

# A obstrução da escuta clínica na saúde mental

## Uma crítica psicanalítica<sup>1</sup>

Julia Mancilha Carvalho Pedigone,<sup>2</sup> São Paulo  
Lucas Hangai Signorini,<sup>3</sup> São Paulo

**Resumo:** Na atenção psicossocial, a escuta clínica acontece desde o primeiro contato de um usuário com o serviço. No entanto, ao observarmos as diferentes escutas oferecidas em diversos espaços de um serviço de saúde mental, deparamo-nos com uma prática que se mostra obstruída em várias frentes, resultando em desatenção às potencialidades de vida dos sujeitos. Do ponto de vista da psicanálise, o texto procura problematizar o modo como a escuta é realizada em um serviço substitutivo de saúde mental, considerando o cuidado com a escuta entre pares e os atravessamentos subjetivos pelos quais os trabalhadores passam em seus encargos. Além disso, a clínica psicanalítica não pode se abster das turbulências sociais, econômicas e epidemiológicas do momento presente. No encontro com a saúde pública, no qual se pretende promover cidadania e autonomia dos que por ali passam, a clínica psicanalítica pode contribuir para uma complexificação ou suspensão dos saberes cristalizados.

**Palavras-chave:** saúde mental, clínica psicanalítica, atenção psicossocial, transversalidade, análise institucional

- 1 Trabalho derivado da pesquisa “Suportar a dúvida: quem se escuta na atenção psicossocial?”, do Programa de Especialização Multiprofissional em Atenção Psicossocial (CAPS/Cefor), financiado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, autorizada em Comitê de Ética sob parecer 5.041.316/ 2021.
- 2 Psicanalista; Psicóloga e graduanda em filosofia pela Universidade de São Paulo. Especialista em Atenção Psicossocial pelo CAPS Luís da Rocha Cerqueira/SES-SP.
- 3 Membro filiado do Instituto de Psicanálise Durval Marcondes da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP). Mestre e doutorando pelo Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP).

Este trabalho resulta da tentativa de elaborar a participação de uma psicanalista em diferentes práticas clínicas de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado no centro de São Paulo, SP. Como fruto da experiência de aprimoramento profissional, a pesquisa foi conduzida de forma a circunscrever as ofertas e possibilidades de escuta em um CAPS, desde o primeiro acolhimento<sup>4</sup> de um usuário,<sup>5</sup> até atendimentos compartilhados, buscas ativas ou visitas domiciliares – estratégias que envolvem o funcionamento desse tipo de instituição. O trabalho em equipe (interdisciplinar e multiprofissional), as noções de rede e a multiplicidade de projetos de cuidado configuram as diferentes posições diante da desejável atenção à singularidade. Trata-se da atenção ao usuário de modo a direcionar projetos de tratamento possíveis, momento de esboço do projeto terapêutico singular<sup>6</sup> – embora seja necessário que este seja constantemente revisto, reavaliado e reorganizado.

## **Os descaminhos da saúde mental brasileira: o que a psicanálise tem a ver com isso?**

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, cujo início acompanha a igualmente importante Reforma Sanitária em nosso país, tem a marca de ter entre uma de suas inspirações o pensamento psicanalítico. O psicanalista Fernando Tenório (2001) afirma que a Reforma teve como tentativa atribuir à loucura outra resposta social ao reivindicar a cidadania dos chamados loucos, e como consequência, redefinir as práticas de cuidado e tratamento e saúde mental no Brasil. A psicanálise, por sua vez, acrescenta a essa discussão uma importante dimensão ética, como afirma Joel Birman

a psicanálise rompe com os campos da medicina e da psiquiatria ao conceder à loucura o estatuto de verdade, considerando-a como portadora de

- 4 O acolhimento é a parte do trabalho que cuida do primeiro acesso de uma pessoa ao CAPS, muitas vezes chamado de “porta” do serviço.
- 5 Considera-se que nos serviços de saúde, “o paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado” (Brasil, 2008, p. 69), e portanto, utiliza-se o termo usuário para designar cada um que desfruta de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público.
- 6 O PTS pode ser definido como um conjunto de metas traçadas em conjunto com o usuário; constitui-se como processo de trabalho que considera diferentes modalidades de atendimentos e atividades, respeitando a particularidade de cada usuário, elaborando estratégias específicas para as demandas da pessoa.

um sentido. Fica para trás o universo de subumanidade a que ela tinha sido relegada pela então recente tradição psiquiátrica. (1991, p. 25)

