



Revista  
de Psicologia  
ISSN 2179-1740

## DOS BENEFÍCIOS SOCIAIS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA: NECESSIDADE, DEMANDA E DESEJO

*OF THE SOCIAL BENEFITS IN PSYCHIATRIC REFORM: NEED,  
DEMAND AND DESIRE*

Laura Resende Moreira<sup>1</sup>

Fuad Kyrillos Neto<sup>2</sup>

### Resumo

O artigo discute as práticas inclusivas nos serviços de atenção psicossocial, de forma a articular a concessão de benefícios sociais à dimensão da práxis clínica, pautada na escuta do sujeito. Retoma-se o contexto de criação do campo da saúde mental no Brasil, ressaltando a importância do modelo basagliano para a consolidação dos movimentos sociais que protagonizaram a luta contra o modelo asilar de tratamento da loucura e pela inclusão social dos pacientes psiquiátricos. Em seguida, discorremos acerca da escuta clínica na teoria psicanalítica, no intuito de asseverar o desenvolvimento desta como elemento fundamental para o trabalho institucional. Utilizam-se os conceitos psicanalíticos de necessidade, demanda e desejo, com o propósito de articulá-los à noção de escuta nos serviços substitutivos. Por fim, indicamos que a relação entre a psicanálise e a saúde mental implica a aposta que se faz no desejo, na emergência do sujeito como resultado de um trabalho clínico dentro das instituições, na medida em que essa aposta nos permite escapar de certa normalização dos usuários de saúde mental a um convívio social aceitável.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica, Psicanálise, Escuta, Demanda, Desejo

### Abstract

The article discusses inclusive practices in psychosocial care services in order to articulate the granting of social benefits to the dimension of clinical praxis, based on listening to the subject. The context of creation of the field of mental health in Brazil is retaken, emphasizing the importance of the basaglian model for the consolidation of the social movements, which carried out the fight against the asylum model of treatment of the madness and for the social inclusion of the psychiatric patients. Next, we discuss about clinical listening in psychoanalytic theory, in order to assert its development as a fundamental element for institutional work. The psychoanalytic concepts of need, demand and desire are used in the purpose of articulating them to the notion of listening in the substitutive services. Finally, we indicate that the relation between psychoanalysis and mental health implies the belief that is made in the desire, in the emergence of the subject as a result of a clinical work within the institutions, to the extent that this conviction allows us to escape from a certain normalization of the to an acceptable social environment.

**Keywords:** Psychiatric Reform, Psychoanalysis, Listening, Demand, Desire

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), Minas Gerais, Brasil. Bolsista da UFSJ. Endereço: Rua Elizena Rodrigues da Silva, 25B, Guarda Mor. 36309-006. São João del Rei, Minas Gerais. E-mail: laurawresende@gmail.com

<sup>2</sup> Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), Minas Gerais, Brasil. Endereço: Campus Dom Bosco – UFSJ. Praça Dom Helvécio 74 - Sala 1.22 36301-160 - São João del Rei – MG. E-mail: fuadneto@ufsj.edu.br

## INTRODUÇÃO

Nesse trabalho pretendemos analisar a possibilidade de enodamento entre a dimensão clínica e as práticas inclusivas no campo da saúde mental. Esse enodamento visa superar os automatismos dos protocolos de atendimento, que podem obstruir o funcionamento dos serviços de atenção psicossocial. Nossa questão se coloca no intuito de pensar uma prática nos serviços substitutivos que não se utilize da concessão de benefícios sociais de maneira automática, protocolar; ou seja, formas que consideram que a condição de portador de sofrimento mental seria atenuada exclusivamente por uma política de compensação social (distribuição de medicamentos psicotrópicos, alimentação, passes de ônibus, auxílio moradia, etc).

Iniciaremos, portanto, com uma brevíssima retomada dos antecedentes históricos que contribuíram para a reforma e constituição do campo da saúde mental no Brasil. Os serviços substitutivos de saúde mental surgem na metade da década de 1980, em um contexto de crítica ao modelo manicomial de tratamento da loucura. A luta antimanicomial, protagonizada a princípio pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e posteriormente agregada à luta em prol da redemocratização do país, teve como intuito as denúncias de violência nos hospitais psiquiátricos e o desrespeito aos direitos humanos. As bases do movimento da luta antimanicomial estão nos princípios da Psiquiatria Democrática Italiana: a luta contra toda e qualquer instituição total, em especial o hospital psiquiátrico, e o estabelecimento de um processo efetivo de desinstitucionalização. Tais propostas alimentaram as discussões acerca do lugar que a loucura ocupa na sociedade e contribuíram para a consolidação das lutas dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

De acordo com Amarante (1995), a Reforma Psiquiátrica é “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (p. 91). No Brasil, o processo da Reforma teve como resultado a promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica 10216/2001, que regulamenta a criação dos serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujas características são aplicações institucionais dos princípios proposto pela Psiquiatria Democrática Italiana. O modelo da Psiquiatria Democrática Italiana trouxe grandes contribuições e foi decisivo para a consolidação do campo da saúde mental brasileira. Esses serviços compõem a Rede de Atenção Psicossocial e têm como

objetivo articular essa rede, com vistas à inclusão social do usuário, facilitando seu vínculo com a família e a sociedade. Neles são oferecidos tratamento ambulatorial e atividades de ressocialização.

