

Saúde mental/psicanálise

Saúde mental é um campo de ações específicas referido à saúde pública, que, partindo de uma determinada concepção de *saúde* do corpo, estende-se, por analogia, a seu equivalente subjetivo, nomeado *mental*. Para além da patologia mental, o que se busca sob essa égide é, fundamentalmente, o *bem-estar dos homens*, estando na raiz desse campo – a história e a pré-história da psiquiatria recoberta pela saúde pública para receber demandas de sujeitos pressionados e coações a que as instituições de tratamento são submetidas –, desde sempre, a *miséria* humana em suas várias formas (econômica, social, moral, ética etc.). Assim, o termo *saúde mental*, referido a um ideal de apaziguamento presente em seu papel legislativo e regulamentador, abarca toda a proliferação de queixas e tudo o que diz respeito à exclusão, aplicando-se tanto a um sujeito entendido como indivíduo ou cidadão quanto a uma população em seu conjunto ou em suas categorias sociológicas.

Um manual da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiria a saúde mental, por exemplo, como a atividade do psiquismo funcionando de maneira harmoniosa e eficaz em face de situações difíceis, bem como sendo capaz de encontrar seu equilíbrio. Um psicanalista seria mais drástico: “só há saúde mental nos animais” (Lacan 1974) ou, ainda, “trata-se de andar bem pelas ruas, ainda mais, trata-se de não ser atropelado” (Miller 1993). Enquanto a primeira definição indica o ideal de adequação bio-psicossocial tributário de noções como bem-estar e adaptação, a segunda se refere a algo exterior

aos meandros simbólicos do discurso, ou seja, inacessível aos seres falantes, e a última, à ordem pública que trata da regulação dos laços sociais, já que são os trabalhadores de saúde mental que decidem sobre a circulação dos pacientes e sua inserção na ordem pública.

Concordamos com Jacques Lacan (1974), para quem o profissional de saúde mental é o encarregado atual da “miséria do mundo”, e com Roger Wartel, que chama de “aspiradores de todas as misérias” (1995) os serviços de acolhimento e urgência ambulatoriais ou hospitalares para os quais se dirigem aqueles que buscam soluções para suas queixas sob o argumento de um sofrimento corporal que se presta à iatrogenização ou passam ao ato de maneira autodestrutiva e, por vezes, repetitiva. Nossa civilização trituradora introduz uma nova forma de sofrimento mental, em que os diagnósticos raramente são ditos em vocabulário clínico, a contradição é a regra e os critérios de admissão são inespecíficos: os “desabamentos mentais” (Wartel 1995). A imprecisão do termo *saúde mental* leva deliberadamente também a um desbastamento do interesse dirigido ao repertório das “patologias verdadeiras”, enquanto se desenvolve um interesse pelas *dificuldades da existência* no que é próprio de nosso tempo: analogia do mental com o econômico e redução de todo sofrimento mental ao termo “depressão”, síndromes variadas e inespecíficas com componentes ansiosos e fóbicos, transtornos alimentares e outras alterações referidas a perturbações da auto-imagem, “estado nervoso”, “contrariedade na vida”, “baixa auto-estima”, “invalidez” para o trabalho, abandono, segregação, desamor, fracasso escolar, excessiva caracterização de transgressões infanto-juvenis como “distúrbios de comportamento”, presença marcante das drogas na cultura, compulsões variadas (jogo, sexo etc.), mudanças no comportamento sexual após o advento da AIDS, violência doméstica e social etc.

A miséria humana tem vários nomes e sempre existiu, mas a solidariedade e o sentimento de justiça se tornaram o motor de uma confluência entre cidadania e saúde pública, tendo transformado

a saúde mental em um assunto da sociedade, cujas expectativas alimentam ideais de coerência no mundo, reforçam o papel educativo do círculo familiar e aspiram a uma vida equilibrada e harmoniosa – leia-se, “saudável” – a que todos devem anuir por meio do consumo de artifícios e do discurso científico. A ciência, após lançar o café sem cafeína, a gordura *light* e o “sexo seguro”, anuncia maciçamente psicofármacos e regras de comportamento que equilibrariam nossos neurotransmissores e nossa vida, acabando de vez com as indesejadas (e tão humanas...) “paixões d’alma”. Para essa mentalidade de uma *sociedade doente*, a saúde pública nos últimos vinte anos tem oferecido aos distúrbios da saúde mental alguns programas e bandeiras, entre os quais “melhoria das condições de vida da população”, “conscientização da comunidade”, “prevenção”, “saúde da família”, “desconstrução da mentalidade manicomial” e “reabilitação psicossocial”.

