

Existirmos, a que será que se destina? Considerações da Psicanálise para a Ética no Contexto das Práticas de Saúde Mental

(To exist, what is the point? Considerations of psychoanalysis for ethics in the context of mental health practices)

Lia Carneiro Silveira¹

¹Universidade Estadual do Ceará

Autor correspondente: silveiralia@gmail.com

RESUMO

Objetivamos nesse texto pensar as consequências da ética da psicanálise para a prática clínica na saúde mental. Para atingir este objetivo, abordaremos como se deu historicamente a construção do modelo da clínica médica moderna; discutiremos as principais correntes da ética na filosofia que sustentam essa prática e, finalmente, apresentamos a contribuição da psicanálise para o debate.

Palavras – Chave: Ética. Saúde Mental. Psicanálise.

ABSTRACT

This text objectify to think the consequences of psychoanalysis ethics for clinical practice in mental health. To achieve this goal, we will cover how the modern medical clinic model was historically constructed; discuss the main currents of ethics in the philosophy wich supports this practice, and finally, present the contribution of psychoanalysis to the debate.

Keywords: Ethics. Mental Health. Psychoanalysis.

RESUMEN

Nuestro objetivo en este texto es pensar las consecuencias de la ética del psicoanálisis para la práctica clínica en salud mental. Para lograr este objetivo, cubriremos cómo fue históricamente la construcción del modelo de la clínica médica moderna; discutiremos las principales corrientes de la ética en la filosofía que sustentan esta práctica, y, por último, presentaremos la contribución del psicoanálisis al debate.

Palabras-clave: Ética. Salud mental. Psicoanálisis.

INTRODUÇÃO

Quem transita no atual campo da saúde mental sabe que ainda estamos longe de alcançar o ideário do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica-MBRP, proposta há quase trinta anos. A proposta desse movimento era a de passar do “modelo da doença” para aquilo que Rotelli¹ chama de “existência-sofrimento” das pessoas, numa estratégia de desmontagem do corpo de saberes e poderes que têm embasado historicamente nossa relação com a loucura. No plano da clínica, no entanto, a resposta que temos dado - não só os médicos, mas todos os profissionais de saúde - ainda continua fortemente marcada pelo paradigma biomédico.

Discutir a ética que perpassa a nossa prática faz-se importante nesse contexto pois ela pode nos orientar no sentido da construção de uma clínica mais comprometida com os sujeitos a quem atendemos. A psicanálise é um dos saberes que tem trazido contribuições para esta discussão, proporcionando uma leitura que pode permitir um posicionamento radicalmente diferente daquele que perpassa o discurso da tecnociência. Sendo assim, objetivamos nesse texto pensar as consequências da ética da psicanálise para a prática clínica na saúde mental.

A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO MODELO DA MEDICINA MODERNA E SUA ÉTICA

O nascimento da ciência moderna pode ser datado por volta do século XVII e, embora seja produto de uma série de transformações que já vinham se desenvolvendo desde o século anterior, convencionou-se atribuir à René Descartes (1596 – 1650) a paternidade desse novo modo de pensamento. Ao afirmar a possibilidade de aceder ao conhecimento por meio da aplicação de um método, Descartes abre espaço para uma nova configuração das relações entre sujeito e verdade, onde a possibilidade mesma do acesso a esta verdade depende, doravante, do próprio homem e não de dogmas divinos, como regia o teocentrismo medieval. Para Foucault² o “momento cartesiano”, marco do início da Idade Moderna, começa quando admitimos que o que dá acesso à verdade é o conhecimento, e não somente o conhecimento.

É interessante observarmos que, ao mesmo tempo em que criam

as condições para o surgimento do sujeito - antes do momento cartesiano o único agente do universo era Deus - o nascimento da ciência moderna expulsa de suas condições de possibilidade exatamente tudo que diz respeito à subjetividade. Isso porque, a partir daí, nada do “ser de sujeito” do cientista participa dessa produção do conhecimento. Pelo contrário, espera-se dele a máxima neutralidade. Além da neutralidade, outras características desse pensamento são apresentadas por Santos³: quantificação, classificação e formulação de leis, à luz de regularidades observadas, com vistas a prever o comportamento futuro dos fenômenos. Essas características da ciência moderna têm por objetivo reduzir a complexidade do mundo, tornando-o acessível às categorias do pensamento racional.

