



## **A PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: DIÁLOGOS POSSÍVEIS E DESAFIOS CLÍNICO-INSTITUCIONAIS**

**Étore Gomes Mazini<sup>1</sup>, Julia Antunes Gouvêa<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Étore Gomes Mazini, Mestre em Psicologia (UFF), Pós-graduado em Saúde Mental (UFRJ), Pós-graduado em clínica psicanalítica, Psicólogo, Professor do curso de Psicologia do UNIFACIG, Manhuaçu-MG, etore.gomes.unifacig.edu.br

<sup>2</sup>Julia Antunes Gouvêa, Graduanda de Psicologia do UNIFACIG, Manhuaçu-MG, 2010131@sempre.unifacig.edu.br

**Resumo:** O estudo se propõe a desenvolver uma interlocução do campo da saúde mental com a psicanálise. Realizou-se um estudo de revisão teórica partindo da experiência de atuação do psicólogo em um Centro de Atenção Psicossocial, articulando esta experiência com o saber psicanalítico. Foram abordados os seguintes eixos: O discurso e o poder psiquiátrico (a institucionalização da loucura); O movimento de reforma psiquiátrica e seus efeitos clínicos e políticos; Os CAPS como dispositivos estratégicos de saúde mental e o conceito de atenção psicossocial; A interlocução da psicanálise com o campo da saúde mental, os diálogos possíveis e os desafios encontrados.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Psicanálise; Instituição; Reforma Psiquiátrica.

**Área do Conhecimento:** Ciências da Saúde.

## **PSYCHOANALYSIS IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH: POSSIBLE DIALOGUES AND CLINICAL-INSTITUTIONAL CHALLENGES**

**Abstract:** The study proposes to develop a dialogue between the field of mental health and psychoanalysis. A theoretical review study was carried out based on the psychologist's experience in a Psychosocial Care Center, articulating this experience with psychoanalytic knowledge. The following axes were addressed: Psychiatric discourse and power (the institutionalization of madness); The psychiatric reform movement and its clinical and political effects; CAPS as strategic mental health devices and the concept of psychosocial care; The dialogue between psychoanalysis and the field of mental health, the possible dialogues and the challenges encountered.

**Keywords:** Mental health; Psychoanalysis; Institution; Psychiatric Reform.

### **INTRODUÇÃO**

Este trabalho tem como objeto de estudo estabelecer uma interlocução do campo da saúde mental com a psicanálise. Um dos dispositivos fundamentais da rede de saúde mental pública em nosso país é o Centro de Atenção Psicossocial, um serviço estratégico do Sistema Único de Saúde que realiza uma função clínica e política de acolhimento e tratamento para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, prioritariamente, as psicoses, as neuroses graves, e transtornos devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). Os CAPS funcionam de modo interdisciplinar e intersetorial, isto é, o trabalho é construído em equipes interdisciplinares e oferecem como recursos terapêuticos atendimentos individuais e em grupo, atendimento à família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades de inserção do usuário na comunidade (MINAS GERAIS, 2006).

O tema central deste estudo é, pois, o desenvolvimento de uma revisão teórica partindo da experiência de atuação do psicólogo no campo da saúde mental, especificamente, em um CAPS, articulando esta experiência com o saber e a clínica psicanalítica em sua inserção nestes dispositivos de saúde. É reconhecida a presença da psicanálise no campo da saúde mental e no movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, nos âmbitos clínico e político, a psicanálise contribuiu de forma

significativa para o avanço do processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais graves que antes eram tratadas no modelo manicomial. A psicanálise contribui para a reforma psiquiátrica e para a clínica dos CAPS no sentido de fazer a clínica da psicose e propor a tomada em consideração da dimensão do sujeito nessa clínica (TENÓRIO, 2007).

Para atingir os objetivos propostos, organizamos alguns tópicos fundamentais para orientar as discussões teóricas que nortearão o trabalho. São os seguintes pontos que serão abordados: 1. O discurso e a hegemonia do poder psiquiátrico (a institucionalização da loucura); 2. O movimento de reforma psiquiátrica e seus efeitos clínicos e políticos; 3. Os CAPS como dispositivos estratégicos de saúde mental e o conceito de atenção psicossocial; 4. A interlocução da psicanálise com o campo da saúde mental: os diálogos possíveis e os desafios encontrados; 5. As considerações finais apontando quais são os desdobramentos possíveis do tema proposto.

