

SARA MEXKO

**UMA PSICÓLOGA PSICOSSOCIAL NO CAPS: CONTRIBUIÇÕES DA
PSICANÁLISE DE FREUD E LACAN E DO MATERIALISMO HISTÓRICO**

ASSIS

2021

SARA MEXKO

**UMA PSICÓLOGA PSICOSSOCIAL NO CAPS: CONTRIBUIÇÕES DA
PSICANÁLISE DE FREUD E LACAN E DO MATERIALISMO HISTÓRICO**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador(a): Prof. Dr. Silvio José Benelli
Bolsista Capes: Processo n. 88882.432660/2019-01

ASSIS
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ana Cláudia Inocente Garcia - CRB 8/6887

M611p Mexko, Sara
Uma psicóloga psicossocial no CAPS: contribuições da
psicanálise do campo de Freud e Lacan e do materialismo
histórico / Sara Mexko. Assis, 2021.
236 p. : il.

Tese de Doutorado - Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Dr. Silvio José Benelli

1. Saúde Mental. 2. Psicanálise. 3. Freud, Sigmund,
1856-1939. 4. Lacan, Jacques, 1901-1981. 5. Centro de
Atenção Psicossocial. I. Título.

CDD 616.8917

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA TESE: UMA PSICÓLOGA PSICOSSOCIAL NO CAPS: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE DE FREUD E LACAN E DO MATERIALISMO HISTÓRICO

AUTORA: SARA MEXKO

ORIENTADOR: SILVIO JOSÉ BENELLI

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Doutora em PSICOLOGIA, área: Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. SILVIO JOSÉ BENELLI (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

Profa. Dra. ANA CRISTINA COSTA DE FIGUEIREDO (Participação Virtual)
Instituto de Psiquiatria / UFRJ/Rio de Janeiro

Prof. Dr. MARCO JOSÉ DE OLIVEIRA DUARTE (Participação Virtual)
Faculdade de Serviço Social / UFJF/Juiz de Fora

Prof. Dr. JEFERSON RODRIGUES (Participação Virtual)
Departamento de Enfermagem / UFSC/Florianópolis

Prof. Dr. SILVIO YASUI (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Social / UNESP/Assis

Assis, 11 de junho de 2021

Aos trabalhadores e futuros trabalhadores do campo da Saúde Mental.
Desejo que os ensaios possam auxiliá-los à encontrar ferramentas para
uma práxis na qual o sujeito seja o principal protagonista do seu
tratamento.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras de Assis, pela oportunidade em realizar o doutorado, por contribuir para uma formação sólida e crítica.

À Silvio José Benelli que me acolheu como orientanda, por dispor de parte de seu tempo para me ouvir, ler meus escritos, problematizar, sugerir leituras, e, principalmente pelo incentivo e pela confiança depositada em mim.

À Abílio da Costa-Rosa in memoriam, docente e psicanalista com quem tanto aprendi e que tanto me inspira.

Aos membros da banca do Exame Geral de Qualificação, Ana Cristina Costa de Figueiredo e Marco José de Oliveira Duarte pelas valiosíssimas contribuições que enriqueceram a tese e minha formação como docente e trabalhadora do SUS. Aos membros da banca de Defesa, Ana Cristina Costa de Figueiredo, Marco José de Oliveira Duarte, Silvio Yasui e Jeferson Rodrigues pelas contribuições ao texto e por aceitarem estar comigo no fim desta caminhada.

A todos os trabalhadores da UNESP/Assis, em particular os da seção de pós-graduação e da biblioteca que sempre me atenderam com muita gentileza, presteza e agilidade.

Aos colegas do Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da saúde (LATIPPSS), pelo acolhimento, amizade e pelas diversas discussões teóricas.

Aos companheiros de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial, por partilharem comigo as vivências e inquietações de um campo tão complexo e desafiador. Aos sujeitos que tive a oportunidade de escutar, por apostarem na experiência de produção de um saber singular.

À amiga e trabalhadora-intercessora, Sônia Romeiro Costa Rocha, pela parceria no trabalho e na vida. À amiga e psicóloga Giovana Segia pelas conversas. Você são mulheres inspiradoras!

À Melina, psicanalista que me acolheu e esteve comigo durante um primeiro tempo da análise. E especialmente à Silvana de Oliveira, psicanalista cuja escuta tem sido essencial para que eu possa me desvencilhar dos impasses e caminhar na direção do desejo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa durante parte do doutorado, contribuindo para que eu tenha melhores condições de estudo. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Aos interlocutores essenciais do meu texto: Bruno Araújo, Maico Fernando Costa, Tânia Marques, José Guilherme Nogueira, Waldir Périco e Ana Flávia Dias Tanaka Shimoguri.

A minha família, em particular minha mãe Ivone e meu tio José, pelo apoio e por cuidarem das tarefas cotidianas das quais não pude me ocupar em decorrência da escrita da tese.