A Medicina buscou estabelecer suas bases científicas para reivindicar seu valor de verdade. Na obra intitulada “O Nascimento da Clínica”, Foucault⁴ mostra o caminho que a Medicina percorreu para se transformar em ciência empírica. Ocorre que, como ciência, é preciso definir seu objeto, reduzindo a complexidade da experiência a algo que possa se submeter às condições de regularidade, previsibilidade e generalização exigidas. É a redução da doença ao corpo do doente, com sua localização anatômica, que vai permitir à Medicina adequar-se aos critérios de cientificidade. A clínica moderna, pautada no modelo médico, tem, portanto, como característica fundamental o fato de ser baseada na observação das alterações provocadas pela doença no corpo. Objetificando o corpo pelo olhar, ela pode lidar com as variáveis científicas.

Diversas áreas da Medicina se adequaram perfeitamente a esse novo modelo, mas a Psiquiatria foi a que mais sofreu com a mudança, entrando, como afirma Simanke⁵, num verdadeiro dilema. Se a doença precisa ser localizada no corpo, é a própria especificidade do objeto da Psiquiatria que está aniquilada, pois ela exigiria uma redução da mente, seu pretense objeto, ao cérebro. Isso equivaleria a transformá-la em Neurologia. A outra saída seria sustentar a especificidade da mente enquanto objeto, mas correndo o risco de ser desvalorizada como um saber “inferior”, pois menos científico.

Além disso, a complexidade daquilo com que a Psiquiatria se propõe a lidar, deixa-a em maus lençóis quando se trata de estabelecer limites entre o normal, dito saudável, e o não normal,

dito patológico, pois se o corpo permite estabelecer parâmetros para medir funções fisiológicas como a pressão arterial e a temperatura, no caso de emoções, sentimentos e pensamentos, isso se torna extremamente complicado.

No entanto, todos esses vieses têm sido sistematicamente ignorados no modelo hegemônico das práticas de saúde. Para adequar a babel de línguas que tentavam nomear os fenômenos psiquiátricos, decidiu-se instituir sistemas de classificação (DSM e CID)¹ que tem como propósito exatamente eliminar as arestas, reduzindo a complexidade do sofrimento humano a uma série de variáveis observáveis e quantificáveis. Mas o que esses sistemas, que se pretendem ateóricos, deixam entrever nas suas linhas é uma forte influência das teorias comportamentalistas que proliferaram nos Estados Unidos nas últimas décadas.

A despeito da insustentabilidade das teorias estritamente organicistas a intervenção pautada neste modelo tem sido majoritariamente de base medicamentosa, aliadas algumas vezes a intervenções de base comportamental. Estabelece-se assim um casamento perfeito entre a sistematização da classificação diagnóstica e os interesses do Capitalismo, com a criação de um mercado pronto a oferecer a pílula certa para cada “transtorno” e uma adaptação do indivíduo de acordo com as bases comportamentais.

Não se trata de criticar toda contribuição da ciência moderna ou de recusar as facilidades introduzidas pelo uso das medicações psicotrópicas em alguns casos. Mas, sim, de nos perguntarmos: submetidos a que estamos quando vestimos a capa desse discurso medicalizante nos serviços de saúde? Ou como diz o poeta: “existirmos, a que será que se destina?”^{II}

Quando colocamos esta questão no plano da clínica que exercemos na saúde mental, estamos presentificando de alguma maneira a questão ética, ou seja, aquela que responde pela finalidade dos nossos atos.