As inquietações e tensões cotidianas no trabalho em equipe de saúde mental, os desafios da clínica com a psicose e outros transtornos mentais graves e persistentes, o trabalho intersetorial com a atenção básica de saúde e demais setores envolvidos no cuidado coletivo e compartilhado, estes e outros pontos foram cruciais para pensar a inserção da psicanálise nesse campo multifacetado da saúde mental no âmbito do SUS.

Sabemos, segundo Tenório (2007) que a clínica desenvolvida pelos CAPS não é uma “clínica nova”, mas, herdeira da tradição psiquiátrica, tendo em vista que, historicamente, foi outorgado à psiquiatria o mandato social de se ocupar de um determinado tipo de pessoas reconhecidas como diferentes e dissonantes do laço social, mas, por outro lado, a tradição psicanalítica se inseriu nesse campo e produziu (produz) efeitos nas práticas de saúde, através da “clínica do sujeito” e pela via da singularidade.

Desse modo, o presente estudo estabeleceu como objetivo principal analisar e discutir a interlocução do campo da saúde mental com a perspectiva psicanalítica, bem como apresentar o modelo de atenção psicossocial e os seus desdobramentos clínico-políticos no contexto da reforma psiquiátrica.

## **METODOLOGIA**

Para alcançar os objetivos propostos, o presente estudo se caracterizou enquanto uma pesquisa de revisão bibliográfica, qualitativa e descritiva. A pesquisa bibliográfica está inserida principalmente no meio acadêmico e tem a finalidade de aprimoramento e atualização do conhecimento, através de uma investigação científica de obras já publicadas (SOUZA; OLIVEIRA; et.al, 2021, p.65). Utilizou-se de artigos publicados nas principais bases de dados, tais como a Scielo e BVS, compreendendo o período de publicação entre os anos de 2012 e 2022, com exceção aos aspectos históricos e conceituais. Foram consultados autores e bibliografias de referência na área da saúde mental e psicanálise que discorrem sobre o tema reforma psiquiátrica. Utilizaram-se os termos de busca: psicanálise, saúde mental, reforma psiquiátrica. As etapas da pesquisa foram divididas em: escolha e definição dos termos fundamentais de estudo, seleção dos autores de referência nas áreas relativas aos temas de pesquisa, leitura dos textos, capítulos de livros, artigos, com o objetivo de correlacionar os temas e conceitos estudados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **O discurso e a hegemonia do poder psiquiátrico**

Desde a hegemonia do tratamento psiquiátrico em espaço asilar até as experiências de reforma psiquiátrica contemporâneas, o lugar social da loucura é colocado em questão; ora se confinou esse lugar da loucura dentro do aparato institucional do manicômio, ora se propôs a liberação do enclausuramento e o questionamento da exclusiva autoridade psiquiátrica sobre os loucos.

A partir de Hegel e da tradição alienista sustentada por Pinel na França, Entre os séculos XVIII e XIX, a loucura passa a ser constituída como uma contradição no interior da razão. Daí em diante a loucura seria conflito do sujeito consigo mesmo e não uma total ausência de razão, mas uma relação de *contradição* interior à razão (PELBART, 2009).

Como subversão da ordem e conflito no interior da totalidade da razão, a loucura permanece capturada por determinações internas ao sujeito. A partir de Hegel, portanto, a loucura será pensada como um “Outro da Razão” que lhe é interior, uma espécie de subjetividade dilacerada, passível de cura; e foi somente a partir dessa brecha que o Alienismo pôde então agir e intervir sobre o postulado da curabilidade da loucura. Com Hegel e a tradição alienista, a loucura como figura da alteridade

absoluta e da diferença, se transformou em um fora interior à razão. Assim, a experiência da loucura já não podia mais manifestar qualquer caráter sagrado ou trágico do mundo, mas tão somente uma contradição do homem com sua própria natureza.