O discurso da Reforma localiza a loucura no espaço da exclusão social e sustenta um conjunto de práticas voltadas para a reinserção no campo social. Os serviços substitutivos criados a partir da Reforma são, portanto, o resultado de um processo da política de saúde mental que visa incluir e acolher os psicóticos e neuróticos graves na sociedade, em detrimento da retirada desses sujeitos do convívio social.

Acerca do processo de acolhimento, lembramos que ao chegar a uma unidade de saúde mental o usuário será acolhido por um profissional de nível superior, que pode ser um psicólogo, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, que será o técnico de referencia. É da alçada deste técnico estabelecer e sustentar o vínculo com o usuário. As linhas do seu projeto terapêutico individual (frequência ao serviço, assiduidade ao tratamento, contatos com a família e outras pessoas do convívio do usuário) são responsabilidade deste profissional. (Secretaria do Estado de Minas Gerais, 2006). Portanto, as considerações trazidas nesse manuscrito têm como destinatário privilegiado esta figura, responsável pela mediação do contato entre o sujeito e a instituição. Nossa aposta é que o técnico de referência ao intermediar a relação sujeito-instituição possa atuar como um operador da clínica.

Sabemos, no entanto, que os princípios norteadores da luta antimanicomial, em especial a antinomia exclusão/inclusão, acabam por desconsiderar, muitas vezes, a noção de clínica no contexto da prática nos serviços substitutivos. Isso porque, segundo Tenório (2002), a Reforma Psiquiátrica tem em sua origem o questionamento da clínica, apontando uma vertente que considera que uma prática efetivamente transformadora deve visar a superação do paradigma da clínica. Esse raciocínio opera com a ideia de “doença mental como negativo da razão e como desvio em relação a um padrão normal de subjetividade, a clínica impõe necessariamente ao louco um lugar de negatividade” (p. 28). Ainda Tenório (2002) considera que a clínica se situa no rol das respostas sociais à loucura, uma vez que ocupa um lugar privilegiado, de possibilidade singular de trabalho, “visando à manutenção do louco na vida social e visando a que ele possa, nos constrangimentos impostos por sua condição psíquica, exercer-se como sujeito” (p.55). Nesse aspecto, segundo o autor, só a clínica é capaz de acolher de forma positiva o fato de haver na loucura uma especificidade.

Compreendemos que fazer clínica nas

instituições de saúde mental é responder às exigências da saúde pública, mantendo o reconhecimento de que existe uma especificidade na condição dos usuários encaminhados para os serviços substitutivos. Operar dessa forma, nos diz Tenório (2007) é situar a ética da inclusão, ou seja, comprometer-se com um trabalho que almeje uma reabilitação realmente inclusiva, que se funda na aposta da emergência das singularidades.

Dunker (2004) considera que a clínica psicanalítica permite uma leitura do sintoma como crítica social. Isso porque, segundo o autor “os sintomas, e principalmente o seu envelope formal, representado pela queixa, possuem uma política. Uma política feita de resistência, repressão e recusa (p.109). Por esse motivo, o autor enfatiza o caráter crítico da clínica psicanalítica, pois essa introduz algo novo, suscita o desejo outro. Segundo Soler (2011), sustentar um outro desejo é “dar ao sujeito a pequena singularidade que é a sua” (p.65), a pequena parte do desejo que não entra no grande circuito de um discurso já constituído. É nesse sentido que a clínica pode ser subversiva, pois o sentido da subversão do sujeito consiste em destituir qualquer instância que tenha a pretensão de se ocupar enquanto imperativa para ele. A clínica não se opõe ou desconsidera o discurso instituído pela Reforma Psiquiátrica, mas se sustenta no sentido de subtrair alguma singularidade desse discurso, não permanecendo submetido a ele. Interrogar discursos que já estão estabelecidos engendra um questionamento que não só promove mudanças, como também permite produzir um novo saber a partir da prática institucional.

Essa clínica que destacamos como orientadora das práticas nos serviços de atenção psicossocial se desenvolve a partir e através de uma escuta efetiva. Nesse sentido, passamos a assinalar o caráter essencial da escuta na formulação e constituição da teoria psicanalítica, visto que consideramos ser por intermédio dela que a psicanálise se consolida em sua potência política.