Segundo o dicionário Abbagnano⁶:380, a Ética pode ser definida de uma maneira geral como a ciência da conduta. É possível identificar ao longo da história do pensamento humano duas

concepções fundamentais dessa ciência. A primeira considera a ética como “ciência do bem para o qual a conduta dos homens deve ser orientada e dos meios para atingir tal fim”. A segunda “a considera como a ciência do móvel da conduta humana e procura determinar tal móvel com vistas a dirigir ou disciplinar essa conduta”.

Na primeira corrente podemos situar as teorias da ética que partem do princípio de que o fim último das ações humanas é o Bem, entendido como ideal, realidade perfeita, essência rumo a qual a conduta humana se dirigiria. Os fundamentos dessa ética distinguem-se proeminentemente na Grécia Antiga, mas marcam também, em grande medida, o pensamento da Idade Média.

A elaboração da ética na Idade Média vai se manter dentro desta perspectiva finalista do Bem, mas com a diferença de que agora, como afirma Valls⁷:36 “o Deus de Abraão, Isaac e Jacó, já não se identifica com as forças da natureza”, mas está acima desta. As normas morais fundam-se, pura e simplesmente, no mandamento divino, e o caminho para a moralidade passa a residir na revelação, ou seja, no conhecimento da vontade de Deus.

O período que ficou conhecido como Idade Moderna, no entanto, vai tomar um caminho diferente em relação aos princípios que norteiam a conduta moral. Como afirma Abbagnano⁶, não se trata mais de uma ética finalista, mas de uma ética do móvel, ou seja, daquilo que move a vontade humana. Nessa concepção, o bem não aparece mais como ideal de perfeição a ser buscado, mas sim, como objeto de desejo humano.

Trata-se de uma concepção de ética antropocêntrica e fundada num otimismo em relação à racionalidade humana. A razão poderia, por si mesma, decidir sobre suas ações e conseqüente moralidade, sem recorrer a nenhum poder transcendente. A autoridade divina já não é mais garantia da conduta humana, mas sim a natureza do homem, ou seja, sua racionalidade.

A ÉTICA DA PSICANÁLISE: O MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO E O ALÉM DO PRINCÍPIO DO PRAZER

A Psicanálise é um dos saberes que, na modernidade, trouxe

¹ Siglas referentes aos manuais de classificação de diagnósticos médicos: DSM- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, CID- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados.

^{II} Verso da letra de “Cajuína”, composta por Caetano Veloso para o poeta Torquato Neto.

contribuições para pensarmos o campo da ética. Só que, apesar de ter seu terreno de surgimento na Idade Moderna, vai questionar as bases da racionalidade humana, abalando “profundamente algumas convicções a respeito das relações do homem com o Bem, exigindo que se repensassem os fundamentos éticos do laço social a partir da descoberta das determinações inconscientes da ação humana”⁸.

No texto “O Mal-estar na Civilização” de 1930, Sigmund Freud esboça os fundamentos da questão ética para a Psicanálise. O texto parte da premissa, já presente em Aristóteles, de que aquilo que o homem deseja realizar é a felicidade, entendida como “ausência de desprazer por um lado, e por outro, a experimentação de intensos sentimentos de prazer”⁹.

É aí que entra a enunciação da verdade inovadora da descoberta freudiana, cortante como uma lâmina: esse programa de busca da felicidade pelo homem está “em desacordo com o mundo inteiro, tanto com o macrocosmo, quanto com o microcosmo. Não há possibilidade alguma dele ser executado; todas as normas do universo lhe são contrárias. Ficamos inclinados a dizer que a intenção de que o homem seja ‘feliz’ não se acha incluída no plano da ‘Criação’⁹.

Esta afirmação é, no mínimo, espantosa, principalmente frente aos ideais positivistas da ciência moderna que se alinham com a aposta na possibilidade de progresso pela racionalidade humana^{III}. Mas uma ideia dessas, na pena de um escritor rigoroso como Freud, não é mero pessimismo gratuito. Foram as descobertas que ele veio fazendo nesse campo do saber que o levaram a formular essa espécie de aforismo.