A partir do século XVIII emerge uma forma de gestão, tratamento e disciplina muito mais refinados nos espaços de confinamento sobre a figura do louco. A *síntese alienista* tal como Castel (1978) a define se constituía em três eixos que tornaram possíveis a apreensão da loucura pela psiquiatria nascente da época; são eles: a classificação do *espaço institucional* como o recurso por excelência da terapêutica e do tratamento; o *arranjo nosográfico* das doenças mentais e a imposição da *relação de poder* entre o médico e o alienado através da consolidação do alienista como o agente principal no tratamento moral.

Ao liberar os loucos das correntes, Pinel instaura, ao mesmo tempo, a tecnologia do tratamento asilar sob um regime de total isolamento terapêutico entre o alienado e o meio social. O princípio terapêutico do tratamento moral inaugurado por Pinel e a tradição alienista pressupunha que as causas da alienação estão presentes no meio social, o que impõe a tática do isolamento, isto é, a reclusão no espaço asilar, estratégia para afastar o sujeito das causas de sua alienação mental, “transportando o indivíduo enfermo para um meio onde elas não podem mais prejudicá-lo” (AMARANTE, 2007, p. 29).

Na instituição manicomial, a loucura é apreendida como verdade médica. A importância de Pinel encontra-se, sobretudo, na operação do deslocamento da loucura de um objeto da filosofia que tratava das questões da alma, das paixões e da moral, para se tornar, principalmente, um objeto de saber da medicina. A partir disso, ocorrem transformações práticas e institucionais na relação com a loucura, na medida em que Pinel estabelece o estatuto teórico da alienação mental “ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão, no interior da própria razão, e não a sua alteridade” (AMARANTE, 2007, p. 42).

Por intermédio da medicalização da loucura inventou-se um novo estatuto de tutela, isto é, outro estatuto regulador para legitimar uma relação mais específica com a loucura será construído, sobretudo, nas bases de uma ordem médica. O médico/alienista se torna então o tutor legal e o agente da razão hegemônica que poderá confrontar o alienado no cerne de sua loucura. Dentro desta lógica, “o alienista foi antes de tudo o encarregado de um perigo; ele se postou como a sentinela de uma ordem que é a da sociedade em seu conjunto” (FOUCAULT, 2006a, p. 325).

A racionalidade alienista irá preparar o terreno para a consolidação da psiquiatria como especialidade médica. O conceito de alienação mental, segundo Amarante (2007, p. 31) “contribuiu para produzir, como consequência inerente à própria noção, uma atitude social de medo e discriminação” em relação aos indivíduos identificados como potencialmente perigosos para a sociedade.

As relações entre periculosidade e loucura serão possíveis em função de um conjunto de ações políticas, administrativas e sociais que procuravam desqualificar o louco como um improdutivo social na medida em que ele não poderia participar ativamente do processo de produção e aquisição necessários nas relações e trocas sociais. A inaptidão ao trabalho se caracterizou como o primeiro critério para determinar a loucura em um indivíduo (FOUCAULT, 2006). Restará para o louco o isolamento social e, conseqüentemente, a redução da loucura ao tratamento institucional. Nesse sentido, torna-se necessário um enquadre institucional, uma organização assistencial, um dispositivo de poder, em suma, a objetificação da loucura na forma da doença mental.

Nesse cenário, a psiquiatria do século XIX, buscou definir sua especificidade no domínio da medicina para fazer reconhecer sua cientificidade entre as outras práticas médicas. O reconhecimento da psiquiatria como especialidade médica das “desordens mentais” ou dos “desvios de conduta” se deu, ao mesmo tempo, em que a sua prática funcionava como uma forma de higiene pública. Nesse contexto de afirmação da psiquiatria como especialidade e prática médica das desordens mentais a loucura será apropriada pela categoria nosográfica de doença mental.

### **Os Movimentos de Reforma Psiquiátrica**

O campo da saúde mental pública com o paradigma da atenção psicossocial se constituiu historicamente a partir de uma pluralidade de experiências clínicas, políticas e institucionais, especialmente, a partir dos movimentos reformistas e críticos ao tradicional modelo psiquiátrico/hospitalocêntrico desencadeados em meados dos anos 1950, no período pós-guerra, em alguns países europeus (AMARANTE, 1996).