A escrita deste texto mobiliza um repertório de sensações que conectam as inquietações e desafios do presente com a trajetória dos movimentos sociais no Brasil, especialmente o que contribuiu para a criação do Sistema Único de Saúde (Movimento Sanitarista) e dos serviços em saúde mental substitutivos aos manicômios (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental). A criação de novas estruturas para o trabalho em saúde mental inseriu-se em um contexto maior, ligada ao impulso de mudança cuja efetividade materializou-se no processo de redemocratização do Brasil nos anos 1980. No entanto, com o passar dos anos, o deslumbramento por tal processo se converteu em decepção para alguns, possivelmente associada ao choque entre a potência germinativa que aquela movimentação carregava e aquilo em que tais atuações clínicas e políticas se transformaram. Não que não existam hoje locais que mantêm uma tal força, mas, além de certa resistência das próprias áreas do saber ao longo dos últimos anos, a atenção psicossocial como política pública vem sendo uma das áreas mais duramente afetadas por retrocessos no campo da saúde<sup>7</sup>. Isso ocorre também pelo fato de que certas práticas portam um grande potencial de abuso da vida, o que se manifesta na tendência de adequar-se a projetos que tendem ao apagamento das diferenças.

É preciso atentar para o fato de que a reforma psiquiátrica brasileira não se reduz apenas à mudança nas estruturas físicas que aprisionavam os corpos. O maior desafio a ser enfrentado diz respeito às práticas manicômiais que ultrapassam as paredes dos hospitais. Os serviços substitutivos e os profissionais são confrontados, portanto, com o desafio de romper com as estratégias advindas do modelo hospitalocêntrico. A prescrição de medicamentos psiquiátricos nos tratamentos, por exemplo, emerge ainda como proposta de intervenção central – quando não única – deixando em segundo plano possibilidades outras que digam de uma prática pautada na autonomia e corresponsabilização. Esmiuçar as ações promovidas em um serviço de saúde tendo em vista a experiência de uma psicanalista se dá mediante a

7 Basta ver a queda dos investimentos na Rede de Atenção Psicossocial em comparação com o financiamento público para comunidades terapêuticas e programas de internação involuntária, tal como podemos encontrar na nota de repúdio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/verbas-publicas-comunidade-terapeutica/63839/>.

incontornável tarefa de abordar a dimensão subjetiva dessa forma de trabalho com a escuta e com o outro.

Diante desses perigos, do risco de um trabalho que busca entregar respostas rápidas aos conflitos, apontamos momentos nos quais, em um equipamento de saúde mental, os movimentos do cotidiano se dão na direção de silenciar questões e elidir a todo custo a emergência do incômodo. As condutas são regidas de modo a evitar a hesitação, propiciando algo como um horror à dúvida, deixando de lado uma dimensão potencialmente analítica do trabalho e escamoteando ganhos da luta antimanicomial em sua perspectiva de transformação social, correndo o risco de conduzir um trabalho focado em lógicas totais e de fechamento à diferença

Jurandir Freire (2014) diz que a reforma no Brasil apresenta características muito particulares e a forte presença de psicanalistas no movimento, desde o seu início, levou a uma apreciação da “dimensão psicodinâmica da clínica”, bem como a valorização de que algo como uma análise institucional estivesse sempre em vista. Entretanto, na atual circunstância das práticas, é difícil ouvir qualquer menção à então efervescência militante, e nem mesmo atores históricos importantes são reivindicados em espaços de discussão. Atualmente, um trabalhador da saúde mental no Brasil encontra, portanto, o desafio de não apenas negar o manicômio, mas produzir espaços de encontro para a problematização do cotidiano e formulação de novas questões.

Nesse sentido, algumas dessas questões podem ser as seguintes: como se produz, na rotina dos serviços, em nome da saúde, situações de violência? Como o escopo teórico da psicanálise contribui – no sentido interpretativo, ou no que desnuda atuações repetitivas – em tais situações? Pois a clínica pode se dar em uma tentativa constante de mantermos a ilusão da distância, da isenção do próprio inconsciente no enquadre de um tratamento, como se fosse possível nos mantermos desafetados quanto aos destinos de um usuário ou paciente. Além disso, há também o risco de desvincular as falas de quem escutamos de seus contextos, ignorando os inúmeros esforços de um sujeito para nomear, simbolizar, defender-se ou elaborar conflitos presentes que não foram previstos pela teoria.

Os sujeitos que chegam até um CAPS não se reduzem a meras formas diferentes de se ter uma experiência individual na sociedade tal como está organizada, mas são vidas que apontam para a existência de outros mundos, ainda no interior deste, a serem descobertos e experimentados. A atenção a essas produções subjetivas é processo árduo, instável, não-óbvio e, em geral,

um processo bloqueado por respostas diagnósticas que, “ao invés de abrir caminho para um processo terapêutico, acabam fazendo fechamentos e conclusões” (Januário e Tafuri, 2009, p. 527). Pois, ao pensarmos fenômenos psicopatológicos como de origem puramente causal e orgânica, em nome de um saber supostamente mais eficiente, esses procedimentos acabam por silenciar também – ainda que malogrados – as angústias dos trabalhadores. Trata-se aqui, portanto, do trabalho de estabelecer essa crítica, como diz Ana Pitta:

muito além da crítica do “modelo médico hegemônico”, do “modelo divino-caritativo de auxílio social”, do “modelo generoso das psicoterapias para esculpir egos” e todos os outros modelos já sobrejamente criticados pelos movimentos antimanicomiais, resta-nos o desafio de encontrar formas de escutar essas pessoas. (citada por Goldberg, 1996, p. 155)