Como se pode perceber, conhecer o campo da saúde mental, atuar sobre seus problemas ou produzir conhecimento dentro dele talvez passe menos pela análise dos tratamentos morais, sociais e psiquiátricos, ou por uma síntese do que seria o adoecer psíquico e a loucura, que pelo profundo reconhecimento da dimensão insuportável do *mal-estar* a que nossa condição civilizada nos condena¹.

¹ A referência aqui é Freud: “Se a civilização impõe sacrifícios tão grandes não apenas à sexualidade do homem, mas também à sua agressividade, podemos compreender melhor por que lhe é difícil ser feliz nessa civilização. [...] Podemos esperar efetuar gradativamente em nossa civilização alterações tais, que satisfaçam melhor nossas necessidades e escapem às nossas críticas. Mas talvez possamos também nos familiarizar com a idéia de existirem dificuldades, ligadas à natureza da civilização, que não se submeterão a qualquer tentativa de reforma. [...] É bastante concebível que tampouco o sentimento de culpa produzido pela civilização seja percebido como tal, e em grande parte permaneça inconsciente, ou apareça como uma espécie de *mal-estar*, uma insatisfação, para a qual as pessoas buscam outras motivações” (Freud 1930).

Com o reconhecimento do mal-estar na civilização, a psicanálise encontra sua vocação de parceira do serviço público, ao oferecer uma ética que, orientada pelo que pode servir à singularidade do sujeito e situada a uma certa distância dos ideais, “descompleta a prática aparentemente descompletada que as novas instituições corporificam” (Laia 2003), recusando a posição de guardiã da ordem pública e reconhecendo a desarmonia entre o desejo do sujeito e seu modo de obter o gozo, que se manifesta no que é inconsciente no mental². Em dissonância com a voz doce do imperativo impossível de uma “saúde mental” plena, própria do supereu moderno, que impele ao gozo (“goze de todas as maneiras!”), ainda que acrescente um complemento contraditório e paradoxal (“mas de maneira segura”), a psicanálise, que não ensina como gozar e não é doce, pode auxiliar na compreensão desses paradoxos ou, ao menos, dizer aos sujeitos que eles não são obrigados a gozar.

Não havendo uma instituição ou lugar utópico, e sim um tempo de debate, cuja crítica denuncia que a promoção de novos ideais não é a única alternativa³, a psicanálise questiona, em um mesmo espaço, tanto os dispositivos institucionais públicos que permanecem regulados por uma lógica universal da participação no social quanto a prática com os transbordamentos de gozo próprios aos chamados “transtornos mentais” (Maron citado por Laia 2003).

A psicanálise tem sido, há muitas décadas, uma referência para diversas iniciativas institucionais no âmbito da saúde mental, entre as quais práticas como a “psicoterapia institucional”, a “antipsiquiatria” e as “comunidades terapêuticas”. Atualmente, está presente nos serviços constituídos pela Reforma Psiquiátrica e em outros projetos sociais ligados à promoção da cidadania. Enquanto, em um primeiro momento desse “casamento” (anos 1960 e 1970), o

² A respeito da equivalência entre saúde mental e ordem pública, ver Miller (1993).

³ Sobre a mudança do papel do analista, de “especialista da desidentificação” a “analista cidadão”, cf. Laurent (1999).

psicanalista, com seus “excessos interpretativos e psicologizantes” e sua conhecida arrogância, ocupava o lugar de mestre, o surgimento de uma militância mais aguerrida (anos 1980 e 1990), associada talvez ao pequeno efeito psicossocial das intervenções psicanalíticas empreendidas até então, produziu um deslocamento para “o discurso da cidadania, da desmedicalização e da ação social”, que afastou, como denuncia Ana Cristina Figueiredo, o psicanalista do eixo central da definição do modelo dos serviços (Figueiredo 2001).