MEXKO, Sara. **Uma psicóloga psicossocial no CAPS: Contribuições da Psicanálise do campo de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico**. 2021. 237p. Tese (Doutorado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2021.

Resumo: Este trabalho, que se apresenta agora como tese de doutorado, foi produzido a partir de um processo de intercessão-pesquisa realizado em um Centro de Atenção Psicossocial. Visamos refletir acerca do trabalho, em particular sobre a práxis do psicólogo, à luz da análise paradigmática postulada por Abílio da Costa-Rosa, destacando algumas contribuições da Psicanálise nesse novo *lócus*. Esse autor define dois paradigmas de Atenção, a saber: o ainda dominante Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, e seu antípoda, o Paradigma Psicossocial, como um para além da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para tanto, nos servimos do Dispositivo Intercessor como um novo modo de produção de saber na práxis comum e de conhecimento na práxis universitária. Esse dispositivo se pauta em referenciais teóricos transdisciplinares, sendo eles: a Psicanálise do campo de S. Freud e J. Lacan, o Materialismo Histórico de Marx, a Análise Institucional francesa e a Filosofia de Diferença, em particular, o conceito de intercessor, preconizado por Gilles Deleuze, possibilitando assim estabelecer diversos planos analíticos que buscam dar conta, justamente, da complexidade do campo da Saúde Mental Coletiva. Apresentamos uma análise acerca da Política Nacional de Saúde Mental brasileira, subsidiada pelo conceito gramsciano de Hegemonia e pela delimitação paradigmática, desde sua criação até o cenário atual. A partir da Análise Institucional, posicionamos o Centro de Atenção Psicossocial como estabelecimento e situamos os modos de produção de Atenção ao sofrimento psíquico de acordo com os paradigmas. Discorremos acerca da prática do psicólogo como integrante da equipe do Centro de Atenção Psicossocial, destacando algumas intercessões tanto com os sujeitos como no âmbito da equipe. Pautados na psicanálise do campo de Freud e Lacan, apresentamos uma breve conceituação acerca modalidade de subjetivação por foraclusão, incluindo suas sobremodalidades, e da clínica com esses sujeitos. Discutimos a psicoterapia orientada pela psicanálise como terapêutica de tratamento para os sujeitos do recalçamento com graves impasses de subjetivação, situando as funções das entrevistas preliminares e a direção do tratamento, além de breves apontamentos sobre o grupo psicoterapêutico e sobre a dimensão temporal implicada nesse processo. Dissertamos sobre a oficina terapêutica como espaço de trabalho criativo e de produção subjetiva para os sujeitos do recalçamento e da foraclusão, quando sustentados por um trabalhador-intercessor orientado pela psicanálise. Tendo em vista que os sujeitos demandam tratamento em virtude de impasses na realidade psíquica, o trabalho fundamental para o equacionamento se processa no campo dessa mesma realidade, sendo o trabalhador um intercessor posicionado na transferência. Somente uma prática subsidiada por referenciais que consideram a dimensão do sujeito do inconsciente, assim como dos efeitos do Modo Capitalista de Produção na subjetividade, poderá se contrapor ao paradigma asilar e caminhar em direção ao Paradigma Psicossocial. Quanto à psicanálise, trata-se de um alargamento do campo da psicanálise em intensão, jamais de uma psicanálise aplicada.

Palavras-chave: Saúde Mental Coletiva. Atenção Psicossocial. Paradigma Psicossocial. Psicanálise do campo de Freud e Lacan. Dispositivo Intercessor.

MEXKO, Sara. **A psychosocial psychologist in Psychosocial Care Center : Contributions from Freud and Lacan's Psychoanalysis and from Historical Materialism.** 2021. 237p. (Doctor's Degree in Psychology and Society) – College of Science and Letters, São Paulo's State University "Júlio de Mesquita Filho" - Assis, 2021.