## A escuta psicanalítica

A escuta tem um lugar fundamental na psicanálise por se tratar de um campo em que se ressalta a singularidade de sentidos da palavra enunciada por um sujeito. A psicanálise surge e se desenvolve na (e a partir) da escuta. Ao se propor escutar de uma forma diferente seus pacientes, Freud pôde constituir “tanto um novo ramo do conhecimento quanto um método terapêutico” (Freud, 1940/1976, p. 91). Através da análise das históricas, Freud prioriza a palavra como forma de acesso ao desconhecido, palavras que velam e desvelam, “que evidenciam a

existência de um outro-interno, mas que também proporcionam vias de contato com um outro-externo quando qualificado na sua escuta” (Macedo & Falcão, 2005, p.65).

Nos tempos em que Freud aplicava a hipnose, o paciente, em estado hipnótico, conectava-se com o material traumático. Ao retornar do transe o paciente não se lembra do que havia acontecido, cabendo ao médico informá-lo do que havia sido dito e descrito. Aqui os sintomas vêm à tona, mas o paciente não se apropria ativamente de sua história. Na necessidade de criar outra forma de escutar, que se distanciasse da sugestão hipnótica, Freud cria a regra da associação livre. A regra consiste em o paciente falar livremente o que lhe vier à cabeça, não selecionando nenhum conteúdo para comunicar ao analista. Ao analista também cabe ser coerente a essa regra, devendo desprender-se das influências conscientes e manter a atenção flutuante, sem se fixar a um ponto qualquer da fala do paciente. Ou

Como se vê, o preceito de notar igualmente tudo é a necessária contrapartida à exigência de que o analisando relate tudo o que lhe ocorre, sem crítica ou seleção. Se o médico se comporta de outra maneira, desperdiça em boa parte o ganho que resulta da obediência à “regra fundamental da psicanálise” por parte do paciente. Para o médico, a regra pode ser formulada assim: manter toda influência consciente longe de sua capacidade de observação e entregar-se totalmente à sua “memória inconsciente” (Freud, 1912/2010 p. 113, grifos do autor).

Diante disso, podemos dizer que a palavra aponta, através da livre associação, um caminho para a cura. A cura viria pela palavra, mas não mais por meio de um “sujeito ausente, que delegava ao terapeuta uma função de memória de seus conteúdos traumáticos e que colocava em ação um recurso que priorizava a ação” (Macedo & Falcão, 2005, p. 67). Agora a cura advém por meio de um sujeito ativo no processo. Ao entregar a palavra ao paciente para que ele fale sobre si mesmo, Freud coloca o paciente como agente diante de seu processo de cura, comunicando e associando livremente.

Nesse sentido, a palavra estabelece uma situação de comunicação entre o paciente e o analista na situação analítica: o paciente enquanto demandante do desejo de ser compreendido em sua dor, e o analista que escuta as palavras e vê nelas a via de acesso ao desconhecido no paciente. A escuta destaca-se, portanto, como ponto fundamental do campo

intersubjetivo, característico da situação analítica. Como nos diz Lacan (1953-1954/2009), a palavra é “o meio fundador da relação intersubjetiva, e que modifica retroativamente os dois sujeitos. É a palavra que, literalmente, cria o que os instaura nessa dimensão do ser” (p.357). É característica do trabalho psicanalítico ater-se radicalmente às produções de fala dos sujeitos como indicações da realidade psíquica. A psicanálise é, então, uma clínica da fala e fazer falar é uma condição da escuta. É pela escuta que a fala se estabelece, remetendo-se à regra fundamental da psicanálise: dizer o que vier à cabeça.

A noção de escuta está atrelada ao conceito de inconsciente, na medida em que a associação livre é uma forma de investigação das formações inconscientes. Ao falar, o sujeito comunica muito mais da sua intenção consciente de compartilhar algo. O inconsciente se comunica através de complexas formações. “Nós o vemos nos sonhos, mas o reencontramos também no lapso e em toda a psicopatologia da vida cotidiana” (Lacan, 2009, p.321). Ou seja, encontramos o inconsciente nos fenômenos que dizem desse “desconhecido” que habita o sujeito, seja nos sonhos, nos atos falhos, chistes ou sintomas. Por meio da palavra enunciada na livre associação abre-se uma dimensão daquilo que escapa à lógica consciente e os conteúdos desvelados vão sendo significados com a ajuda da interpretação.