Escutar, bem entendido, em sua diferença de ouvir. Pois escutar impõe uma disposição interna de acolher signos, ora claros, ora obscuros, e “buscar alcançar algum registro que viabilize algum campo de trocas” (Pitta citada por Goldberg, p. 155). Para melhor examinar como ocorrem encurtamentos do que podemos chamar de territórios existenciais (Guattari, 1992) em nome do cuidado, examinaremos uma cena na qual o corpo da analista se faz presente em um *setting* que não lhe seria habitual. No entanto, podemos lembrar como não devemos tratar o *setting* “como um espaço real, porque ele é virtual, ele é psíquico, ele é, na verdade, um artifício, uma construção do psicanalista para que a análise se dê” (Moretto, 2001, p. 58),

Aqueles que participam em sua rotina da produção ou reprodução de psicopatologias atuais não deixam de ser contraditórios, divididos – são sujeitos do inconsciente. Será, portanto, na atenção aguçada a essas contradições, da atenção aos atravessamentos constantes que batem à porta de um trabalho que se pretende uniforme e pacificado, que pretendemos complexificar e analisar seus contornos de modo a produzir melhores questões acerca da produção da violência no contexto terapêutico.

## Uma cena

A cena aqui relatada é parte de acontecimentos singulares na relação com outro e que, por conta disso, não podem ser antecipados, embora haja,

como pano de fundo, uma teoria estudada, uma visão de mundo que atravessa cada sujeito. Como em um teatro do improviso, os atores não têm suas falas decoradas, mas estão posicionados frente ao acaso, com seu campo de possíveis. Se a experiência é um pensar que não economiza ações, talvez essa seja a premissa que melhor apresenta a cena escolhida, já que é esse “pensar-fazendo” que sustenta sua escolha como vivência a ser refletida e descortinada *a posteriori*. A intenção de apresentá-la dessa forma é de que se possa simbolizar o que foi outrora vivido, e a partir de uma reflexão, levar as contradições expostas às últimas consequências, considerando uma crítica que viabilize a concepção de recursos outros para o trabalho em instituições onde o intempestivo das situações está presente de forma intensiva.

*Uma usuária antiga do CAPS, apesar de jovem, conhecida por vários membros de sua equipe de referência como “um caso muito difícil”, passa meses sem aparecer no serviço no contexto pandêmico. Em certo momento, reaparece com seus pais, vinda de sua décima sexta internação, para atendimento com o psiquiatra. A usuária volta da internação tomando uma grande quantidade de medicações psiquiátricas, e apresenta-se sonolenta e lentificada, apesar de manter discursos megalomaniacos que já manifesta há anos, acusando de ser perseguida por várias pessoas – conteúdos discursivos sobre os quais, neste momento, a equipe não se preocupou em discutir e investigar a fundo. Em atendimento compartilhado, decidimos mandá-la para casa, pois concordamos que “é melhor ela assim, quieta em casa, do que ela causando como costuma causar quando está no seu estado de mania”, além de que, a equipe concordou que sentia medo de modificar as medicações naquele momento, pois isso poderia produzir alguma instabilidade psíquica na usuária no período de adaptação, e possivelmente desencadear um novo processo de “surto”. A equipe não se ocupa em discutir o caso e repensar propostas no espaço das reuniões, já que a decisão clínica já havia sido tomada: a usuária deve permanecer em casa e tomar suas medicações.*

*Resguardada em casa, a usuária permanece com seus medicamentos e seu sofrimento, e seus familiares reaparecem no CAPS de tempos em tempos para buscar os remédios. Em determinado momento, e com a insistência dos familiares, decidimos que ela estava muito distante do CAPS, e organizamos para uma visita domiciliar. Na visita, vê-se que ela está “na mesma”, o que quer dizer que ela se sente perseguida em casa, sente que está sendo filmada e observada por outros, além de dizer-se angustiada, verbalizando*

*conteúdos alarmantes, por exemplo, envolvendo suicídio – mas tudo dito de forma leve, clara, em voz baixa. Segue mais silenciosa, “sem causar” (sic), “sem sair de casa e se colocar em risco” (sic), tal como a equipe a reconhecia de outros momentos. Além disso, segue rejeitando os convites da equipe de comparecer ao CAPS semanalmente. Um tempo depois de ficarmos sem vê-la, descobre-se que ela foi internada pela família novamente, em decorrência de um conflito em casa no qual chegou a ameaçar um familiar de morte. Em discussão, a equipe determina que a melhor ação a se fazer é tentar trocar seus remédios, “que não estão funcionando”, mantendo alguns e tentando outros tantos, novos, para encaminhá-la para casa novamente. Assim foi feito, indiscutivelmente.*

Entre os efeitos gerais do tipo de clínica estabelecida nessa situação, identificamos alguns problemas para o campo da saúde mental, e por que não, para a própria psicanálise. Que espaço foi concedido, na cena, para a escuta da usuária e para a composição de uma transdisciplinaridade no caso? Parece haver uma ordem maior que é seguida em contexto, por motivos diversos, que é a ordem médica, porquanto a conduta é tomada tendo em vista, sobretudo, o que pode fazer com que a pessoa se coloque mais ou menos em risco.