Abstract: This work that's been now presented as a doctoral thesis, was produced from an intercession-research process carried out in a Psychosocial Care Center. The aim was to reflect about the work, in particular, about the praxis of the psychologist, in the light of the paradigmatic analysis postulated by Abílio da Costa-Rosa, highlighting some contributions of Psychoanalysis in this new *locus*. This author defined two paradigms of Attention, namely: the still dominant Hospitalocentric Medicalizing Psychiatric Paradigm, and its antipode, the Psychosocial Paradigm, as an beyond one the Brazilian Psychiatric Reform. For this purpose, we used the Intercessor Device as a new way of producing knowledge in common praxis and producing knowledge in university's praxis. This device is based on transdisciplinary theoretical references, namely: the Freud and Lacan's Psychoanalysis, the Marx's Historical Materialism, the French Institutional Analysis and the Philosophy of Difference, in particular, Gilles Deleuze's concept of intercessor, allowing to establish several analytical plans that seek to reply to, precisely, the complexity of the field of Collective Mental Health. We presented an analysis about the Brazilian National Mental Health Policy, subsidized by the Gramscian concept of Hegemony and by the paradigmatic delimitation, since its creation to the current scenario. From the Institutional Analysis, we took the Psychosocial Care Center as an establishment and we situated according to the paradigms the modes of care production to psychological suffering. We argued about the psychologist's practice as a member of the Psychosocial Care Center staff, highlighting some intercessions on the one hand with the subjects and on the other hand with the staff. Based on Freud and Lacan's Psychoanalysis, we presented a brief conceptualization about the subjectivation in the Foreclosure modality, including its submodalities and about the clinic with these subjects. We discussed the psychotherapy orientated by psychoanalysis as a therapy treatment for repression subjects with severe impasses in subjectivation, placing the functions of preliminary interviews and the direction of treatment, in addition to brief notes on the psychotherapeutic group and the time dimension involved in this process. We discussed the therapeutic workshop as a space for creative work and subjectivation production for the subjects of repression and foreclosure, provided that it's supported by a worker-intercessor guided by psychoanalysis. Bearing in mind that the subjects demand treatment due to the impasses in the psychic reality, the fundamental work to equate the impasses occurs in the field of that same reality, the worker is an intercessor positioned in the transference. Only a practice subsidized by references that consider the dimension of the unconscious subject as well as the effects of the Capitalist Mode of Production in subjectivation, will be able to be interposed between the asylum paradigm and Psychosocial Paradigm moving towards this one. In terms of psychoanalysis, we have proposed an enlargement of the clinical in intension, never an application of psychoanalysis.

Keywords: Collective Mental Health. Psychosocial Care. Psychosocial Paradigm. Freud and Lacan's Psychoanalysis. Intercessor device.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Matema do Discurso da Histeria

Figura 2: Representação do esquema R, de J. Lacan

Figura 3: Esquema L de Jacques Lacan

Figura 4: Esquema R acrescido do Esquema do Pente freudiano

Figura 5: Matema dos discursos, seus elementos e lugares, segundo proposição de Lacan (1992)

Figura 6: Matema do Discurso do Universitário proposto por Lacan (1992)

Figura 7: Matema do Discurso do Mestre proposto por Lacan (1992)

Figura 8: Matema do Discurso da Histeria nomeado por Lacan (1992)

Figura 9: Matema do Discurso do Analista nomeado por Lacan (1992)

LISTA DE SIGLAS

AI – Análise Institucional
AIE – Aparelho Ideológico de Estado
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CECO – Centro de Convivência
CERSAMS - Centros de Referência em Saúde Mental – Álcool e Drogas
CID-10 – Código Internacional de Doenças
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT – Conselho Tutelar
DA – Discurso do Analista
DH – Discurso da Histeria
DI – Dispositivo Intercessor
DIMPC – Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento
DM – Discurso do Mestre
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DU – Discurso da Universidade
ESF – Estratégia de Saúde da Família
MCoP – Modo Cooperado de Produção
MCP – Modo Capitalista de Produção
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS – Ministério da Saúde
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
PPHM – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador
PPS – Paradigma Psicossocial
PEH – Processo de Estratégia de Hegemonia
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RPb – Reforma Psiquiátrica brasileira
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

Apresentação	14
REFERÊNCIAS	25

ENSAIO 1

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: BREVE ANÁLISE ESTRUTURAL

Resumo	29
Considerações iniciais	29
A instituição Saúde Mental e o Processo de Estratégia de Hegemonia: introduzindo alguns conceitos	31
Os primórdios do Estado como intermediário da Atenção em Saúde Mental	34
O movimento pela (velha) Reforma Psiquiátrica: inspirações e contradições	37
A formulação da Política Nacional de Saúde Mental no governo Federal: incidências do Modo Capitalista de Produção	43
A Reforma Psiquiátrica institucionalizada: o avanço, a estagnação e alguns recuos	48
A contra-reforma psiquiátrica e o cenário atual no ano de 2021	51
Considerações finais	54
REFERÊNCIAS	56

ENSAIO 2

O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO ESTABELECIMENTO E OS MODOS DE PRODUÇÃO DA ATENÇÃO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO A ANÁLISE PARADIGMÁTICA

Resumo	62
Considerações iniciais	62
Sobre o conceito de instituição e de alternatividade como contradição	65
O Caps como palco de lutas sociais	68
A instituição como momentos articulados: o universal, o particular e o singular	71
O funcionamento do CAPS e suas contradições	72
As sub-funções produtivas de um Caps	73
Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e Paradigma Psicossocial (PPS): seus quatro parâmetros	76

No cotidiano do Caps: dois modos de produção de atenção ao sofrimento psíquico	78
Considerações finais: a convivência entre paradigmas no Caps, a hegemonia do PPHM e as brechas	90
REFERÊNCIAS	94

