cliniques extraites d'une pratique en santé mentale, nous explicitons la spécificité de l'orientation de la psychanalyse comme base pour de possibles prises en charge.

**Mots-clés:** Psychanalyse. Santé mentale. Folie. Système Unique de Santé.

## **Psicoanálisis y salud mental: contextualizando la atención a las demandas**

**Resumen:** En Brasil, el campo de la salud mental se constituye a partir de la política pública que dirige el funcionamiento de sus servicios de acuerdo a una lógica de tratamiento distinta de la de manicomio. A partir de las premisas de la reforma psiquiátrica, la asistencia en este campo se basa en la comunidad e involucra a varios profesionales. En este contexto, en las respuestas a las demandas de atención, los

profesionales deben respetar las orientaciones del Sistema Único de Salud (SUS) y de la política pública de salud mental brasileña, así como también la particularidad de cada caso. Al mismo tiempo, es libre para trabajar según el enfoque teórico-metodológico de su elección. En este artículo, a partir de los datos clínicos referidos a una práctica en salud mental, hemos explicitado la orientación específica del psicoanálisis como base para la construcción de posibles encaminamientos.

**Palabras clave:** Psicoanálisis. Salud mental. Locura. Sistema Único de Salud.

## Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Besset, V. L. (2001). Quando o desejo é 'remédio' para a angústia: considerações sobre a 'formação' do analista. *Latusa, Revista da EBP*, 6, 159-168.
- Bezerra, D. S., & Rinaldi, D. L. (2009). A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(2), 342-355.
- Brito, B. P. M., & Besset, V. L. (2008). Amor e saber na experiência analítica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 8(3), 681-703.
- Brandão Junior, P. M. C. (2009). Um bebê no CAPSi: uma clínica possível. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(2), 345-355.
- Campos, G. W. S. (2008). Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In R. O. Campos, J. P. Furtado, E. Passos, R. Benevides, *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* (pp. 97-102). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Delgado, P. G. G. (2001). No litoral do vasto mundo: Lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In A. T. A. Venancio & M. T. Cavalcanti, *Saúde mental: campos, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.
- Delgado, P. G. G. (2011). Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(2), 114-121.
- Espinoza, M. V., & Besset, V. L. (2009). Sobre laços amor e discursos. *Psicologia em Revista*, 15(2), 149-165.

- Freud, S. (2007). El yo y el ello. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (2008a). Estudios sobre la histeria. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (2008b). Sobre la dinámica de la transferencia. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (2008c). Sobre la iniciación del tratamiento. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1913)
- Freud, S. (2008d). Fragmento de análisis de un caso de histeria. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Buenos Aires: Amorrortu (Trabalho original publicado em 1905)
- Lacan, J. (1985). *O seminário. Livro 2: O eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998a). Intervenção sobre a transferência. In J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998b). Variantes do tratamento-padrão. In J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998c). *O seminário. Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2001). O lugar da medicina na psicanálise. *Opção Lacaniana*, 32, 8–14.
- Lacan, J. (2003a). Ato de fundação. In J. Lacan, *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (2003b). Nota sobre a criança (1969). In J. Lacan, *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2011). *Estou falando com as paredes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laurent, E. (2000). Psicanálise e saúde mental; a prática feita por muitos. *Revista Curinga EBP*, 14, 140-151.
- Miller, J.-A. (1997). *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Miller, J.-A. (2011). *Perspectivas dos escritos e outros escritos de Lacan: entre desejo e gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. (2004). *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde.
- Paim, J. S. (2009). *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Quinet, A. (1991). *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Veras, M. (2010). *A loucura entre nós*. Salvador: Aldeia Bahia Brasil.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Revista Histórias, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9(1), 25-59.
- Tenório, F. (2007). Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. M. C. V. Couto & R. G. Martinez (Orgs.), *Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: NUPPSAM-IPUB-UFRJ.

**Pedro Moacyr Brandão Junior**, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Bolsista do CNPq. Membro do Núcleo de Pesquisas CLINP (Clínica Psicanalítica)-PPGP-IP/UFRJ. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise (UERJ). Especialista em Psicologia Clínica pela PUC-Rio. Psicólogo da Prefeitura Municipal de Belford Roxo. Endereço para correspondência: Rua Dr. Paulo Froes Machado, 80, sala 205, Centro, Nova Iguaçu, RJ. CEP: 26255-170. Endereço eletrônico: [pedromoacyr@uol.com.br](mailto:pedromoacyr@uol.com.br)

**Vera Lopes Besset**, professora da Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora em Psicologia pela Universidade Paris V. Coordenadora do Núcleo de Pesquisas CLINP (Clínica Psicanalítica)-PPGP-IP/UFRJ. Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (AUPPF). Psicanalista. Membro da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) e da Associação Mundial de Psicanálise (AMP). Endereço para correspondência: Travessa Eurícles de Matos, 28, Laranjeiras. Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22240-010. Endereço eletrônico: [besset@terra.com.br](mailto:besset@terra.com.br)

Recebido: 10/10/2011

Aceito: 14/07/2012