Segundo Lacan (1953-1954/2009),

Na análise, a verdade surge pelo que é o representante mais manifesto da equivocação- o lapso, a ação a que se chama impropriamente falhada. Nossos atos falhados são atos bem-sucedidos, *nossas palavras que tropeçam são palavras que confessam*. Eles, elas revelam uma verdade detrás. No interior do que se chamam associações livres, imagens do sonho, sintomas, manifesta-se uma palavra que traz a verdade. Se a descoberta de Freud tem um sentido é este- a verdade pega o erro pelo cangote, na equivocação. (p.345, grifo nosso).

É diante do reconhecimento desse lugar de saber, que através da regra da associação livre pode ser desperto, que a importância da escuta analítica se situa. A técnica inaugurada por Freud busca a singularidade de cada sujeito e está atenta à demanda de desejo inserida nas palavras enunciadas. O trabalho do analista de tornar consciente o inconsciente, atuando como um decifrador capaz de interpretar e fornecer ao sujeito um sentido ao seu “desconhecido”, fica coberta

de um saber e poder. Ou, utilizando a expressão lacaniana, o analista ocupa o lugar de *sujeito suposto saber* nessa relação. Esse lugar, em um primeiro momento da análise, é crucial para que as palavras do paciente sejam enunciadas a esse outro, visto pelo paciente como detentor de um saber sobre seu sofrimento. No entanto, cabe ao analista, no decorrer no processo analítico não se autorizar a ocupar o lugar do suposto saber, a condução do processo deve possibilitar o movimento do paciente na busca do seu saber e da realização de seu desejo. Isso porque “a análise resgata, por meio das manifestações inconscientes, um tipo particular de saber, que está além do que é dito e nunca é completo, pois o sujeito do inconsciente se constitui por uma ruptura” (Bastos, 2009, p. 97).

O analista, de acordo com Figueiredo (1997), “ao ser autorizado a escutar um sujeito, está suposto, como aquele que deve receber a fala do sujeito como produção de saber, para dar-lhe um destino pela via da interpretação” (p.26). O analisando, em contrapartida, fala porque supõe que isso dará acesso a algum lugar ainda não sabido. Dessa forma, a escuta é efetivamente exercitada quando o analista assume uma posição de não saber a respeito de quem chega com uma demanda de ajuda. Para Macedo & Falcão (2005), a escuta pressupõe a abstinência do analista, impedindo uma satisfação substituta do desejo do sujeito, que, não sendo satisfeito, abre-se para a ressignificação.

É preciso ainda estabelecer a diferença entre escutar e ouvir. A escuta analítica vai mais além do sentido da audição, está relacionada com dar ouvido a algo. No sentido estabelecido por Freud, significa dar atenção para poder ouvir, e essa deve ser uma atenção flutuante, ou seja, não se detém a nenhum ponto específico da fala do paciente. Quando ouvimos, partilhamos significados, estabelecemos um diálogo, entendemos e percebemos o que nos é dito por meio do sentido da audição. A escuta, por outro lado, não é compreensiva, ela é antes provocativa. Isso quer dizer que se trata de uma escuta ativa, uma vez que convoca o paciente a se colocar diante de suas palavras, o conduz no sentido de examinar e se dar conta de sua própria singularidade.

A partir dessas formulações acerca da escuta psicanalítica, começamos a desenvolver a possibilidade de operá-la nas instituições. O dispositivo psicanalítico que se estabelece na relação fala-escuta está inserido no conceito de transferência. A clínica psicanalítica consiste em produzir um modo de fala que se estabelece através da transferência. Fala-se para um outro que, num primeiro momento, é aquele que acolhe. Há, então, um deslocamento da fala enquanto queixa ou para um plano reflexivo ou indagativo. É preciso que o

sujeito queira saber sobre o que se diz. “Não há como prever nem como garantir que os que procuram atendimento se envolvam nessa empreitada. Ao analista cabe manter a oferta a seu modo, sem coação, mas com clareza de seu propósito e, sabendo esperar, dar tempo ao sujeito” (Figueiredo, 1997, p. 125).

Falar pode ser terapêutico, no entanto, não é aquilo a que necessariamente se visa. Não é só desabafo. Falar pode produzir sofrimento, pois no ato de falar algo se revela, aparece e desaparece. Segundo Figueiredo (1997), ao produzir esse primeiro efeito de fala, o analista inicia seu trabalho. Nesse sentido, é necessário que se vá além da acolhida para que se possa manter a aposta na relação entre analista e sujeito. “Alguma coisa que o analista diz ou faz: um comentário, uma indagação e mesmo um convite explícito a pensar sobre o que é dito deve atingir o sujeito” (p. 125). Algo em que o sujeito se reconheça ou até se estranhe, mas que, de algum modo, diga algo a seu respeito; que encaminhe para um deciframento do seu “desconhecido”, transformando sua queixa em questão.