ENSAIO 3

O PSICÓLOGO (NÃO TÃO PSICÓLOGO) “ENTRE VÁRIOS” EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Resumo	99
Considerações iniciais	99
O cotidiano de trabalho e a reunião de equipe como espaço de intercessão	101
Acolher escutando, escutar acolhendo: a escuta-recepção como dispositivo desmedicalizador	107
A Atenção às situações de crise: sustentar um desejo não mamicomial	112
Articular a Rede de Atenção à Saúde e promover a circulação do caso na Rede Intersetorial	116
Há tanta vida lá fora: a visita domiciliar como tática não medicalizadora	121
Considerações finais	124
REFERÊNCIAS	126

ENSAIO 4

PSICOTERAPIA PARA TRATAR AS NEUROSES GRAVES NO CAPS: A PSICANÁLISE DO CAMPO DE FREUD E LACAN

Resumo	133
Considerações iniciais	133
Quem é o sujeito neurótico? Breves apontamentos sobre o recalçamento	135
As entrevistas preliminares, e seus dois tempos e três funções	137
A interpretação como “um dizer nada”: a pontuação, o corte, a alusão, o equívoco significante e o semidizer	145
As submodalidades estruturais e o manejo clínico	147
A direção do tratamento	150
O grupo psicoterapêutico: breves apontamentos	154
Qual o tempo para a psicoterapia em um CAPS?	157
Considerações finais: ou porquê a psicanálise em um CAPS	159

REFERÊNCIAS	160
-------------------	-----

ENSAIO 5

QUE CLÍNICA PARA A LOUCURA NO CAPS? O TRATAMENTO DO SUJEITO CONSTITUÍDO POR FORACCLUSÃO

Resumo	166
Introdução	166
Não é louco quem quer, apenas quem é constituído por foracclusão	169
Os impasses radicais e o desmoronamento da realidade psíquica	176
Processos de subjetivação e os impasses no sujeito da sobremodalização da esquizo	177
Processos de subjetivação e os impasses no sujeito da sobremodalização da paranoia	180
Processos de subjetivação e os impasses no sujeitos da sobremodalização da melancolia- mania	182
“Filho do Arruda”, um nome-do-pai de estatuto imaginário-simbolizante: o instante de ver e o momento de compreender	184
Possibilidades de uma clínica singular: o trabalhador como secretário do alienado	188
Considerações finais	191
REFERÊNCIAS	193

ENSAIO 6

A OFICINA COMO LAÇOS SOCIAIS DE PRODUÇÃO E A OFICINA NO DISCURSO DO ANALISTA

Resumo	199
Considerações Iniciais	199
A pré-história da oficina: uso do trabalho e da atividade na Saúde Mental	202
As modalidades de laço social em uma oficina terapêutica	206
A Oficina Criar-te: o trabalhador no Discurso do Analista	211
O trabalho criativo dos sujeitos do recalçamento e as entrevistas preliminares	214
A artesanaria dos sujeitos “loucos”: barramento de gozo do Outro e ser artista de si mesmo	217
Considerações finais	227
REFERÊNCIAS	231

INTRODUÇÃO: TRABALHADOR PRODUZ CONHECIMENTO?

Devemos considerar as práticas dos trabalhadores-intercessores numa perspectiva de exterioridade íntima em relação à psicanálise típica. Se Freud virou as terapêuticas autoritário-alienantes pelo avesso, para fundar a psicanálise do consultório particular e a formação de psicanalistas, quando se trata da clínica pública na Saúde Coletiva há de termos a produção de uma clínica coletiva e a formação de trabalhadores-intercessores refazendo o mesmo ato; “psicanalistas” de um novo tipo, se quisermos colocar nesses termos, que podem ser referidos como trabalhadores sociais atravessados pela causa analítica (PÉRICO, 2019b, p. 1).

Este trabalho termina no ano em que a Reforma Psiquiátrica completa vinte anos. A construção da tese ocorreu justamente numa época em que o governo federal, através de portarias e notas técnicas, introduziu um conjunto de retrocessos na Política Brasileira de Saúde Mental, incluindo o retorno dos Hospitais Psiquiátricos e a inclusão das Comunidades Terapêuticas (CT) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecimentos esses situados na lógica asilar. Fica patente a tentativa de desqualificar e desconstruir o que foi sendo construído desde o período de intensa mobilização pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Se o grande desafio posto aos trabalhadores do campo da Saúde Mental Coletiva (SMC) era ir para além da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) em direção a Atenção Psicossocial (AP), atualmente a luta principal é para defender o que construímos até aqui. Propor um “Além de Reforma Psiquiátrica” (COSTA-ROSA, 2013) não significa desconsiderar os avanços produzidos pelo movimento da RPb e as reformas no interior da própria psiquiatria, esses foram imprescindíveis, se trata de vislumbrar uma superação dialética tal como a Saúde Coletiva visa a superação da Saúde Pública vigente no Brasil.