Podemos identificar uma forma de redução do usuário: o usuário é tomado como uma causa médica por excelência, e aqui, sendo um caso considerado por muitos como grave, a referência maior é o psiquiatra, a quem a família recorre e com quem a família tem contato. Pode-se supor também que, por causa disso, as demais especialidades se julguem desautorizadas a abordá-lo e conjecturar novas apostas: é à medicina que se recorre quando nos defrontamos com questões mais dramáticas; e, se essas questões não são visivelmente fisiológico-orgânicas, parece que certa lógica das urgências subjetivas interfere no direcionamento do caso.

### **Por uma clínica crítica**

Segundo Rosana Onocko (2001), as perguntas norteadoras da clínica na atenção psicossocial devem ser: Por quê? Pra quê? Pra quem? Por isso é necessário o uso de mediadores diferentes para cada conduta, para produzir efeitos que possam constituir sentido para cada usuário, em um processo de produção de si e de mundo que não seja mera adaptação. Ela ainda aponta

para a crítica indispensável dos processos de trabalho que não se deixam transformar em repetição alienada e burocratizada de ações clínicas, sendo que reavaliar e reformular os sentidos em jogo é o que proporciona ações potencialmente transformadoras. É preciso uma rede de sustentação na qual os usuários possam experimentar a multiplicidade de relações intensivas engendradas transversalmente nos serviços, tal como conceitualizado por Guattari (2004)<sup>8</sup> e, posteriormente, apropriado pela produção científica da saúde coletiva brasileira (Brasil, 2007). Isso só será possível uma vez que os trabalhadores possam se responsabilizar pelo cuidado dos usuários com apoio institucional, ao mesmo tempo que têm em vista os cuidados de si.

A psicanálise dá pistas no sentido desse cuidado, já que desde Freud trata-se de uma experiência que procura dar lugar e reconhecimento às invenções de si mesmo. Isso importa especialmente em tempos em que imagens formatadas que despotencializam as relações são tão valorizadas – tal como identificamos na formulação diagnóstica dos manuais psiquiátricos, nos quais a relação sujeito/sujeito produzida no contexto dos atendimentos não é levada em conta em sua nosologia.<sup>9</sup> A experiência psicanalítica permite um tipo de laço social em que se pode afirmar, ao mesmo tempo, a diferença e o pertencimento, acompanhados de um outro que testemunha o processo e viabiliza a aventura pelo território do estrangeiro em nós.

O compromisso do discurso analítico seria, então, o de não ocultar as falhas nas relações, muito ao contrário, ocupar precisamente o lugar delas. É pelas bordas, pelos avessos do saber que algo entra em movimento em uma análise, contra-arrastando o movimento que tende ao não querer saber. Com a clínica psicanalítica, em sua teoria e prática, observamos como a experiência humana não se reduz às formas normativas do indivíduo, do “eu”, da consciência; pois apesar dessas configurações que nos orientam, permanece na experiência humana algo que se manifesta de outra maneira; como se

8 O conceito de transversalidade advém de uma reformulação, produzida por Guattari (2004), do conceito psicanalítico de transferência, ao perceber que a transferência institucional concerne não apenas às relações no interior da instituição, como a relação enfermeiro-paciente, psicólogo-médico, médico-faxineiro, mas às relações dos indivíduos também com a coletividade, o ambiente, as relações econômicas e produções estéticas. Nem a verticalidade das relações de uma estrutura piramidal, nem a horizontalidade dos pares, mas uma comunicação máxima entre diferentes níveis e nos diferentes sentidos.

9 Roudinesco (1999) discorre que, se vivemos em um mundo de valores utilitaristas e urgentes, a descrição e categorização de doenças passa a priorizar antes a crença numa fórmula química do que no manejo das relações regidas pela linguagem. A autora ainda considera que cada vez mais valorizamos socialmente a padronização de comportamentos e as crenças voltadas para a normatização de atitudes diante de pretensos padrões de normalidade.

permanecesse a existir um “outro” em cada um, que não se reduz à apresentação e às nomeações de si. Freud (1996/1901) nos mostrou que os testemunhos disso são as formações do inconsciente (sonhos, atos falhos, sintomas), bem como o fenômeno da transferência, motor da clínica psicanalítica.