A reaproximação entre a psicanálise e a saúde mental se deu por meio da consolidação do movimento lacaniano em meados dos anos 1990 e da sustentação clínica de transtornos graves como as psicoses, as toxicomanias e os transtornos alimentares em instituições públicas, associadas à queda da posição de mestria evidenciada em mudanças de seu discurso (“clínica de muitos”, “saber não saber”, “analista-cidadão” etc.) que lhe valeram o credenciamento como parceira no enfrentamento das mazelas contemporâneas. Isso permitiu que, hoje, a prática nas novas instituições seja avaliada pelos psicanalistas como “nem sempre [...] orientadas para a singularidade do sujeito”, como indica Sérgio Laia:

Apesar do inegável avanço em relação às propostas asilares e aos tratamentos ambulatoriais que criam manicômios extra-muros, as novas instituições muitas vezes fazem um uso excessivamente imperativo do ideal da cidadania ou do lema “por uma sociedade sem manicômios” e, assim, nem sempre zelam, ao operar e manejar o que se impõe como transferência de um paciente com a instituição, pela manutenção da distância entre o Ideal (“ponto de onde o sujeito se vê como amável”) e o objeto *a* (ponto no qual “o sujeito se vê causado como falta” [Lacan 1974] e que, nos casos de psicose, permanece como não extraído do campo da realidade (Laia 2003)⁴.

⁴ Para a concepção de que o objeto *a*, nos casos de psicose, não se encontra extraído do campo da realidade, cf. Miller (1983).

Temos podido observar que a proximidade excessiva entre esses dois pontos – “por exemplo, na concepção de que a cidadania é o que faltaria para o sujeito se tornar amável” – pode ser responsável pelo notório incremento, nos serviços públicos, de episódios de passagem ao ato e *acting out*, além de manifestações de transferência negativa, uma vez que esses podem ser tomados como tentativas de circunscrever o objeto *a* (no caso das neuroses) ou de extraí-lo (no caso das psicoses), provocando um distanciamento (ou mesmo uma ruptura) precisamente onde a proximidade é insuportável. Antônio Beneti fala, mais explicitamente, de um “empuxo-à-passageo-ao-ato” como consequência da falta de uma orientação clínica nas novas instituições de saúde mental, bem como da lógica segregativa de uma política antimanicomial, quando esta exclui a dimensão do sujeito do inconsciente (Beneti 2003).

As três metades lógicas da saúde mental

É clara a indigência de toda tentativa lógica de determinação de uma hegemonia no campo difuso da saúde mental. A ausência de um modelo que possa eleger qual “o” eixo próprio desse campo não deve levar à suposição de que não é possível organizá-lo de forma operacional. Se a alienação é inevitável⁵, não induz necessariamente ao impasse a que a mera polarização de eixos teórico-clínicos (psiquiatria biológica, psiquiatria democrática, psicoterapias etc.) poderia conduzir. A psicanálise apresenta uma lógica não polarizada que pode interessar à saúde mental, pois entende que construir um

⁵ No dizer de Colette Soler: “A alienação é o destino. Nenhum sujeito falante pode evitar a alienação. É um destino ligado à fala” (Soler 1997). Essa perspectiva deriva da posição sustentada por Lacan: “A alienação consiste nesse *vel* que [...] condena o sujeito a só aparecer nessa divisão que venho [...] articular suficientemente ao dizer que, se ele aparece de um lado como sentido, produzido pelo significante, do outro ele aparece como *afânise*” (Lacan 1964).

modelo de organização de serviços de saúde mental implica necessariamente escolher um discurso e uma ética, sem que isso seja incompatível com a manutenção de uma posição de suspensão que suporte a insuficiência própria de cada conjunto de conceitos e práticas.

Não se trata de perpetuar a vacilação da operação promovida pelos *vels* alienantes da exclusão, da união ou da escolha forçada⁶, que comportam como consequência de uma escolha tanto o *ou* (ou um, ou outro), quanto o *nem* (nem um, nem outro). O desafio epistemológico levantado pela saúde mental é justamente o de articular, na teoria e na prática, seus sentidos biológico, social e psíquico segundo uma lógica de *borda* que inclua uma nova operação de interseção: a *separação*, entendida aqui como algo que diz respeito a uma “vontade de saber o que se é para além daquilo que o Outro possa dizer, para além daquilo inscrito no Outro” (Soler 1997), e que surge do recobrimento de duas faltas (no sujeito e no Outro) e pode introduzir a lógica do não-todo no *quase* (*quase um, quase outro*).