Ao localizar o desejo como única força capaz de motivar o inconsciente, a escuta permite colocar o paciente em trabalho e reconhecer a palavra, quando esta vier. Nesse sentido, a escuta se torna fundamental na prática nos serviços de saúde mental, pois toma o discurso do sujeito como produção de uma verdade sobre seu desejo, reconhece o sujeito como verdadeiro operador de seu desejo. Diante disso, passaremos a uma elucidação dos vetores necessidade, demanda e desejo na teoria psicanalítica, pois acreditamos que a articulação desses conceitos junto à noção de escuta clínica nos permite pensar em uma abertura para a produção de subjetividades nas demandas que se apresentam nas instituições.

## Necessidade, demanda e desejo

A psicanálise nos diz que é a partir do furo que a estrutura do sujeito se organiza. Esse furo que organiza a estrutura diz respeito àquilo que poderia dar satisfação ao sujeito, mas que está perdido, desde sempre, sendo condição necessária ao desejo, que por definição é sempre insatisfeito. Freud (1900-1901/1969) em *Interpretação dos Sonhos* introduz a ideia de que a experiência de satisfação, cujo elemento essencial é o aparecimento da percepção, está associada ao traço de excitação da necessidade. O neném, com fome, se depara com o objeto que vem satisfazer sua necessidade. Esse traço da presença do objeto permanece associado à percepção da fome, necessidade. A partir dessa primeira experiência de satisfação, no momento em que a necessidade se

reapresenta, há uma nova conexão entre o traço da necessidade, a fome, e o traço perceptivo do objeto que trouxe a satisfação. Quinet (2003) acredita ser graças ao restabelecimento dessa relação que uma impulsão psíquica vai investir de novo uma nova imagem do traço do objeto. “Esse reinvestimento provoca uma nova percepção, reconstituindo a situação da primeira satisfação” (p.88).

O bebê chora pela excitação de uma necessidade (da fome, por exemplo). O que dá significação ao choro é o Outro provedor, muitas vezes introduzido pela mãe. O Outro introduz o objeto que satisfaz a necessidade. Diante do choro do bebê é atribuída a significação de um apelo, transformando assim a necessidade expressa no choro em uma demanda. A demanda está expressa nesse apelo, que é a busca do sujeito por um objeto que possa satisfazê-lo. É na demanda que se desenrola o desejo. Ou seja, se na demanda existe um pedido de restituição de um estado anterior de complementação; o desejo é a busca do objeto perdido da demanda, daquele suposto objeto da primeira experiência fictícia de satisfação, um objeto perdido, impossível e eternamente faltante que a demanda se esforça para querer resignificar.

É a partir da demanda, portanto, que o desejo se distingue da necessidade. A necessidade sempre tem um objeto que a satisfaz, por exemplo, o alimento é o objeto de satisfação para a fome. A necessidade se situa no lado animal, que encontra seus objetos na natureza: precisar comer, evacuar, respirar. Diferentemente do ser humano, que ao enunciar uma necessidade, por exemplo “preciso de ar”, já se encontra em outro registro, a dimensão do Outro. Aqui, passamos do registro da necessidade para o registro da demanda, ou seja, ao se enunciar “preciso de ar”, ainda que isso se refira a uma necessidade, a dimensão do Outro aqui aparece. Quinet (2003) nos diz que isso acontece porque, em primeiro lugar, quando se enuncia algo, a palavra faz surgir o Outro da fala, pois nunca há concordância entre o que se pretende dizer e o que se diz. A fala faz surgir a alteridade. Isso porque ao enunciar algo, o sujeito é tomado pelo que diz, na medida em que sofre a incidência da palavra ao se escutar falando. O autor acrescenta que a fala é sempre dirigida ao Outro. Mesmo em um enunciado como “preciso de ar”, em que se destaca uma necessidade do indivíduo, está presente uma demanda implícita. Segundo o autor,

o enunciado é a própria dimensão da demanda, a qual não visa a um objeto, e sim ao Outro a quem dirijo minha fala: ela é um apelo ao Outro. O que caracteriza a demanda não é apenas a relação de um sujeito com

outro sujeito, mas o fato de que essa relação se dá por intermédio da linguagem através do sistema de significantes (Quinet, 2003, p. 89).