Campos (1999) aponta que Freud refundou a centralidade da relação sujeito/sujeito nos processos terapêuticos, “inventando uma dialética complexa em que um especialista encarrega-se de um paciente com o intuito de ajudá-lo a encarregar-se de si mesmo. Um apoio sutil, que em tese não deveria prender, mas libertar o apoiado” (Campos, 1999, p. 400). Desse modo, a transferência produz uma rede onde o sujeito é único, e se relaciona com o outro por diversos caminhos que remetem à atualização de sua história de vida. Entretanto, é importante ressaltar, como coloca Viganò (2012), que a forma contemporânea da avaliação nas instituições de saúde vem sendo sustentada na intenção de neutralizar a variável transferência. A motivação para tal seria o fato de que as avaliações psicopatológicas devem, por princípio metodológico, tornar não influenciáveis os fatores subjetivos em jogo.

Guattari, em suas criações conceituais advindas da clínica, procurava agenciar as estratégias vitais adotadas por todos aqueles que, de alguma maneira, habitam lugares e modos de viver que não se localizam nos códigos culturais hegemônicos, mas que fazem da experiência de existir o gesto clínico em sua face radical. Guattari tencionava uma formulação que unia concepções marxistas e freudianas: liberar a classe trabalhadora da alienação promovida por sistemas de representação baseados em demandas limitadas. Em sua perspectiva, as demandas que surgem em uma instituição não promovem rupturas, mas a sustentam. Qualquer emancipação só seria possível caso um grupo fosse capaz de colocar em questão a própria necessidade da instituição, seja esta uma escola, um hospital, fábrica, pois são espaços nos quais as relações, hierarquizadas, burocratizadas, repetem-se, de modo geral, sem disputa alguma. Sempre esperamos que as questões se coloquem na urgência, no escândalo, mas na verdade, denunciemos, reivindicamos, esperando que o patrão, o ministro, o presidente, assuma suas responsabilidades. A legitimidade de seus poderes nunca é colocada em questão” (Guattari, 2004, p. 201).

Foi como psicanalista em La Borde que Guattari manteve intenso contato com a experiência da loucura, que foi imprescindível para suas conceitualizações. Para ele a loucura está de certa forma latente em todas as formas da “normalidade”, ainda que esteja apreendida como algo a ser

evitado através de deslocamentos, desfigurações ou ritualizações. Assim como Freud, contestava a inconveniência de que a psicanálise fosse “devorada pela medicina e encontrasse seu último lugar de repouso num livro de texto de psiquiatria sob a epígrafe ‘métodos de tratamento’” (Freud, 2006, p. 283). Guattari acreditava que a psicanálise pudesse ter um destino melhor, e é por isso que, a partir do modelo da esquizofrenia, ele propôs uma reconfiguração do conceito mesmo de inconsciente advindo de Freud, a partir do qual a clínica será concebida como potente crítica social no interior do que ficou conhecido como Psicoterapia Institucional.

Guattari trouxe uma inflexão política para a psicoterapia institucional, do diagnóstico ao tratamento de problemas de organização. Pensava a política a partir de grupos distintos, não de indivíduos tomados isoladamente, mas em uma análise das alienações constituintes que é feita do ponto de vista do inconsciente. Com o conceito de análise institucional, ele visava discernir um domínio que não era nem só o da terapia institucional, nem o da luta pela emancipação social, mas que implicava um método analítico capaz de atravessar esses múltiplos campos. Nesse sentido, o problema que o autor identificava nos movimentos sociais de sua época, seria: o que corrói a imaginação nas lutas políticas? Ou ainda, atualizando para nosso contexto atual das práticas em saúde: o que vem corroendo nossa imaginação no contexto da clínica, que se nos mostra pretensamente despolitizada?

Pois mesmo a experiência da exclusão social concreta deve ser levada em conta na construção de um caso clínico, e não somente uma nosologia neutra e transcendente. A localização da demanda do usuário que experimenta a loucura não emerge apenas de um sofrimento psíquico individual, mas do sofrimento concernente também à sua posição de classe. Assim, também, a posição de classe de quem o trata participa dessa construção. É preciso reencontrar a dimensão da clínica no trabalho, e a clínica ampliada na saúde incorpora as técnicas da clínica *stricto sensu* “em um conjunto mais amplo de ações, entrelaçando clínica e política, tratamento, organização institucional, gestão e subjetividade” (Campos, 2003, p. 156).

Viganò (1999) nos lembra que aqueles que são tidos como loucos são sujeitos estruturados, ainda que se encontrem fora do discurso social. Estar junto de pessoas estigmatizadas, cujas expressões de vida muitas vezes não são reconhecidas na gramática instituída, sem efetivamente cuidar do que se produz em si mesmo, propicia uma nova segregação que foi criada com a abertura dos manicômios: é criar lugares onde se “faz barulho” sem

efetivamente falar. Se identificamos na escuta uma ferramenta clínica incontornável do conjunto das ações institucionais, destacamos como a racionalidade médico-psiquiátrica tem sido dominante na formatação dessa escuta, seja ela feita por psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais etc.; junto a ela, o ambicionado “distanciamento” médico-paciente que se faz necessário na discriminação efetiva e objetiva do conjunto de signos que leva ao diagnóstico (Moretto, 2001).