No “Mal-estar na Civilização” o caminho que ele segue começa por questionar a origem do sofrimento humano. Freud responde que elas derivam de três fontes: a) de nosso próprio corpo – condenado à decadência e dissolução; b) do mundo externo – que pode se voltar contra nós com forças de esmagadora destruição e c) de nossos relacionamentos com outros homens. Em seguida ele destaca essa última fonte, afirmando que este tipo de sofrimento é, para nós, o mais penoso de todos. Isso decorre do fato de que, as regras morais estabelecidas para proporcionar a vida em civilização (ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, sociedade e Estado) exige a frustração de

uma parcela de satisfação, especialmente sobre as pulsões sexuais e agressivas⁹.

Ocorre que consentir nessa perda de satisfação está, segundo Freud, na origem do desencadeamento dos sintomas neuróticos. A parcela não satisfeita da pulsão não desaparece ao ser recusada no processo civilizatório. Pelo contrário, ao ser reprimida ela tende a retornar, tentar se satisfazer. Nessa tentativa ela lança mão de alguns recursos, entre eles o sintoma.

Aqui entramos em outro conceito que a Psicanálise vai reformular. Enquanto para a Medicina o sintoma é um desequilíbrio, um transtorno a ser corrigido, para Freud o sintoma envolve paradoxalmente uma espécie de satisfação. Trata-se da maneira “às avessas” que a pulsão recalçada encontra para se satisfazer. Ou seja, aquilo que para a consciência é um sofrimento, para o inconsciente trata-se na verdade de uma espécie de “satisfação substitutiva”¹⁰.

Vale ainda ressaltar que esse mecanismo de abdicar da satisfação está, também, intimamente relacionado com o sentimento de culpa e de autopunição, pois o desejo recalçado retorna para o sujeito como um juiz impiedoso. Estabelece-se um verdadeiro conflito: de um lado, exigência de satisfação; do outro, recusa dessa mesma satisfação. Sendo assim, essa culpabilização se mostra, afirma Freud, o mais importante problema no desenvolvimento da civilização, mostrando o preço que temos que pagar por nossos avanços: a perda de felicidade e a intensificação do sentimento de culpa.

Estas afirmações põem em xeque o postulado da ética, e do qual o próprio Freud parte inicialmente, segundo o qual o homem busca o prazer e evita o desprazer, pois, o que a clínica mostra é que não repetimos aquilo que é prazeroso, pelo contrário, voltamo-nos frequentemente para certa experiência que é eminentemente causadora de desprazer¹¹.

Seria então a Psicanálise uma proposta de hedonismo, onde o homem desvencilhando-se das imposições sociais deveria satisfazer todos os seus “instintos” em busca da felicidade perdida? Ou, por outro lado, o exercício de uma domesticação da vida pulsional, chegando assim a um indivíduo maduro, socialmente adaptado?

^{III} Não é à toa que, por ocasião de uma visita aos Estados Unidos da América, Freud tenha dito que estava ali para levar “a peste”.

Nenhuma dessas saídas. A primeira delas seria inviável, pois a exigência de renúncia pulsional não é algo imposto de fora por instituições como a família, a escola ou o próprio corpo social. Com Jacques Lacan percebemos tratar-se, na verdade, de uma exigência estrutural, debitada na conta de nossa entrada na linguagem. Desde que falamos, não lidamos mais com o mundo objetivo, mas com representações construídas simbolicamente, ou, com diz Lacan: “é o mundo das palavras que cria o mundo das coisas”¹².

A palavra é aquilo que nos permite mediar nossa relação com o outro, mas é também o que nos insere no mundo do traumático. Isso porque, ela, não pode representar tudo. Sempre sobra um resto. O sintoma, portanto, é construído simbolicamente a partir desse impossível de simbolizar. Como diz Lacan, ele é “o significante de um significado recalcado da consciência do sujeito. Símbolo escrito na areia da carne e no véu de Maia^{IV}, ele participa da linguagem pela ambiguidade semântica que já sublinhamos em sua constituição”¹².