A divisão que a linguagem opera no sujeito e sua ligação de não-reciprocidade com o Outro evidentemente se encontram também nas instituições humanas. Pode-se dizer com a psicanálise que, “pelo efeito da fala, o sujeito se realiza sempre no Outro, mas ele aí já não persegue mais que uma metade de si mesmo” (Lacan 1964). Mas para falar de *metades* na perspectiva de uma interseção entre o sujeito e o Outro que permite a operação lógica que preconizamos, decerto a poesia é mais propícia. É Paulo Leminski, com a imprecisão matemática dos poetas, quem apresenta, em seu poema “Três metades”, a sugestão lógica do *quase*. Aplicada ao nosso tema, essa sugestão pode indicar tanto o término de uma circularidade ideológico-corporativista no campo da saúde mental quanto a forma recomendável – hiante e assimétrica – disso decorrente:

⁶ Trabalhamos aqui com a proposição lacaniana da estrutura lógica da alienação e separação segundo a teoria dos conjuntos (Lacan 1964). Para o detalhamento dessa questão, cf. Greco (2001a).

Mas eis que a terça metade
aquela que é menos dose
de matemática verdade
do que soco, tiro ou coice,
vai e vem como coisa
de ou, de nem, ou de quase.

Como se a gente tivesse
metades que não combinam,
três partes, destempestades,
três vezes ou vezes três,
como se quase, existindo,
só nos faltasse o talvez (Leminski 1987).

A rede e o não-todo da rede

A rede é o novo modelo por intermédio do qual se pensa a organização social e dos serviços de saúde mental como uma superação da visão centrada meramente na hierarquia institucional, cujos desdobramentos têm encontrado sintonia com o pensamento psicanalítico. A rede é transversal às instituições, permitindo que nosso trabalho vá com mais facilidade e eficácia de uma instituição a outra, embora, paradoxalmente, sua organização possa produzir, como efeito da abertura das instituições e da definição de prioridades para cada unidade, uma multiplicidade de lugares de segregação tanto para os pacientes quanto para os técnicos.

Uma rede é um entrelaçamento de fios, cordas ou similares, com aberturas regulares, fixadas por malhas, que formam uma espécie de tecido. Por definição, portanto, uma rede é algo que não recobre totalmente, algo que tem furos. Assim, uma rede de

serviços, mesmo os ditos “serviços fortes”⁷ da saúde mental, preserva, em analogia com o tecido, tal inscrição na ordem do *não-todo*.

A rede não deveria aprisionar o sujeito a escolhas predeterminadas, a ofertas de identificações que lhe retirem a possibilidade de subjetivação – a saber: o tratamento clínico para os usuários, e o planejamento inventivo para os técnicos –, em função da burocracia administrativa do serviço público ou da burocracia político-partidária da militância antimanicomial. Levar em conta a singularidade já é um convite a respeitar os furos do que se toma por universal e permite considerar o saber de cada ator social envolvido em um processo de tratamento, bem como seus vínculos e seu tempo para a elaborar as metáforas individuais.

Circular pelos furos da rede, e não só por seu tecido, pode ser uma forma de produzir um espaço em que cada um faça suas perguntas ao saber de forma inédita. Nessa dimensão, apenas o trabalho coletivo pode animar a rede, ao criar conexões que driblem os movimentos identificatórios dos grupos de técnicos e tomem o percurso segundo caminhos diversos, para além da automatização dos encaminhamentos e da segregação de grupos “de iguais” do ponto de vista teórico ou ideológico. Aí, a lógica do não-todo encontra sua justificativa ética para operar nos serviços diante de seus inevitáveis impasses. Se não, vejamos:

- a) a noção de sujeito do inconsciente da psicanálise apresenta possibilidades éticas para a atenção ao psicótico e suas saídas, mas não dispensa o campo teórico da reabilitação psicossocial ou a psicofarmacologia: as teorias correntes na saúde mental se revelam, assim, não-todas suficientes para dar conta dos impasses da loucura;

⁷ *Serviços fortes* são aqueles que se estruturam com base em território; acolhimento 24 horas; responsabilidade; protagonismo dos usuários, familiares e técnicos; singularização dos projetos terapêuticos; articulação com diversos setores e forças políticas do território (multiplicação de atores).

b) a psicose revela dificuldades estruturais de comunicação e inserção social, mas é exatamente esse déficit simbólico que propicia a singularidade de seu processo de criação, como atestam Bispo do Rosário, Artaud e tantos outros: trata-se de uma estrutura simultaneamente não-toda inserida na cultura e não-toda reduzida ao déficit;

c) embora a questão da psicose referida a passagens ao ato de cunho homicida ultrapasse o limite da clínica ao esbarrar no campo jurídico, ela se mostra estranha à jurisprudência, uma vez que o psicótico pode ser entendido, por razões clínicas, como não-todo responsável por seus atos, que lhes são, muitas vezes, impostos por um Outro do delírio. Responsabilizá-lo, em outras circunstâncias, pode equivaler a lhe dar uma possibilidade de subjetivação, ainda que ao preço de uma medida de segurança que cerceia sua liberdade: a terapêutica que pretende libertá-lo do jugo de um Outro caprichoso e cruel (do delírio) pode operar com algum recurso não-todo libertário;

d) a Reforma Psiquiátrica é a reforma dos serviços e da clínica, mas não se resume a isso: é um processo social complexo, em que clínica e política se complementam, mas não se recobrem. Trata-se de um processo híbrido: não-todo técnico e não-todo militante;

e) um serviço substitutivo oferece alternativas ao hospital psiquiátrico, mas não o elimina: tem sido então, principalmente nos lugares em que havia hospícios, um serviço não-todo substitutivo;

f) a eficácia clínica individual não assegura o impacto de um serviço sobre a saúde mental da população ou sobre a mudança de referência dos serviços (do hospital para o NAPS/CAPS, por exemplo): diríamos que o impacto é não todo-clínico ou mesmo que a clínica é não-toda impactante;

g) um serviço substitutivo é aberto em termos do modelo de atendimento e da arquitetura, mas não está livre da segregação, funcionando, na prática, como não-todo aberto;

h) e o que dizer da política de saúde mental conduzida pelo gestor local do SUS? Seria governamental porque se refere ao

serviço público? Melhor dizer não-toda governamental, por ser animada por movimentos sociais, e nem mesmo totalmente inserida no âmbito da saúde pública, já que é afetada pelas marés da política partidária e das ebulições eleitorais;

i) a própria militância antimanicomial é não-toda comprometida com o trabalho de construção e de avanço permanentes do projeto antimanicomial de algumas gestões públicas, uma vez que pode se revelar partidária de grupos políticos com interesses definidos, que muitas vezes lhes autorizam o livre exercício da mentira⁸ – à custa de uma eventual manipulação de usuários dos serviços de saúde mental – como recurso que visa à desmoralização administrativa e ao descrédito político de gestores e técnicos da saúde mental. Os agentes da Reforma Psiquiátrica não estão, portanto, livres de seus eus: são não-totalmente entregues à causa antimanicomial ou à sua lógica de não-exclusão (Greco 2001b).

O “e” da questão⁹

Enquanto, de um lado, o trabalhador de saúde mental está desobrigado da tarefa de carregar *toda* a miséria do mundo, de outro,

⁸ O elogio da mentira, que se vale, perversamente, do caráter peculiar da verdade que nunca pode ser toda dita, abre-se para o autoritarismo, o embuste, o sectarismo, a oposição pela oposição e outras manobras que visam à sustentação de um poder que exalta o “amigo” (as alianças, o colega de partido, o mesmo) e prejudica o “inimigo” (o rival político, o estrangeiro, o outro), em detrimento do que deveria vir antes de tudo: o bem comum, o sucesso do projeto antimanicomial, e não o de seus idealizadores e realizadores.