Nesse contexto, é frequente o encontro com algo da experiência da angústia, tal como formalizada por Freud (1996/1901) como um afeto que não tem representação consciente, aquilo que é impossível de ser simbolizado. Diante disso, a resistência e a defesa são constantes. Concordamos com Laplanche e Pontalis (2001), que enunciam o conceito de defesa como um “conjunto de operações cuja finalidade é reduzir, suprimir qualquer modificação suscetível de pôr em perigo a integridade e a constância do indivíduo biopsicológico” (p. 107). Em equipamento de saúde que se põe a trabalhar com o que se denomina “transtornos graves e persistentes” de pessoas em uma sociedade fraturada e desigual como a que habitamos, não é raro nos depararmos com cenas da ordem do insuportável – de miséria, violência extrema, fome, por exemplo.

Se a escuta é insubstituível no âmbito da atenção psicossocial, apostamos que os ensinamentos da psicanálise podem contribuir nesse sentido. Não consideramos que o lugar do clínico seja uma espécie de mirante de onde se tem uma ampla e neutra visão do panorama ideológico do social: “a clínica é apenas mais uma forma de apontar o antagonismo social e, no melhor dos casos, de não tamponá-lo” (Kyrillos, 2004, p. 124). Esses tensionamentos indicam o desafio da construção de outros modos de fazer operar a clínica nestes serviços, que possam reorientar a clínica médica e aprimorar outras, por vezes já presentes, mas apagadas.

Moretto (2001) afirma que o discurso da medicina se propõe representante do discurso da Ciência, sendo que este prima por excluir as afecções tanto daquele que enuncia quanto do que escuta. Sendo assim, ele prossegue segundo suas próprias leis, que impõem sua coerção tanto ao médico quanto ao doente. A ordem médica não tem de ser defendida nem demonstrada, ela está aí para ser cumprida e executada pelos seus funcionários, os médicos. É uma ordem que se impõe por si mesma, e, em nome da vida, é preciso obedecê-la. O fato de o discurso médico não se sustentar senão por sua objetividade e cientificidade, que é seu imperativo metodológico, nos interessa

porque tem uma consequência na prática, na clínica médica, essa que às vezes participamos enquanto pacientes. (Moretto, 2001, p. 63)

A objetividade exigida do clínico acaba por se confundir com a abolição de sua subjetividade nos processos, e, assim sendo, não só exclui sua posição subjetiva, uma vez convocados a calar o que sentem, mas também despossui o doente de sua doença, ou de seu próprio sofrimento. Assim como “um doente” se apaga diante da doença, o médico também se apaga diante das exigências do seu saber. É a aposta de que profissionais desse campo possam cuidar da própria escuta, na tentativa de livrá-la de saberes a priori e permitir que haja uma abertura para escutar traços de desejo em uma experiência contraditória, só acontecerá ao travarmos combate com a pressuposição de que a exclusão da subjetividade seria o caminho para um trabalho objetivamente realizável (Moretto, 2001).

Um dos efeitos da objetividade parece, a princípio, se prestar mais ao processo de medicalização, bem como ao silenciamento e ao adoecimento de quem se põe a tratar alguém. Por isso podemos dizer da aposta na disseminação de análises institucionais entre os trabalhadores, que em um espaço comum possam se abrir para debates que sejam mais que ruídos incômodos. Uma tal via analítica só será possível na composição de um trabalho que seja crítico das posições hierárquicas, dos lugares e saberes estanques e supostamente indisputáveis. Balizar o passe de um discurso a outro no cotidiano de trabalho (da medicina à psicanálise às teorias do sujeito em saúde coletiva), cuidando das implicações que a atenção em saúde mental deve considerar em termos da produção de subjetividades potencialmente transformadoras de si e do mundo, “é a que se deve empenhar aquele que quer seguir o louco no processo que ele abre contra a normalidade” (Jorge citado por Clavreul, 1983, p. 15).

Um usuário que faz tratamento há muitos anos em um mesmo ambiente pode vir a ficar estigmatizado pelos terapeutas, pois passam a reconhecê-lo a partir de um certo lugar, esperam dele certas ações, contam com respostas renunciadas. Há condutas que apontam no sentido de bloquear os processos, e o que poderia ser transversal torna-se rígido, unidirecional. A constatação do poder transferencial parece exigir uma compreensão mais precisa a respeito dos poderes concretos na instituição, das instâncias e atores capazes de modificar o ambiente e os modos de produção de sentido. Só então será possível redirecionar o que parece imobilizado. Nesse sentido,

como identificar o que tem fracassado, sem que isso entre em um circuito culpabilizante e ineficiente?