Isso quer dizer que podemos identificar a demanda em qualquer que seja o enunciado do analisante, pois toda fala é uma demanda que se dirige ao Outro, como o lugar de significantes. É desse lugar que virá as respostas, o sentido ao que foi dito, trazendo ao sujeito sua própria mensagem de forma invertida. A fala do sujeito em análise, então, é uma demanda de sentido. “O enunciado de uma fala é da ordem da demanda, mas é em sua enunciação, na modalização do dito, na sua cadência, na ênfase ou na elipse de suas palavras que rola o desejo” (Quinet, 2003, p.90). O desejo é um vetor que se desloca de um significante, a necessidade, para um outro significante, o traço do objeto que o satisfaz. Temos, portanto, que o desejo se encontra fora do significante, ele é o resultado da operação de subtração entre a demanda e a necessidade. No entanto, o desejo só pode ser inferido a partir da demanda, manifestada em cada enunciado. Ou

o desejo se esboça na margem onde a demanda se rasga da necessidade: essa margem e a que a demanda, cujo apelo não pode ser incondicional senão em relação ao Outro, abre sob a forma da possível falha que a necessidade pode aí introduzir, por não haver satisfação universal (o que é chamado de angústia) (Lacan, 1966/1998, p.828).

A demanda do sujeito se estrutura naquilo que se enuncia na cadeia significante, onde se articula o desejo, como efeito metonímico, de forma que ele passe de um significante para outro durante a fala. “De palavra em palavra, temos o desejo como efeito como efeito metonímico da demanda” (Quinet, 2003, p. 96). A psicanálise nos mostra que a estrutura própria da demanda é fundamentalmente intransitiva. Ou seja, demandas como a demanda de cura, de interpretação, etc, referem-se estruturalmente à demanda intransitiva, que no fundo é uma demanda de amor. A demanda é, portanto, incondicional, não sendo possível nenhuma forma de negociação, nem admitindo nenhuma outra condição. Ela, diferentemente do caso da necessidade, não comporta um objeto. Segundo Quinet (2003), a demanda poderia ser formulada pela frase “me dá”, com toda a conotação impositiva que essa frase implica. A demanda incide sobre outra coisa para além do que a satisfação pede ou exige. É demanda de presença ou de ausência, assim como podemos verificar na relação

entre mãe e filho; uma vez que a mãe, no lugar de Outro, tem a prerrogativa de satisfazer ou privar o filho das necessidades. A demanda que a criança faz à mãe se localiza naquilo que o Outro materno não tem, ou seja, se localiza no nível do seu amor, na medida em que, como nos diz a assertiva de Lacan (1960-1961/1992) amar é dar o que não se tem. Por esse motivo, quando a mãe dá aquilo que tem a oferecer, não se trata, portanto, de uma prova de amor. As demandas das crianças aparecem, por exemplo, na rua pedindo à mãe “me dá isso, me dá aquilo”. Essas, na verdade, são demandas impossíveis de se satisfazer, “pois quando a criança recebe o que pediu, logo pede outra e mais outra coisa. Trata-se efetivamente de demanda de amor por onde circula o desejo como desejo de outra coisa” (Quinet, 2003, p.97).

Com relação ao processo analítico, não se trata de saber o que exatamente o sujeito demanda, mas, sobretudo, sua relação com a demanda inconsciente do Outro. O autor acrescenta que

o desejo, por ser vinculado à lei, é aquilo pelo qual o sujeito se situa em relação a ela, podendo inclusive dizer-lhe não. O desejo se apoia na lei que o constitui e com a qual está estruturalmente associado para derrubar o incondicional da demanda do Outro, colocando-se, para o sujeito, como condição absoluta. A demanda em análise é uma demanda que se dirige ao sujeito suposto saber. Não se trata, portanto, de uma demanda de análise, e sim de demandas de sentido, de cura, de interpretação. (Quinet, 2003, p. 100).

Ainda de acordo com o autor, estruturalmente a demanda não pode ser satisfeita. Na realidade, a única resposta a se dar à demanda é o não, pois “responder à demanda é fazer calar o desejo. Atender a demanda é uma forma de doar, que, na verdade, constitui por si mesma uma vertente da demanda. Dar é demandar” (Quinet, 2003, p.99). A não resposta à demanda é condição para se fazer surgir o sujeito do desejo e suas respostas. Por outro lado, quando o sujeito não se assujeita à demanda do Outro, ele se afirma como desejante, sendo capaz de se confrontar com a falta do Outro. Diante disso, o sujeito poderá compreender sua fantasia, que o faz abrir-se para o mundo: “a fantasia recorta a realidade para o mundo fazendo-o se situar aí para além dos ideais” (Quinet, 2003, p. 104).

O enodamento demanda social e desejo

A questão da demanda e sua articulação no campo da saúde mental foi abordada em um texto apresentado por Quebra (2010). A autora nos apresenta um caso desenvolvido durante sua pesquisa de mestrado, em um CAPS de um município do estado do Pará. O caso em questão é de um usuário que é considerado "ideal" para o serviço, por ser assíduo nas atividades do CAPS e possuir comportamentos sociais adequados. O usuário, no entanto, diante do prenúncio de sua alta do serviço entra em crise novamente.