A defesa do que já temos construído coloca em pauta a necessidade de que os trabalhadores deste campo possuam clareza paradigmática. Costa-Rosa (2013, 2010) deu importante contribuição ao campo ao delimitar o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), ainda dominante, e seu antípoda, o Paradigma Psicossocial (PPS) que está configurado mais como um horizonte do que efetivamente consolidado. Sua delimitação incluiu a definição de quatro parâmetros fundamentais: concepção de referente da ação de Atenção e meios de trabalho, concepções dos modos de organização e de gestão, concepções das relações da instituição/estabelecimento com o território e com os efeitos da Demanda Social e concepção dos efeitos produtivos em termos de terapêutica e de ética.

A análise paradigmática de Costa-Rosa (2013) explicita que o PPHM está em congruência com o Modo Capitalista de Produção (MCP) logo, com os interesses sociais das classes dominantes. Ao passo que o PPS está em consonância com os interesses das classes

subordinadas, isto é, dos sujeitos do sofrimento e dos trabalhadores dos estabelecimentos de SMC. Apesar do PPHM se mostrar quase inabalável, concordamos com Shimoguri (2019) na aposta da alternatividade, mesmo que por ora essa só possa se dar no plano da micropolítica. Este plano da micropolítica pode acontecer em dois cenários que não se excluem, o da práxis nos estabelecimentos de Saúde e da práxis universitária, por meio da construção teórica realizada pelo próprio trabalhador que vivencia tais questões no cotidiano institucional. Também pode existir nos espaços que congregam núcleo de pesquisa da universidade e trabalhadores, como no caso da Frente Estamira de CAPS¹, e, que agrupam trabalhadores e acadêmicos, a exemplo do Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (FLAMAS)².

“Um trabalhador está autorizado a produzir conhecimentos e publicar?” Eis o questionamento de uma colega trabalhadora no último encontro de grupo de pesquisa. Essa pergunta explícita não somente o quanto um trabalhador que está fora da universidade não se sente devidamente convocado a realizar elaborações teóricas como também não se sente autorizado a dar visibilidade a sua produção. O que não significa que não haja alguns poucos trabalhadores que se imbuem de tal tarefa.

Por outro lado, observamos um discurso bastante comum dito pelos trabalhadores que atuam nos estabelecimentos das políticas públicas: “na prática a teoria é outra”, o que demonstra certo distanciamento entre o que é teorizado na universidade e o que é executado pelos profissionais. Tal cenário não é um mero acaso: é efeito da divisão social do trabalho entre pensar e fazer.

Partimos da hipótese de que em toda prática existe um saber, ainda que essa não tenha sido elucidado, e que todo trabalhador – mesmo que não se dê conta disso – possui um saber sobre suas práticas, porém esse saber-fazer não é devidamente valorizado no Modo Capitalista de Produção (MCP). A dicotomia saber-fazer, ou seja, entre quem produz conhecimentos (os intelectuais) e quem os aplica (técnicos) é típica do MCP. Também temos em consideração que a universidade é o lócus essencial da contradição entre fazer e pensar, na medida em que forma dois grupos de trabalhadores: os técnicos (fazedores) para o mercado de trabalho e os professores/pesquisadores (intelectuais) para ensinar e formar mais trabalhadores.

¹ A Frente Estamira de CAPS é um espaço de articulação política e estratégica de luta no campo da Saúde Mental que possui como intuito oferecer apoio técnico aos CAPS do estado do Rio de Janeiro, partindo de uma perspectiva regional (FRENTE ESTAMIRA DE CAPS, s.d.).

² O FLAMAS é um movimento social que surgiu para alertar as autoridades locais e gestores para a grande quantidade de leitos psiquiátricos de longa permanência que existia na região de Sorocaba (com sete hospitais), assim como para a ausência de políticas públicas, “apoiadas pelo município, para a implementação de uma rede de assistência substitutiva aos manicômios. (HAINZ; DUARTE; GARCIA, 2012, p. 160).

Apontar a contradição entre fazer e pensar no bojo na universidade não significa desconsiderar que em algumas universidades existem núcleos formadores de outro tipo, isto é, que propõem uma formação em ação nos moldes de Residência multiprofissional, Mestrado profissional e Aprimoramentos. Estes são certamente valiosos, entretanto, podem ser encontrados apenas de maneira pontual e alguns deles têm sido extintos. Um exemplo é o Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo em parceria com a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – campus Assis que esteve em vigor até 2017. Portanto, essas formações tem caráter de exceção, não alterando o modelo tradicional de formação pautado na dicotomia saber-fazer.

Encontramos no Dispositivo Intercessor (DI), criado inicialmente por Costa-Rosa (citar) subsidiado por sua experiência no campo da Saúde Coletiva e desdobrado nas diferentes áreas das políticas públicas pelos trabalhadores-intercessores (MARTINI, 2010; COSTA-ROSA; PEREIRA, 2011; GALIEGO, 2013; GARCIA, 2013; PÉRICO, 2015; SOUZA, 2015; SHIMOGUIRI, 2016; COSTA, 2017; MEXKO, 2017; SOUZA, 2019), um instrumental teórico, técnico e ético para driblar essa dicotomia. Com esse dispositivo almejamos colocar algumas questões para o campo da universidade, de modo a interrogar a produção de conhecimento no contemporâneo. No DI, conforme detalha Benelli (2019, p. 102), “o essencial é fazer a crítica da divisão social do trabalho no MCP, que também se manifesta nas cisões clássicas: ciência-implementação, pensar-fazer e teoria-prática”.