⁹ Esse subtítulo foi extraído do colóquio realizado pelo Grupo *Lipsi*, ligado à pós-graduação da Faculdade de Letras da Universidade Federal de Minas Gerais, em outubro de 2003 (*Literatura e psicanálise: o “e” da questão*), do qual participei como expositor, e que me ajudou a esclarecer a situação de “extimidade” (neologismo laciano para se referir à posição do inconsciente, simultaneamente externo e íntimo) da psicanálise em relação à saúde mental.

encontra-se diante do desafio de renovar seu arsenal terapêutico e repensar seu papel como clínico à luz da política, mas sem fazer da clínica um mero campo de disputa ideológica. A discussão a que é convocado representa a possibilidade de um trabalho clínico efetivo que não se perca em sua especificidade por ser coerente com uma demarcação política. Para tanto, como nos demonstra o triste destino que as experiências antimanicomiais pioneiras tiveram no Brasil – substituídas tal qual os partidos políticos a que estavam ligadas –, a política deve ser pública, mas independente de toda perspectiva de ocupação do Estado: uma “política sem partido”, tal como a definiu Badiou (1994).

Na *ética* clínica da psicanálise, que não pretende se restringir à adaptação sintomática ou ao questionamento social – e pode ser compartilhada pelos serviços de saúde mental –, é fundamental inserir a questão do *sujeito* e distinguir a *sintomatologia*, ou conjunto de signos que organiza o tratamento do paciente do lado dos “outros”, da *patologia*, ou saber sobre o sofrimento que compete ao sujeito (Viganò 1997). A supressão da questão do sujeito traz consequências radicais para a condução e a evolução do caso, permitindo-nos afirmar que, assim como *não há clínica sem ética* (Jacques-Alain Miller), *não há ética sem clínica* (Carlo Viganò).

O outro problema diz respeito à noção de *clínica ampliada*, que tenta reunir, sob a insígnia de *clínica*, todos os procedimentos com fins terapêuticos que envolvem os pacientes psiquiátricos. Se a clínica pode recorrer a recursos e discursos outros que não os das ciências médicas e psicológicas para tratar o *impossível* – que, afinal de contas, é o seu ofício –, precisaria, em razão disso, diluir sua especificidade? Ao considerar que todo profissional que lida com os loucos – um artista, por exemplo – está necessariamente *clinicando*, não estaríamos sustentando um aspecto institucionalizado e criticável da clínica psiquiátrica? Há algum impedimento em reconhecer a necessidade do profissional psi abrir mão da exclusividade no trato com a loucura, sem que, para isso, tenha de renunciar a seu papel?

Ao mesmo tempo em que as *oficinas de reinserção social* dos novos serviços de saúde mental correm os riscos da alienação de todo projeto “trabalhista” na psiquiatria e as *estratégias científicas* de recobrimento do enigma da loucura desconhecem as questões cruciais decorrentes da ação da linguagem sobre o corpo, as *estabilizações sob transferência* incorrem em certa idealização por parte dos técnicos. Nem sempre elas seguem o destino do paradigma delirante schreberiano ou bispiano, conformando-se sintomaticamente, por exemplo, à simples oferta de convívio dos “agentes do laço social” para atender ao dito louco em relação à sua condição de excluído do discurso. Isso não implica, entretanto, a descrença no trabalho, no remédio e na escuta como recursos importantes na clínica da psicose; apenas destaca a complexidade da proposta de serviços substitutivos ao manicômio, que não são “antimanicomiais” apenas porque estão fora dos muros do hospital psiquiátrico¹⁰.

Daí se conclui que, para além das tendências ideológicas, das referências jurídicas e sociais nos serviços públicos, ou mesmo da infrutífera discussão nas instituições psicanalíticas acerca dos limites