Desde que nascemos, precisamos recorrer ao outro para nos mantermos vivos. Porém, esse outro que acolhe a criança em seu desejo (geralmente a mãe), não é um outro completo, sem falhas. Em algum momento a criança se depara com o fato de que este outro não pode tudo, não vê tudo e não pode nomear tudo. Ou seja, ele também é alguém que deseja.

No complexo de Édipo formulado por Freud, esse momento corresponde àquele em que a criança percebe que a mãe se dirige ao pai como aquele que pode satisfazê-la. O Édipo foi o mito que Freud encontrou para ajudá-lo a dizer dessa impossibilidade. Com Lacan, vamos perceber que esse ponto de “falta” aparece, justamente, porque o outro também tem que recorrer à linguagem, impossível de dizer tudo. Como afirma Lacan¹³, “O gozo está vedado a quem fala”.

Nessa lacuna que se abre, marcada pela falta no Outro, é que o sujeito vai passar a se perguntar sobre o desejo: o que esse outro quer? E mais, o que ele quer de mim? A partir daí, o sujeito segue procurando responder a esta questão, tomando o desejo do outro por seu próprio desejo. Suas relações com a realidade, com os outros com quem ele irá se relacionar e inclusive a forma de

construção do seu sintoma, serão marcadas por esse momento estruturante.

Dessa operação sobra um resto, que corresponde ao impossível de ser simbolizado. Esse resto, que não para de se fazer presente, guiando as escolhas do sujeito, Lacan¹⁴ localizou como o “objeto causa do desejo”. Ele o chama assim, pois não se trata de um objeto específico que poderia satisfazer o desejo. O objeto suposto satisfazer o desejo seria o objeto incestuoso, perdido desde sempre. Por isso, quando falamos em objeto causa do desejo, estamos nos referindo a uma espécie de vazio, impossível de ser preenchido por qualquer objeto do mundo, e em torno do qual produzimos nossa própria realidade.

Lacan toma emprestado de Heidegger a metáfora do oleiro para falar desse vazio criador. Na fabricação de um objeto de barro, usa-se um torno, argila e água. Mas não existe molde a ser coberto. O que vai moldar a forma do objeto é o vazio interior. É dando voltas em torno dele com as mãos que o artesão constrói seu vaso. Assim somos nós, construindo a realidade em torno do vazio do objeto.

Por outro lado, esse objeto também tem sua face de estranheza e hostilidade, contra a qual o sujeito se defende. Depreendemos, daí, porque a segunda saída que cogitamos para responder pela ética da escuta desse sujeito (aquela que tende à adaptação do sujeito às exigências da civilização) também é recusada pela psicanálise. Esse resto impossível de se dizer não pode ser eliminado. Ele está na própria possibilidade do surgimento do sujeito. Além disso, se tentamos calá-lo, tamponá-lo, ele encontra vias de retorno tão ou mais terríveis que aquela que nos levou a querer eliminá-lo. Seja na autopunição e culpabilização, quando esse retorno se dá sobre o próprio eu; seja na sua face de violência, segregação e hostilidade, quando localizamos no outro, nosso semelhante, aquilo que não suportamos (o mais estranho a nós mesmos que é, ao mesmo tempo, nosso gozo mais familiar). Isso é o que temos assistido na tentativa capitalista de promover o acesso ao gozo impossível através da oferta de objetos que supostamente poderiam preencher o vazio em torno do qual o sujeito se estrutura. O que essa lógica tem gerado não são sujeitos satisfeitos. Pelo contrário, no plano da clínica o que encontramos são sujeitos desanimados, impotentes, deprimidos.

^{IV} O véu de Maia faz parte da mitologia hindu. É o nome dado por ela à nossa realidade física, marcada pela efemeridade e transitoriedade.

Depreendemos do ensino de Lacan que, uma ética que pretenda tamponar o objeto causa do desejo, seja com objetos, com medicação, ou mesmo o sentido (palavras de conforto, autoajuda, a oferta de um “bem” qualquer), só pode conduzir ao pior.