Nosso trabalho teve como inspiração um conjunto de inquietações e provocações advindas da minha vivência enquanto psicóloga em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Ambulatório de Saúde. Nesses estabelecimentos organizados sob a lógica do PPHM, trabalhar nas brechas foi nossa estratégia. Essa experiência enquanto trabalhadora teve início antes mesmo da entrada no doutorado e incluiu a realização de uma diversidade de atividades: psicoterapias individuais e em grupo, oficinas, visitas domiciliares com outros profissionais da equipe, atendimentos de crise, escuta-recepção, consultório de rua, atendimento domiciliares e atendimentos familiares, além de atividades de socialização.

Apesar das demandas de um CAPS ser variadas, no município em que trabalho atualmente, os casos de impasses graves dos sujeitos do recalcamento têm sido de longe a maior demanda que temos recebido, o que tem se constituído nosso maior desafio e ao mesmo tempo dificultado a possibilidade de trabalho com os sujeitos constituídos por forclusão. E a despeito do CAPS se situar em um município de aproximadamente 16 mil habitantes, temos aproximadamente 200 sujeitos em tratamento, sendo eu a única psicóloga do estabelecimento,

com uma carga horária de 20 horas semanais. No CAPS em que trabalhei anteriormente que atendia por volta de 35 mil habitantes, o cenário era diferente, pois havia três psicólogos com carga horária de 40h cada.

Impulsionados pelas questões que surgiam no cotidiano da prática nos CAPS, nos propusemos realizar esta intercessão-pesquisa visando contribuir – jamais ensinar e criar modelos – com os trabalhadores que atuam no campo da Saúde Mental Coletiva, em particular com os psicólogos. O processo de intercessão-pesquisa que deu origem a essa tese foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº 16824018.8.0000.5401, em agosto de 2019.

O DI tem em seu fundamento um conjunto de referenciais transdisciplinares: a Psicanálise do campo de Freud (1996) e Lacan (1988, 1998, 1999, 2008), o Materialismo Histórico de Marx (2011), a Análise Institucional (AI) de René Lourau (2014) e Georges Lapassade (1983), a Filosofia da Diferença (particularmente Deleuze, Foucault e Guattari) e o conceito de intercessores de Deleuze (1992). Por constituírem campos de conhecimento e ação de natureza transdisciplinar, distante de ser um mero aglutinamento de autores e teorias, esses referenciais permitem a formação de diversos planos de análise que se suplementam e com isso possibilita a leitura da realidade a partir de sua complexidade.

Denominamos o Dispositivo Intercessor (DI) como o modo de operar na *práxis*. Encontra-se em ininterrupta e contínua construção por aqueles que compõem o Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da saúde (LATIPPSS) - coordenado pelo Prof. Dr. Abílio da Costa Rosa. O DI não deriva da mesma matriz da qual advém a maioria dos métodos no âmbito das pesquisas acadêmicas na Universidade: o Positivismo. Mencionamo-lo como o referencial teórico capaz de nos instrumentalizar para lidarmos com os fenômenos das instituições, que emergem do inconsciente e da sociedade. Nesta medida incluímos em sua dimensão, que é teórico-prática, uma técnica, uma ética e uma política (COSTA, 2019, p. 186).

Concebemos o DI, enquanto intercessão-pesquisa, em dois momentos de produção particularmente diferentes: a) a Intercessão, também nomeada de DI como *práxis* do intercessor no campo (MEXKO, 2017), momento em que a produção de saber acontece na própria *práxis* do intercessor, e, b) a Pesquisa, também designada Dispositivo Intercessor como Meio (ou modo) de Produção de Conhecimento (DImpc), realizado *a posteriori* e que visa a produção de saber sobre o processo de produção da *práxis*.

No momento um, DI como *práxis* do intercessor no campo, acontece a Intercessão propriamente dita. O trabalhador-intercessor (COSTA-ROSA, 2019) se situa enquanto

trabalhador em um campo, no nosso caso na Saúde Mental Coletiva (SMC), e opera “com ‘Formações Sociais’ e ‘Formações Subjetivas/Inconscientes’, em associações diversas: de continuidade (moebiana), e às vezes de contiguidade e de interpenetração” (p. 48). A Intercessão acontece em dois planos: nas variadas formas de atendimento junto aos sujeitos em tratamento psíquico, como as psicoterapias, oficinas, visitas domiciliares, acompanhamentos terapêuticos, dentre outros dispositivos clínicos; isto é, no campo da ampliação da “psicanálise em intensão”; e junto aos trabalhadores do estabelecimento institucional, no plano da “psicanálise em extensão” (LACAN, 2001).