¹⁰ É freqüente nos depararmos com profissionais que não se dão conta da capacidade de reprodução do manicômio em serviços abertos, mesmo quando esta se lhes apresenta transparente sob a forma de uma mecanização das atividades de oficinas (com a conseqüente “cronificação” dos seus usuários), do descuido técnico com a permanência-dia, da tendência a superproteger e subestimar os pacientes, da necessidade de rígida adesão a uma escala rotineira de atividades (devido à escassez de pessoal disponível para a invenção permanente do cotidiano), do progressivo recolhimento dos técnicos à “sala da equipe” (ou seus equivalentes: o “quarto do plantonista”, o consultório do plantonista, a sala do gerente etc.), da restrição de escolhas individuais, da banalização do bizarro, do desconhecimento das indicações de permanência, do afrouxamento das discussões clínicas e dos registros diários, da conformação à inércia dos usuários, da massificação do atendimento, do adiamento de projetos que busquem alternativas de moradia, de geração de renda, de relações de apoio, de recursos para viver e para se reconhecer no tecido das trocas sociais etc.

entre a "psicanálise pura" e a "psicanálise aplicada"¹¹, há um ponto de conexão que permite uma clínica e que é precisamente a conjunção aditiva que liga a psicanálise à saúde mental: o "e". Não estando a serviço de um recobrimento ou de uma interseção, de uma complementação ou de uma equivalência, seu lugar deve ser igual à sua concretude de letra, da letra "e": antes sem sentido que significante; antes litoral que terra firme ou mar aberto; antes pergunta que resposta; antes enigma que mensagem; antes borda que essência, dentro e fora, a um só tempo.

"E": uma letrinha insubmissa à totalidade e à finitude do saber que denuncia a imperfeição dos dispositivos simbólicos e imaginários para tratar o impossível do ser em suas revelações como corpo, fala e interação social.

¹¹ Jacques-Alain Miller, em seu curso "Orientation lacanienne III (Le lieu et le lien)", de 2000 e 2001, no Departamento de Psicanálise da Universidade de Paris VIII, incita-nos a abandonar de todo a "aplicação", sugerindo deixar de lado "o casal maldito do puro e do aplicado".

Referências bibliográficas

- BADIOU, Alain
(1994) "Oito observações sobre a política". Em: *Para uma nova teoria do sujeito*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- BENETI, Antonio A.
(2003) "Pontuação zero: para a construção de uma clínica nos CERSAM", *Curinga: Psicanálise e Saúde Mental*, n. 19, Belo Horizonte, EBP-MG.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina
(2001) "Reforma psiquiátrica e psicanálise: um novo *aggiornamento*?" Em: QUINET, Antônio (org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- FREUD, Sigmund
(1930) "O mal-estar na civilização". Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas Psicológicas de S. Freud*, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- GRECO, Musso Garcia
(2001a) "Dançando em gelo liso entre a clínica e a política". Em: QUINET, Antônio (org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Ob. cit.
(2001b) Intervenção na mesa "Serviços substitutivos: as medidas da eficácia". Pré-Congresso Brasileiro de Psiquiatria "Da magia à evidência". Associação Mineira de Psiquiatria, outubro.
- LACAN, Jacques
(1964) *O seminário, livro XI: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.
(1974) *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.
- LAIA, Sérgio
(2003) "A psicanálise nas novas instituições", *Opção Lacaniana*, n.38. São Paulo, EBP/Edições EOLIA, dezembro, p. 116-121.
- LAURENT, Éric
(1999) "O analista cidadão", *Revista Curinga: Psicanálise e Saúde Mental*, n. 13, Belo Horizonte, EBP-MG.
- LEMINSKI, Paulo
(1987) "Três metades". Em: *Distraídos venceremos*. São Paulo: Brasiliense.

MARON, Glória

(2003) "Prática institucional: um desejo decidido", *Opção Lacaniana*, n. 37. São Paulo, EBP/Edições EOLIA, setembro.

MILLER, Jacques-Alain

(1983) "Mostrado em Prémontre". Em: *Matemas I*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

(1993) "Saúde mental e ordem pública", *Revista Caringa: Psicanálise e Saúde Mental*, n. 13. Ob. cit.

SOLER, Colette

(1997) "O sujeito e o Outro". Em: FINK, Bruce (org.) *Para ler o Seminário 11 de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. p. 58-67.

VIGANÓ, Carlo

(1997) *Saúde mental: psiquiatria e psicanálise*. Belo Horizonte: Associação Mineira de Psiquiatria.

WARTEL, Roger

(1995) "Pour une archeologie de la Santé Mental", *Revista Mental*, n. 3 Paris, EEP, 1997.

Posfácio