A ética da Psicanálise, portanto, consiste na possibilidade de sustentar esse espaço vazio do objeto causa do desejo, não para tamponá-lo, mas para fazer o sujeito falar. Como diz Lacan, uma ética do bem-dizer o desejo onde, tomando a palavra, cada um possa saber um pouco mais sobre isto que lhe causa, se aproximando um pouco mais desse desejo que é o que ele porta de mais estranho e de mais íntimo e reorganizando suas formas de extrair satisfação, para além da repetição do sofrimento¹⁵.

O analista é, como diz Lacan¹⁵, aquele que porta um “desejo prevenido”. Ele sabe que não pode desejar pelo seu paciente. Nem mesmo desejar seu “bem” (a eliminação dos seus sintomas, ou que ele volte ao trabalho, por exemplo). Qualquer coisa que o analista coloque nesse lugar só vai impedir que o próprio sujeito elabore seu desejo.

Por isso mesmo, a Psicanálise, ao contrário do que ocorre na clínica médica, não parte de um saber pré-determinado. Na clínica psicanalítica, o saber está do lado do sujeito do inconsciente, que se manifesta nas lacunas, entre os ditos daquele que fala. Além disso, não se trata de uma saída homogênea, aplicada indiscriminadamente. É uma aposta na singularidade do “cada um”, que vai construir as saídas possíveis para lidar com seu sofrimento, mas também com seu gozo. Nesse caso, o “saber” de que se trata, está do lado daquele que fala, ou seja, o paciente. É preciso sustentar essa escuta para que o saber inconsciente possa se manifestar.

Para poder operar nesse lugar, portanto, não podemos nos apoiar no tecnicismo. Esse lugar de escuta passa, antes, por uma espécie de “estética da existência”, onde somos convocados a escrever o poema que somos nós mesmos, com as palavras que dispomos. Como disse Clarice Lispector: “Eu não escrevo o que quero, escrevo o que sou.” Ou ainda, nas palavras de Lacan: “Eu não sou um poeta, sou um poema.” Nessa estética também temos que lidar com a tela em branco, sabendo que na arte, assim como na vida, nunca se preenche tudo. O valor artístico da obra está

exatamente em deixar um vazio, que poderá ser utilizado por quem dela se aproxima para ali depositar algo de seu. Por fim, podemos afirmar que essa experiência envolve ainda a elaboração de um estilo, no sentido da singularidade com que cada artista assina sua obra. Um traço a partir do qual podemos nos reconhecer e sermos reconhecidos.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sintoma é um subversivo que se interpõe para denunciar uma verdade. Verdade essa que vai na contramão das exigências da civilização¹⁶. A Psicanálise não se situa do lado dos ideais da civilização, mas do lado de quem se interessa por ouvir a verdade que esse sintoma tem a dizer.

Sendo assim, uma escuta do sofrimento psíquico no campo da saúde mental perpassada pela ética de sustentação do desejo, precisa considerar alguns pontos:

- 1 – O sofrimento psíquico não pode ser reduzido a alterações bioquímicas ou neurológicas. É preciso considerar o sintoma em sua face de mensagem a ser decifrada, mas também em sua dimensão de gozo, como forma de satisfação substitutiva.
- 2 – O profissional de saúde não pode ocupar um lugar de especialista. Ele precisa estar aberto à fala do outro. Se interessar pelo que este tem a dizer. Isso, muitas vezes, mobiliza a angústia, e daí a nossa pressa em responder à demanda com soluções imediatas. Ampliar o espaço de tempo entre ouvir a queixa e dar uma resposta pode favorecer que o próprio sujeito elabore suas questões, se implique naquilo de que vem se queixar.
- 3 – No campo da saúde mental, a separação entre normal e patológico é problemática. É preciso considerar que o sofrimento não é uma doença, e que uma certa dose dele é até mesmo necessária para que possamos nos constituir enquanto sujeitos. O ideal de cura, que permeia o campo da saúde pretende a eliminação do sintoma como foco do tratamento. O sintoma (enquanto fenômeno) pode até desaparecer, mas ele continua encontrando outras formas de dizer sua verdade. Permanece como uma carta não lida, que nunca chega ao seu destinatário. Nesse sentido, o desejo de curar o paciente (ou qualquer outro desejo que se imponha da parte de quem escuta) só faz dificultar a manifestação dessa verdade do inconsciente.
- 4 - Precisamos nos questionar sobre a formação necessária para realizar essa escuta do sofrimento psíquico na saúde mental. Para