Este caso é profícuo para nossa discussão, pois sinaliza a presença do Outro institucional que atua de forma autoritária ao apontar o lugar que deve ser ocupado pelo sujeito. Nesse sentido, a decisão de alta do usuário é tomada pelo serviço baseada nos comportamentos ideais esperados pelos técnicos, incluindo o que se reproduz sobre a Reforma Psiquiátrica nos serviços: recuperar a autonomia e fornecer condições de estabelecer contratualidade para a reinserção dos usuários na vida social.

No entanto, nossas formulações anteriores acerca da escuta clínica nos possibilita inferir que há diferença entre o que se pode chamar de deslocamento de demandas e a alta propriamente dita. A demanda, como bem nos diz Quinet (2003), é incondicional e infinita. É a partir disso que entendemos que quando os dispositivos de saúde mental se propõem a oferecer benefícios e atividades cada vez mais diversificadas, estabelece-se uma confiabilidade entre usuário e serviço, relação que fica marcada pela eficácia entre oferta e demanda. No entanto, nem sempre essa relação intersubjetiva, mediada por essa promessa, esse "contrato", corresponde a um pedido explícito do usuário. Por vezes, e o caso de Quebra (2010) nos auxilia nisso, os serviços antecipam esse pedido: da oferta gera-se a demanda e cria-se a necessidade. Nesse processo de criação de demandas se encontra o ideal da inclusão social, que é decisiva para a consolidação do campo da saúde mental, mas que de certa forma apaga o sujeito enquanto agente de uma demanda autêntica, no sentido de uma possibilidade de abertura para a dimensão de interrogação sobre seu desejo.

Os dispositivos de saúde mental, como os CAPS, assumem a tarefa de responder e representar a demanda dos usuários. Isso porque a política de saúde mental estabelece as diretrizes de centrar na comunidade e na rede social do usuário, assegurando-lhes direitos humanos e civis. Assim, a viabilização das diretrizes atrelada a organização dos serviços produz significantes, a partir dos moldes propostos pela Reforma Psiquiátrica, que apontam para a inclusão social dos usuários. A inclusão, nesse caso, é obtida através de uma transformação institucional e de

uma política compensatória de concessão de benefícios.

As estratégias de inclusão social, previstas pela legislação, não são consideradas como uma possibilidade pelos serviços substitutivos, são, antes, uma necessidade, transformando a inclusão social em um imperativo no campo da saúde mental. O imperativo de recusar a exclusão promovida pelos hospitais psiquiátricos transforma-se no imperativo da inclusão. O discurso baseado nesse ideal inclusivo se exprime em prescrições de atitudes, que deslocam o usuário da posição de um sujeito que sofre para a posição de um sujeito que traduz seu sofrimento em demanda social. Isso porque no âmbito da saúde mental há um "deslocamento do sujeito da experiência da loucura, para a posição de usuários dos serviços. Dessa forma, a demanda de cura dos sujeitos é revertida para a demanda social" (Dunker & Kyrillos Neto, 2015, p.84). Por exemplo, aos usuários é recomendado o uso de medicamentos, atividade remunerada, permanecer junto à família e a comunidade, participar de oficinas no serviço, etc. Tais propostas têm seu fundamento nas prerrogativas da política de saúde de saúde mental.

Não ignoramos os avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, nem nos posicionamos contra a concessão de benefícios sociais aos usuários dos serviços abertos de saúde mental. Porém, na condição de psicanalistas consideramos que a demanda é infinita, e ao tomá-la ao pé da letra, ou seja, quando o serviço responde a todas as reivindicações dos usuários, o que surge é o que podemos chamar de cronificidade. O termo cronificidade não é a incurabilidade do usuário, mas antes, de acordo com Viganò (1999), "uma adesão a um programa de vida imposto, decidido fora de qualquer expressão subjetiva" (p.39). Assim, podemos indicar que o contrato estabelecido entre usuário e serviço seja no sentido permitir que haja a possibilidade de reflexão sobre a demanda que ali é colocada. Se não há abertura para a produção de subjetividade na demanda do sujeito, se a interpelação por inclusão social se dá apenas através de concessão de benefícios, a produção significativa torna-se comprometida e a subjetivação transforma-se em reificação; convertendo o discurso da inclusão social à produção de demandas sociais cada vez mais exigentes e os protocolos de atendimento cada vez mais automatizados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacamos nesse texto a importância da escuta clínica na prática da atenção psicossocial, pois consideramos que ela seja a condição necessária para uma aposta no sujeito do desejo. A clínica psicanalítica

opera por intermédio da escuta e, dessa forma, as produções discursivas do sujeito são consideradas em sua relação com a estrutura de personalidade como via privilegiada para o acesso ao sintoma. Extraímos como desafio dessa proposta a espera, por parte do técnico de referência, de uma temporalidade própria do sujeito, que este sujeito conclua algo sobre si, construindo sua autonomia a partir de seu saber.