Ao considerarmos que os sujeitos procuram os estabelecimentos da SMC em virtude dos sintomas e sofrimentos e que esses dão notícias de um impasse na realidade psíquica, nomeada por Freud (1996) de *Realität*, a intercessão possui como “*intensão ética a [re]tomada da movimentação significativa*, necessária às demandas de processamento subjetivo advindas das injunções (impasses subjetivos) do Real (pulsão) e da realidade subjetiva (sócio-imaginária-simbólica) (PÉRICO, 2015, p. 25). Não se trata, portanto, de uma ética da adaptação e sim de uma subversão das éticas da psiquiatria e da psicologia enquanto éticas do tamponamento dos sintomas, isto é, da Ética da Desejo (LACAN, 2008).

A psicanálise do campo de Freud e Lacan constitui um referencial teórico, técnico e ético muito caro para o DI, pois é a partir dele que nos posicionamos para a escuta dos sujeitos que demandam tratamento. Contudo, ao considerarmos a sobredeterminação dos fatores do adoecimento (seja ele somente psíquico ou também orgânico), assim como a complexidade da instituição Saúde Mental, nos servimos de Marx para estarmos advertidos das relações socioeconômicas e políticas da sociedade, da Análise Institucional para saber ler e manejar o instituído e o instituinte, bem como nos servimos das contribuições da Filosofia da Diferença para nos posicionar na Saúde Coletiva. Concordamos com Périco (2019a) que “a caixa de ferramentas do trabalhador-intercessor deve ter duas características fundamentais (entendendo que a primeira está suprasumida na segunda): a multirreferencialidade e a transdisciplinaridade” (p. 129).

O trabalhador-intercessor não chega pronto ao campo, ele é um trabalhador em formação e que possui um “fazer-saber diretamente dependente do trabalho vivo” (COSTA-ROSA, 2013, p. 52), portanto, a mestria artesanal. O DI propõe um fazer-saber para, no decorrer das reflexões sobre o campo e os posicionamentos do intercessor, saber-fazer. Isso não significa que o trabalhador inicie sua prática com sua caixa de ferramentas vazia, e sim que suas ferramentas podem ser revistas, resignificadas e ampliadas, logo, ele se constrói no processo. Afinal, conforme afirma Deleuze em conversa com Foucault (2012, p. 69-70)

“Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro”.

A essencial diferença do trabalhador-intercessor em relação aos outros trabalhadores é que ele, instrumentado pelos referenciais do DI, se posiciona de modo planejado em relação a seu fazer, resgatando o conceito de práxis. O trabalhador-intercessor possui uma posição evanescente, tal como o Analista no Dispositivo Analítico; suas intercessões só poderão ser verificadas a posteriori, assim como os efeitos de uma interpretação analítica. Costa, Costa-Rosa, Fiochi e Mexko (2015, p. 3-7) pontuam que:

Para o DI não é tomar uma posição, mas ocupar posições em deslocamento. Enquanto se desloca se apropria de novos espaços. Nessa medida não se diz: “sou intercessor”, mas, fui capaz de ocupar uma posição intercessora no conjunto dos acontecimentos daquele campo de intercessão.

Durante esse momento, o trabalhador-intercessor constrói um registro em seu Diário de Intercessão, instrumento que guarda similaridade com o Diário de campo. Nele são registrados não apenas os dados e os acontecimentos, mas sobretudo as impressões de trabalhador-intercessor acerca de seus posicionamentos. Enquanto produz a escrita, ele tem a oportunidade de refletir acerca de seu fazer, sendo o Diário uma ferramenta que o auxilia a reposicionar-se, quando necessário, e modificar suas ações e seu posicionamento na equipe. Portanto, neste momento as anotações no Diário servem essencialmente para repensar seu posicionamento e o manejo dos atendimentos clínicos. A contribuição do trabalhador-intercessor ao campo se dá no próprio processo de trabalho, ainda que possa, a posteriori, ser desdobrada em formato de texto acadêmico na intercessão-pesquisa.

No momento dois, DImpc, realizado a posteriori, acontece uma mudança de posicionamento, o trabalhador-intercessor sai de cena para dar voz ao intercessor-pesquisador. Este último realiza uma reflexão epistemológica acerca de sua própria experiência e de seus posicionamentos durante o momento um (DI como práxis do intercessor no campo). O “objeto” de pesquisa do pesquisador-intercessor é sua própria práxis com seu saber. Isso significa que a pesquisa/reflexão não é sobre os sujeitos atendidos ou mesmo a respeito dos trabalhadores da equipe, e sim sobre sua própria práxis de intercessor situada em um campo e um tempo específicos, portanto, trata-se da produção de um conhecimento localizado e datado.