ser um bom cirurgião, o profissional não precisa, necessariamente, ter passado por uma cirurgia. Seria até absurdo esperar isso dele. Mas, para a psicanálise, ouvir o outro implica, necessariamente, que em que possamos lidar com nossa própria falta. Só assim podemos sustentar esse espaço vazio onde o outro vai poder depositar suas questões. Daí ela ser o único método de “tratamento” que requer de todo aquele que se propõe a praticá-la, que ele mesmo se submeta a esta experiência.

5 – O profissional que trabalha na saúde mental também é requisitado a se posicionar eticamente frente às injunções do modo de produção socioeconômico no qual estamos inseridos. O simples fato de que nos contratam para exercer o papel de técnicos em saúde mental, já nos coloca em situação de ter que “aguentar a miséria do mundo”. No atual cenário o profissional de saúde mental é aquele convocado a dar conta de tudo aquilo que a sociedade não quer ver, o seu “outro” mais radical: loucos, drogados, suicidas. Mas Lacan deixa um recado que, talvez, não tenha ainda sido suficientemente debatido. Segundo

ele, aguentar a miséria do mundo “é entrar no discurso que a condiciona, nem que seja a título de protesto” Os profissionais “psi” da saúde mental, “sabendo ou não, é isso que fazem”¹⁷; pelo que afirma, não basta denunciar (o capitalismo, a sociedade, o manicômio, a psiquiatria). Isso ainda é reforçar o discurso capitalista. Nem que seja pra se manter protestando. Como se posicionar no interior desse discurso sem reforçá-lo? Como não

permitir que os CAPS repitam a lógica dos manicômios que durante séculos foram os locais de depósito da miséria do mundo? São questões que deixo em aberto, pois elas não aceitam respostas padronizadas. No entanto, são muito propícias para incitar a discussão.

REFERÊNCIAS

1. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio MFS (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-100.
2. Foucault M. A Hermenêutica do Sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
3. Santos BS. Um Discurso Sobre as Ciências. 6a ed. São Paulo: Cortez; 2009.
4. Foucault M. O Nascimento da Clínica. 6a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
5. Simanke RT. Metapsicologia Lacaniana: Os anos de formação. Curitiba: Editora UFPR; 2002.
6. Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
7. Valls ALM. O que é Ética. 13a ed. São Paulo: Brasiliense; 2000.
8. Kehl MR. Sobre ética e psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.
9. Freud S. Mal-estar na civilização. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 75 a 171. (Originalmente publicado em 1930).
10. Freud S. Os caminhos da formação dos sintomas. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 419-439. (Originalmente publicado em 1917).
11. Freud S. Além do Princípio de Prazer. In: Obras psicológicas completas: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 13 a 90. (Originalmente publicado em 1920).
12. Lacan J. Função e campo da palavra e da linguagem em psicanálise. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998. p. 238-324. (Originalmente publicado em 1953).
13. Lacan J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. Em J. Lacan, Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1998. p. 807-842. (Originalmente publicado em 1960).
14. Lacan J. O seminário, livro 10: a angústia. Rio de Janeiro: J. Zahar Ed; 2005.
15. Lacan J. O seminário, livro 7: a ética da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1997.
16. Alberti S. O Sintoma entre Marx e Lacan [Internet]. In: Anais do XI Encontro Da EPFCL- Brasil; 2011; Fortaleza, Brasil. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará; 2011. p. 8-9 [citado em 30 Jun 2021]. Disponível em: https://issuu.com/epfclbrasil/docs/anais_encontro_fortaleza.
17. Lacan J. Televisão. In: Lacan J. Outros escritos (Org.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 529-531.

EXISTIRMOS, A QUE SERÁ QUE SE DESTINA?