Para alcançarmos, portanto, o atual modelo psicossocial de atenção em saúde mental, é necessário retornar brevemente aos movimentos de reforma psiquiátrica que possibilitaram os caminhos neste processo de mudança de paradigma institucional no tratamento da loucura. Entretanto,

para os objetivos deste artigo não iremos percorrer em profundidade todos os movimentos de reforma psiquiátrica ocorridos no século XX, mas fazer uma delimitação geral sobre os princípios essenciais destas experiências de reforma.

O período pós-guerra marca o início de um processo de “reforma humanizadora” das instituições psiquiátricas então existentes. São diversos os modelos de reforma desencadeados na Europa nesse período, sendo o questionamento da instituição psiquiátrica hegemônica, ou seja, o manicômio como um dispositivo de poder e controle, o principal ponto de aproximação entre estes processos reformistas. Vale ressaltar que a instituição que se coloca em questão não é apenas o manicômio enquanto um edifício ou um espaço físico estruturado, mas a própria loucura como objeto institucionalizado e reduzido à categoria de doença mental (AMARANTE, 1996).

Na esteira desses abalos sobre as bases da psiquiatria manicomial podemos falar em experiências de antipsiquiatrias e reformas psiquiátricas em vez de uma única antipsiquiatria ou de um modelo de reforma predominante. O contexto histórico criou condições de possibilidade para um importante movimento de reformas psiquiátricas e transformações institucionais. As experiências de reforma foram influenciadas pelo impacto da guerra e o horror dos campos de concentração que dirigiram os olhares para os hospitais psiquiátricos, para a condição de vida dos loucos e para o estatuto da psiquiatria enquanto saber privilegiado no tratamento à loucura (AMARANTE, 1996).

Segundo Paulo Amarante (2007), psiquiatra militante em prol da luta antimanicomial e historiador da reforma psiquiátrica, podemos destacar didaticamente três grupos dentre as principais experiências de reforma psiquiátrica na Europa do pós-guerra: as Comunidades Terapêuticas (Reino Unido), a Psicoterapia Institucional (França); a Psiquiatria de Setor (França), a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática (Itália).

A partir destes movimentos reformistas, podemos destacar a experiência antimanicomial italiana protagonizada pelo psiquiatra Franco Basaglia, que na década de 1960 iniciou um processo de humanização do manicômio de Gorizia. Entretanto, após essa primeira tentativa de humanização institucional, Basaglia toma outros rumos e passa a afirmar que era preciso de fato destruir os manicômios, ou seja, seria preciso confrontá-lo como um lugar de segregação e isolamento, e não apenas reformá-los a partir do pressuposto de humanização destas instituições.

Para Basaglia (2010), instituições como família, escola, fábrica e hospital são estruturas baseadas em uma clara divisão dos papéis, das forças de trabalho e entre quem dispõe e quem não dispõe de poder. O internamento retira toda a liberdade dos sujeitos, condiciona o interno a assumir para si a instituição como seu próprio corpo, sendo ele obrigado a aderir ao corpo da instituição objetificando-se nele.

O ponto fundamental destes movimentos de reforma era colocar em questão o poder estabelecido pela psiquiatria, evidenciar a complexidade da experiência da loucura, questionando assim a sua redução à categoria de “doença mental” e, trazer esta experiência complexa para o laço político, cultural e social. Desse modo, a questão essencial seria restaurar a experiência da loucura em interlocução com a dinâmica social e cultural, e, para isso, era necessário confrontar as bases da psiquiatria então dominante. A instituição em questão se refere tanto às formas sociais estabelecidas, ou seja, o hospital psiquiátrico, a psiquiatria, a categoria “doença mental”, como aos processos pelos quais a sociedade se organiza (AMARANTE, 2007).