Não é nada trivial assumir que, diante de certos usuários, sente-se medo. Medo de que ele se coloque em risco, machuque-se ou machuque outros. Medo de iniciar trabalhos, de revisar condutas, de não conseguir “dar conta”, das exigências. Não são disposições afetivas fáceis de visualizar através do conjunto obscuro da hierarquia habitual. Esses temores compartilhados, por vezes elementos fundamentais para uma coesão necessária àqueles que enfrentam o desafio e a impenetrabilidade do mundo da loucura, separam-se só muito fragilmente da instauração de desconfianças entre profissionais, que podem sentir que precisam suprimir ações, simplificar condutas, abstrair histórias, para se proteger dos riscos. Além disso, podem criar as condições para que qualquer questionamento seja tomado com desconfiança, como se repensar condutas colocasse sempre em cheque as dedicações e zelos intencionados por cada um individualmente; quer dizer, levantar dúvidas pode ser tomado sempre em uma dimensão moralizante – o que pode gerar ressentimentos. Pois o trabalho, ainda que mortificante, pode tornar-se uma defesa: afazeres cotidianos e repetitivos, ainda que penosos ou cansativos, ajudam-nos a desviar a atenção de ameaças mais graves. Assim, uma forma eficaz de canalização ou transmutação da repugnância gerada pelos tormentos alheios – e os próprios – é o de dizer a si mesmo: “Estou apenas fazendo o meu trabalho”.

A clínica que se pauta na evitação de riscos parece apontar para uma impossibilidade de indeterminação que é danosa para o trabalho, pois atua de modo a buscar garantias prévias do que se faz; garantias que nunca chegam, e que acabam por servir como um impedimento à inventividade ou acabam por produzir opressões. Chega-se a um equilíbrio nada estável, no qual é consentido que certas questões sejam deixadas de lado, por exemplo, em discussões clínicas e supervisões, na medida em que se reconhece que “não há o que fazer”. Situações difíceis podem gerar impactos nos terapeutas, que por isso podem deixar de colocar, na pauta de suas discussões, as múltiplas percepções daquilo que é experienciado pelos diferentes integrantes, que deixam de se arriscar e acabam por encobrir, assim, as diferentes éticas que fundamentam as intervenções no manejo de um caso.

Quando se escuta conteúdos difíceis na fala de um usuário, de suas experiências familiares, sexuais, no mundo, vemos trabalhadores que desligam sua atenção da tentativa de articular esses conteúdos para apontar saídas

menos mortificadoras, e dirigem-na para o check list que lhes remonta ao lugar seguro dos manuais diagnósticos: pouco importa se é o vizinho que persegue um usuário em seu delírio, importa que ele se sente perseguido quando isso não acontece “na realidade”; pouco importa se o usuário saiu vagando nas ruas em busca de algo específico, importa que uma voz lhe ordenou que saísse; pouco importa, até mesmo, qualquer coisa que a pessoa diga, pois importa que ela está dizendo de modo acelerado. Identificando signos fechados, os trabalhadores podem se refugiar na instável tranquilidade de que “sabem com o que estão lidando”, e de que “sabem o que deve ser feito”.

Quando a pessoa não está “em pleno surto”, suposto evidente, pode acontecer ainda certa desobrigação dos trabalhadores, já que tudo parece caminhar sem muito empenho. Mas não basta escutar o sujeito de modo isolado, descontínuo: é preciso uma sempre maior interlocução com a equipe, para que em sua pluralidade ela possa escutar fragmentos de uma história, uma questão. Caso contrário, há a possibilidade de um trabalho solitário, pouco coletivizado, em um ciclo viciante de pura execução desimplicada que gera sofrimento como rebote, e é reforçado por trabalhadores que tentam desviar do sofrimento no exercício de sua atomização.

## Considerações finais

O mundo hostil, sempre mais hostil, parece às vezes nos obrigar a cometer iniquidades em prol do silêncio, como modo de proteção e em favor da evitação de conflitos. O sofrimento gerado por certos atos silenciadores, no entanto, só poderá ser administrado se for apreendido como trabalho inadiável e ainda mais inflexível em sua qualidade de responsável por outros em um contexto de calamidade. A defesa contra o sofrimento gera, simultaneamente, engajamento na indiferença e na repetição. Quanto maior o sofrimento, parece maior a necessidade de estratégias defensivas, e com elas, maior a indiferença e a colaboração com o que nos aniquila.

A partir das discussões e da cena descrita, propomos pensar como os fracassos são, acima de tudo, instrumento de trabalho. A obstrução da escuta, as condutas que falham, merecem ser reivindicadas em espaços de discussão, para que se evite repetições surdas, sentimentos de impotência e a univocidade discursiva. Para tanto, apostamos que a sustentação do que não se sabe, da dúvida, ou mesmo do dissenso, pode ser elemento decisivo. Isso não se dá sem que se queira saber algo sobre nossos próprios modos de agir, que falham, se

enganam e se confundem, na construção de uma clínica – seja na saúde pública ou em consultórios de psicanalistas – que abarque sempre novas descobertas.