Diante disso, podemos concluir que é viável uma clínica da subjetividade nos CAPS, sobretudo porque, conforme demonstramos, ela não é acrítica. O técnico de referência ao operar a escuta do sujeito estabelece a possibilidade de oferecer a ele um lugar que ultrapasse as exigências do Outro institucional, através de uma localização do desejo nas demandas sociais que se apresentam.

É preciso, contudo, ratificar que não nos opomos à distribuição de benefícios aos usuários de saúde mental, de fato reconhecemos a sua importância para o processo de ressocialização e garantia de direitos do indivíduo. O que procuramos demonstrar é que a demanda social deve estar atrelada à escuta do sujeito, ou seja, a aposta que fazemos é a de que ao usuário seja dado a abertura para a dimensão de interrogação sobre seu desejo.

Na medida em que a clínica, ao valorizar a singularidade do sujeito, se estabelece em sua dimensão política; apostamos na possibilidade de encontrar um lugar que nos permite guardar a distância em relação à ideologia política, mas ainda reconhecer seu potencial benefício clínico. Esse é o desafio colocado cotidianamente para os técnicos de referência que operam com a clínica da subjetividade. Quando o usuário traduz o discurso da inclusão em sua narrativa singular, temos um ato que interessa simultaneamente os campos da clínica e da política. É nessa operação que a escuta clínica nos parece insubstituível. A escuta da demanda dos usuários se torna mais efetiva quando aponta para o sentido de ressaltar a singularidade que há em cada demanda, possibilitando que o usuário reflita sobre ela. Ora, é na não resposta à demanda que se faz possível a aparição da dimensão do desejo, e é o desejo que permite o sujeito destacar-se, desligar-se do Outro.

Portanto, ao tomar “ao pé da letra” a demanda dos usuários, os dispositivos acabam por transformá-la em um caso social. O caso social, segundo Viganò (1999), é aquele que se desenvolve na lógica da saúde enquanto mercadoria, “é o caso do discurso do puro significante, dos instrumentos jurídicos e assistenciais” (p. 42). O caso social é conduzido pelos técnicos dos serviços numa relação transitiva que vai do profissional ao usuário. O risco que se corre ao se operar dessa maneira é de os CAPS se tornarem

dispositivos de prestação de bens e serviços. Algo diferente pode ocorrer quando inserimos a dimensão da escuta clínica. Aqui, o verdadeiro operador é o sujeito, desde que o serviço o coloque em condições de sê-lo. Cabe ainda destacar que operar com a clínica não quer dizer extinguir a dimensão social das demandas que se apresentam, mas sobretudo, considerar a apropriação singular que cada usuário faz delas.

## Referências

- Amarante, P. (Coord.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP.
- Bastos, A. B. B. I. (2009). A escuta psicanalítica e a educação. *Psicólogo inFormação*, 13(13), 91-98.
- Dunker, C. I. L. (2004). Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4(1), 94-111.
- Dunker, C. I. L. & Kyrillos Neto, F. (2015). *Psicanálise e Saúde Mental*. Porto Alegre: Criação Humana.
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Freud, S. (1969). A interpretação dos sonhos. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. V, pp. 541-646). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900-1901)
- Freud, S. (2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In: S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 10, pp. 111-122). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (1976). Esboço de psicanálise. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXIII, pp.88-163. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1940 [1938])
- Lacan, J. (2009). *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original proferido em 1953-1954)
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 8: a transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1960-1961).



Macedo, M. M. K. & Falcão, C. N. B. (2005). A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Psychê*, 9(15), 65-76.

Quebra, S. C. F. (2010). A "ameaça" da alta: considerações sobre o amor na psicose. In: *Anais do IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental* (pp.1-5). Curitiba: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

Quinet, A. (2003). *A descoberta do Inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Zahar.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. (2006). *Linha guia de Atenção em Saúde Mental*. Belo Horizonte, MG.

Soler, C. (2011). O discurso capitalista. *Stylus*, 22, 55-67.

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*, 9 (1), 25-29.

Tenório, F. (2007). Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. In: M. C. V. Couto & R. G. Martinez (Orgs.), *Saúde Mental e Saúde Pública* (pp.13-27). Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ.

Viganò, C. (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga*, 13, 39-48

## Notas

<sup>1</sup> Este estudo recebeu auxílio financeiro da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) e é produto da pesquisa de mestrado intitulada "Buraco na rede: uma perspectiva psicanalítica sobre a função de tamponamento de um CAPS I na rede de saúde mental", realizada no programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSJ (PPGPSI).

Recebido em: 08/05/2017  
Primeira decisão editorial: 20/07/2017  
Versão Final: 08/05/2017  
Aprovado em: 21/08/2017