Entende-se que em todo processo institucional ocorre uma dinâmica constante entre o que está estabelecido e o que está em movimento ou mudança, isto é, ocorre uma tensão nos processos de institucionalização entre uma dimensão instituída e outra instituinte (LOURAU, 1995). No campo da reforma psiquiátrica essa tensão entre instituído e instituinte se refere ao movimento que torna possível as transformações nos processos de institucionalização e a possibilidade de se estabelecer outros modos de organização e funcionamento institucional.

A partir desta perspectiva, a instituição da psiquiatria deixa de ser uma estrutura uniforme, homogênea e fechada em si mesma, para se configurar como um processo institucional, histórico e político produzido no movimento entre forças instituintes e formas instituídas que se modulam provocando uma tensão constante na dinâmica institucional (LOURAU, 1995).

Na esteira de Lourau (1995), em sua obra “A análise institucional”, podemos afirmar que é neste processo de tensão entre forças instituídas e processos instituintes que outros saberes e práticas serão possíveis no campo do cuidado às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Se partirmos do pressuposto ou da hipótese de que a clínica e o saber psiquiátricos não são mais hegemônicos no campo da saúde mental como eram no período manicomial, outros saberes e práticas como a psicanálise, o saber e a fala do sujeito/usuário do serviço de saúde mental que sofre um transtorno psíquico grave, estes e outros saberes terão possibilidade de serem inscritos, discutidos, escutados. O discurso psiquiátrico, nesse sentido, não determina de forma hegemônica toda a

complexidade da experiência da loucura, e, ao mesmo tempo, não se reduz esta experiência à noção de doença mental.

Vale ressaltar a polissemia do conceito de instituição, que segundo a perspectiva de Lourau (1995) pode ser apreendido a partir de uma perspectiva sociológica ou psicanalítica. Na visão sociológica, a instituição remete a noções como as de organização e estrutura, nesse sentido, a instituição estaria atrelada ao Estado e seria um objeto da realidade social, um estabelecimento instituído e organizado. Em outra perspectiva, podemos tomar a instituição não enquanto uma “coisa” estabelecida, mas, em um nível de significação simbólica da instituição, coloca-se em dúvida as regras estabelecidas, considerando a instituição não como um prédio, um estabelecimento ou uma organização determinada, mas como dinâmica contraditória em processo e movimento de construção no tempo e no espaço.

### **Os dispositivos de saúde mental e a psicanálise**

No caso específico da instituição de saúde mental, podemos dizer que esta é tomada normalmente como o dispositivo instituído de tratamento, nesse cenário, a instituição seria identificada com o próprio equipamento, ou seja, o centro de atenção psicossocial localizado em determinado território, enquanto elemento estratégico da reforma psiquiátrica. Entretanto, a instituição deve ser pensada para além deste local estabelecido geograficamente.

Se tomarmos a instituição de saúde mental somente a partir desse estado de coisas, opera-se a manutenção das práticas estabelecidas, a sobreposição do instituído alijando os movimentos e forças dinâmicas instituintes. A ordem do instituído em si mesma não abre possibilidades de criação e reinvenção das práticas, isto é, o instituído permanece identificado à instituição, os sujeitos identificados a seus papéis institucionais, a instituição é assim reduzida ao nível estrutural, hierárquico e organizacional (LOURAU, 1993).

Em contrapartida, podemos pensar a partir de outra perspectiva a relação indissociável entre o instituído e os movimentos instituintes que implica em um processo de produção constante das práticas sociais e a construção de outros arranjos institucionais. Desse modo, as forças instituintes se constituem na prática como um movimento em jogo com as formas estabelecidas de tratamento, no sentido de produzir rupturas, crises e mudanças na racionalidade e na mecânica institucional (LOURAU, 1995).

Nesta perspectiva que se abre para as forças instituintes e transformadoras, a instituição deixa de se identificar a uma forma totalitária, para se produzir como o efeito das relações entre as faces instituída e instituinte, ou seja, como efeito desta relação que pode cristalizar-se no instituído ou constituir-se em outros processos de institucionalização. Se a instituição permanece identificada às formas instituídas ela se estratifica em um modelo, porém, se pensarmos em termos de processos institucionais ocorre a abertura para novos movimentos instituintes (LOURAU, 1995).