**La obstrucción de la escucha clínica en salud mental:  
una crítica psicoanalítica**

Resumen: Este texto trata sobre el tema de la atención psicosocial, la escucha clínica se da desde el primer contacto del usuario con el servicio. Sin embargo, si prestamos atención a la escucha ofrecida en diferentes espacios de un servicio de salud mental, estamos frente a una práctica obstruida en varios frentes, y consecuentemente desatendida de las potencialidades de vida de los sujetos. Partiendo del punto de vista del psicoanálisis, el texto busca problematizar la forma en que se escucha en un servicio sustitutivo de salud mental, considerando el cuidado con la escucha entre pares y los cruces subjetivos que atraviesan los trabajadores en sus funciones. Asimismo, la clínica psicoanalítica no puede sustraerse a la convulsión social, económica y epidemiológica del momento presente, y en el encuentro con la salud pública, donde se pretende promover la ciudadanía y la autonomía de quienes transitan, puede contribuir a una complejización o suspensión del conocimiento cristalizado.

Palabras clave: salud mental, clínica psicoanalítica, atención psicosocial, transversalidad, análisis institucional

**Obstruction of clinical listening in mental health: a psychoanalytic critique**

Abstract: This text talks about the issue of psychosocial care, clinical listening occurs from the user's first contact with the service. If we pay attention to the listening offered in different spaces of a mental health service, however, we are faced with a practice that is obstructed on several fronts, and consequently inattentive to the potentialities of the subjects' lives. Starting from the point of view of psychoanalysis, the text seeks to problematize the way in which one listens in a substitutive mental health service, considering the care with listening among peers and the subjective crossings that workers go through in their duties. Also, the psychoanalytic clinic cannot abstain from the social, economic and epidemiological turmoil of the present moment, and in the encounter with public health, where it is intended to promote citizenship and autonomy of those who pass by, it can contribute to a complexification or suspension of crystallized knowledge.

Keywords: mental health, psychoanalytic clinic, psychosocial care, transversality, institutional analysis

### **L'obstruction de l'écoute clinique en santé mentale : une critique psychanalytique**

Résumé : Ce texte aborde la question de la prise en charge psychosociale, l'écoute clinique intervient dès le premier contact de l'utilisateur avec le service. Or, si l'on prête attention à l'écoute offerte dans les différents espaces d'un service de santé mentale, on se trouve face à une pratique obstruée sur plusieurs fronts, et par conséquent inattentive aux potentialités de vie des sujets. Partant du point de vue de la psychanalyse, le texte cherche à problématiser la manière dont on écoute dans un service de santé mentale substitutive, en considérant le soin avec écoute entre pairs et les croisements subjectifs que traversent les travailleurs dans leurs fonctions. Aussi, la clinique psychanalytique ne peut s'abstenir des bouleversements sociaux, économiques et épidémiologiques du moment présent, et dans la rencontre avec la santé publique, où elle entend promouvoir la citoyenneté et l'autonomie des passants, elle peut contribuer à une complexification ou suspension des savoirs cristallisés.

Mots-clés : santé mentale, clinique psychanalytique, attention psychosocial, transversalité, analyse institutionnelle

### **Referências**

- Bezerra, B. & Freire, J. (2014). Entrevista: Jurandir Freire. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 24, n. 4.
- Birman, J. (1991). *Freud e a interpretação psicanalítica*. Relume-Dumará.
- Brasil (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2a ed.). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde.
- Brasil (2008). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4ª ed). Editora do Ministério da Saúde. Editora Unesp.
- Campos, G. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- Campos, G. (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: *Saúde Paidéia* (pp. 51-67). Hucitec.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. Brasiliense.
- Freud, S. (1996). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 6). Imago. (Trabalho original publicado em 1901)

- Freud, S. (2006). A questão da análise leiga. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Imago. (Trabalho original publicado em 1925-1926)
- Goldberg, J. (1996). *Clínica da psicose: um projeto na rede pública* (2ª ed.). Te Corá e Instituto Franco Basaglia.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose*. Ed. 34.
- Guattari, F. (2004). *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Ideias e Letras.
- Januário, L. & Tafuri, M. (2009). O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 9(2), 527-550.
- Kyrillos, F. (2004). Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidado a psicóticos. *Psicologia: ciência e profissão*, 24(1), 116-125.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise* (4a ed., P. Tamen, Trad.). Martins Fontes.
- Moretto, M. L. (2001). *O que pode um analista no hospital?* Casa do Psicólogo.
- Onocko, R. (2001). Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111.
- Roudinesco, E. (1999). *Por que a psicanálise?* Zahar.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rios Ambiciosos.
- Viganò, C. (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. *Revista Curinga*, 13, 50-60.
- Viganò, C. (2012). *Novas conferências*. Scriptum.

Julia Mancilha Carvalho Pedigone  
julia.pedigone@usp.br

Lucas Hangai Signorini  
lucashangai@hotmail.com

Recebido em: 13/2/2023

Aceito em: 17/3/2023