A partir deste cenário, na perspectiva que sustentamos neste trabalho, apoiados na teoria da Análise Institucional de Lourau (1995), pensamos que a psicanálise pode operar como um saber e uma clínica que dá lugar à singularidade dos processos de subjetivação, às resistências ao poder instituído, na medida em que ao escutar o sofrimento psíquico dos sujeitos a psicanálise na instituição de saúde mental opera um modo específico de escuta que se contrapõe ao estabelecido, ao protocolo das formas instituídas, tais como: anamneses, ênfase nos diagnósticos estabelecidos no DSM e CID, nos medicamentos psicotrópicos e em outras formas de tratamento que assujeitam os usuários ao invés de permitir a sua expressão singular. A psicanálise no contexto institucional se depara com uma série de processos institucionais estabelecidos que precisam ser executados no cotidiano de um serviço de saúde mental, mas, ao mesmo tempo, se coloca a tarefa de questionar esses processos e permitir que outras forças venham à tona, as forças inconscientes em jogo na dinâmica institucional, as forças de resistência e de assujeitamento.

A experiência de reforma psiquiátrica não deve ser reduzida a simples reforma ou reformulação dos serviços assistenciais, nesse sentido, os dispositivos de saúde mental como os CAPS não são serviços alternativos ao manicômio, mas, substitutivos à estrutura manicomial. Diante disto, Amarante (2007) propõe que o primeiro desafio é superar a visão que reduz o processo de reforma à mera reestruturação de serviços de assistência. No movimento de reforma psiquiátrica a noção de atenção psicossocial deve ser tomada não como um modelo fixo e acabado, mas como uma estratégia ampla e um processo social complexo, isto é, como um movimento em construção e reconstrução permanente.

Conforme aponta Tenório,

hoje nós criticamos a redução completa da questão da loucura à categoria de doença ao propormos a tomada em consideração da dimensão da existência (atenção psicossocial), ou da dimensão do sujeito (psicanálise). Porém, essa abordagem da loucura pela medicina psiquiátrica e pela psicopatologia, com os desdobramentos que ela teve na psiquiatria clássica e na psicanálise, situa uma ética da inclusão, e uma ética que deve orientar o trabalho dos CAPS (TENÓRIO, 2007, p. 24)

O movimento da reforma psiquiátrica de forma mais abrangente aspira à transformação nas relações da sociedade com a loucura e não apenas a reestruturação dos serviços de tratamento. A partir desta perspectiva, cabe ao profissional atuante na saúde mental, psicólogos, psicanalistas e demais profissionais que compõem as equipes interdisciplinares, levar em consideração a loucura como experiência singular e complexa, que não pode ser capturada por uma única forma de saber e, ao mesmo tempo, não reduzindo a loucura à categoria de doença mental, não a reduzindo dentro de formas pré-estabelecidas em manuais de classificação psiquiátricos, isto é, resgatar a loucura enquanto experiência humana em sua dimensão de sofrimento, de ruptura e de reinvenção.

No âmbito das políticas públicas de saúde, o conceito de instituição é muitas vezes tomado na forma restrita de uma organização estabelecida por meio de leis, decretos ou normas, que objetiva atender uma necessidade social e humana específicas. A instituição possui um sentido estrutural e organizacional, contudo, não deve ser reduzida aos limites do estabelecimento destinado a cumprir uma determinada função social.

Há um conjunto de forças em jogo que atravessa esta dimensão institucional estabelecida, e ao psicanalista cabe a função de colocar em análise estas forças, escutar o que está implícito, o que não é dito, analisar os discursos e seus pontos de lacuna, desconstruir as formas estabelecidas, questionar os determinismos que tentam reduzir o fenômeno e a experiência da loucura à biologia, à psicofarmacologia, ao cérebro etc. A psicanálise no contexto institucional possibilita fazer com que o sujeito apareça em meio as tentativas de silenciá-lo.

Como apontam Nicolau e Calazans (2016), atualmente muitos psicanalistas têm exercido sua função em instituições de saúde, nas quais a interlocução com outros profissionais e equipes é condição necessária para que seu trabalho seja possível. E nesse encontro entre diferentes saberes e perspectivas, pode suscitar conflitos em relação à orientação do tratamento. É necessário que o psicanalista pense o seu fazer nesse contexto institucional da saúde, pois no encontro com outros saberes, como afirmam os autores, “é preciso manter a especificidade da práxis psicanalítica” (NICOLAU, CALAZANS, 2016, p. 1121).

Nesta perspectiva apontada por Nicolau e Calazans (2016) o psicanalista precisa se haver com uma dimensão assistencialista das instituições de saúde que, na maior parte das vezes, promove um ideal de reparação, saúde e adaptação, “provocando no sujeito uma alienação ao saber do outro diante do qual seu saber é desconsiderado” (2016, p. 1121). Desse modo, há uma dificuldade do sujeito de implicar-se com seu sintoma e responsabilizar-se por seu tratamento.

Através da sua escuta e das suas intervenções o psicanalista pode criar condições de possibilidade para que o sujeito se posicione na dinâmica institucional, provocando tensões nas formas estabelecidas e, assim, a partir de sua fala e da narrativa de seu sofrimento psíquico fazer emergir os processos inconscientes e a singularidade do sujeito.

## CONCLUSÃO

Este trabalho buscou analisar o campo da saúde mental em interlocução com a psicanálise. Partimos da apresentação do contexto histórico de estabelecimento do discurso psiquiátrico que consolidou o dispositivo manicomial de tratamento à doença mental, em seguida desenvolvemos o histórico do processo de reforma psiquiátrica e seus desdobramentos na política de saúde mental, e, por fim, buscamos articular este campo institucional com a práxis e o saber da psicanálise, tendo em vista, os desafios e impasses que esta articulação de saberes e práticas coloca para o campo psicanalítico.

A reforma psiquiátrica e o desenvolvimento de novas práticas, saberes e discursos em torno do sofrimento psíquico grave e persistente, impõe a necessidade de construção permanente de uma práxis ético-política em que a psicanálise é convocada a dialogar com outros saberes e constituir uma clínica do sujeito e não uma clínica da doença mental, que trate a loucura em sua complexidade, não reduzindo-a a fenômenos biológicos e a prática de pura medicalização dos sintomas.

Desse modo, o saber e a práxis psicanalítica tem um papel fundamental nesse cenário das políticas públicas de saúde mental, porém, não no sentido assistencialista e de adaptação dos

indivíduos às formas institucionais, mas, no sentido de permitir o aparecimento do sujeito do desejo, sustentando a importância da dimensão inconsciente como eixo do trabalho clínico em instituições.

A psicanálise no setor público de saúde mental deve dialogar com os demais saberes em uma perspectiva de trabalho interdisciplinar, no entanto, o saber psicanalítico e a escuta do analista não podem se sustentar sobre as bases de uma clínica que não coloque o sujeito em primeiro plano, a clínica deve considerar o sofrimento mental do sujeito em sua radical diferença e singularidade, esta é a clínica que a psicanálise deve operar nos dispositivos de saúde mental, uma clínica atravessada pelas questões institucionais, políticas e sociais.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. / Paulo Duarte de Carvalho Amarante. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados** em saúde mental e reforma psiquiátrica. AMARANTE, P. (org.), Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- CASTEL, R. **A Ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- FOUCAULT, M. O asilo ilimitado. In: **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Ditos e escritos v. 1. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.
- FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política**. In: Ditos e escritos v. 5. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.
- LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993
- MAZINI, Étore. **A relação com o Fora**: outra perspectiva para pensar a descontinuidade e o abandono ao tratamento em saúde mental. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2014.
- NICOLAU, Roseane Freitas; CALAZANS, Roberto. O Mestre e o Psicanalista: tecendo laços nas políticas públicas. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. spe, p. 1119-1137, dez. 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812016000400004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000400004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 10 abr. 2022.
- PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura**: loucura e desrazão. 2. ed. São Paulo: Iluminuras, 2009.
- SOUSA, Angélica Silva; OLIVEIRA, Guilherme Saramago; ALVES, Laís Hilário. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. **Cadernos da FUCAMP**, v. 20, n. 43, 2021.
- TENÓRIO, F. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007. 152p.