Para produzir a reflexão no campo epistemológico, o pesquisador-intercessor retoma seu Diário de intercessão dando a ele uma nova função: recuperar a experiência vivida para

poder refletir sobre ela. No que diz respeito à pertinência e a validade dos registros no Diário, mais uma vez o DI se aproxima da psicanálise. Do mesmo modo que as escritas posteriores feitas por um psicanalista são cabalmente legítimas (MEZAN, 2002), os relatos do pesquisador-intercessor também são autênticos. O método clínico do caso singular, descrito por Nasio (2000) enquanto “o relato de uma experiência singular, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico” (p. 11) será utilizado para a reflexão. Na construção textual, que inclui essencialmente o confronto do material do Diário com os referenciais teórico e ético que subsidiam o DI, pode ser usada uma vinheta clínica de um ou mais casos.

Nesse momento de elaboração teórica no campo da Universidade o pesquisador-intercessor possui duas funções: a de analista, quando se incumbe de observar os efeitos dos analisadores no campo, e, de analisador, ao levantar problematizações quanto aos saberes instituídos, e por consequência, promover a elaboração de novos saberes e de novas possibilidades de intercessões. Sua produção teórica – conhecimento propriamente dito – visa produzir um movimento tanto na rede de conceitos como também de significantes instituídos, tendo com horizonte a produção de um saber dinâmico e de uma verdade não-toda. O conhecimento produzido nesse momento é um “saber em extensão” (JULIEN, 2002).

Por meio do DImpc pretendemos fazer a crítica a divisão social do trabalho e almejamos elaborar um conhecimento outro (saber segundo) que possa se inscrever nas brechas de uma modalidade discursiva³ que Lacan (1992) denominou como Discurso da Universidade (DU). No DU, a ciência supõe um conhecimento sobremaneira objetivo e cumulativo e pretende-se produtora de uma realidade e de uma verdade única por meio da exclusão de tudo que não se adegue a suas regras e leis, inclusive por meio da exclusão da

³ Para Lacan (1992) todo modo de fazer enlace social é constituído a partir de uma modalidade de discurso, a saber: Discurso do Mestre, Discurso da Universidade, Discurso da Histeria ou do Sujeito e Discurso do Analista. Cada um destes discursos se apresenta no formato de um algoritmo de quatro lugares: o agente, o outro, a produção e a verdade. Esses lugares são ocupados por quatro elementos da álgebra lacaniana, ou seja, o S barrado, a, S1 e S2, sendo que sua ordem é fixa. O elemento tem uma conotação específica a depender de qual lugar ocupar na estrutura discursiva. A permuta circular desses elementos, em movimentos de meio quarto de volta no sentido horário, resulta nas quatro modalidades discursivas, sendo que aquilo que está no lugar de agente caracteriza cada discurso. Assim sendo, no Discurso do Mestre (DM) temos o Mestre (S1) agenciando o outro (S2), como detentor de um saber-fazer, impulsionando-o para que esse produza um saber que será expropriado e útil ao Mestre, pois a partir desse saber ele proferirá uma ordem (faça!). A verdade escamoteada pelo mestre é justamente sua condição de falta-a-ser (S barrado). No Discurso da Universidade (DU) temos o educador com seu saber enciclopédico (S2) agenciando o outro como objeto de ensino (a), resultando na supressão da singularidade do sujeito (S barrado), sendo que a verdade recalcada nesta modalidade é o autor (S1). No Discurso da Histeria (DH) temos o sujeito em sua divisão subjetiva (S barrado) impele o outro-mestre (S1) a produzir um saber (S2) que supostamente resolveria sua questão/sofrimento (a). No Discurso do Analista (DA), o analista, ao estar posicionado como semblante de objeto [causa] de desejo (a), impulsiona o sujeito (S barrado) a produzir seus significantes mestres (S1). Nenhum destes discursos são necessariamente bons ou ruins, o ruim é sua persistência, ou seja, que não ocorram revoluções discursivas.

subjetividade. Ao nos servirmos do DI, aventamos um modo de produção de conhecimento que se situe fora do DU, ao nos situarmos a partir do Discurso da Histórica ou do Sujeito (DH) (LACAN, 1992). No DH, o pesquisador-intercessor é aquele que interroga o conhecimento e com isso pode movimentar os conceitos e os significantes instituídos.

Reconhecemos que a Universidade também pode ser um campo de intercessão, dado as brechas e pulsações instituintes existentes, por esse motivo interessa ao intercessor produzir um saber segundo, com a particularidade de não ter a pretensão criar uma metodologia ou mesmo um manual de como operar no campo, isto é, não aspirar ensinar os trabalhadores e estudantes como devem atuar. Por uma questão conjuntural, essa produção de saber segundo – no nosso caso, no formato de tese – é dirigida à Universidade, mas não apenas a ela. Ela é endereçada também aos trabalhadores do campo da SMC, com a particularidade de visar apenas instrumentalizar/formar outros trabalhadores-intercessores. Conforme ressalta Shimoguri (2021, p. 65) “o saber produzido pelo intercessor assume alguma função social instituinte-organizante no campo de intervenção, tendo no horizonte o uso e usufruto coletivo do conhecimento científico”.

Partimos do princípio de que uma tese não deve se resumir ao cumprimento de obrigações da pós-graduação, sendo importante ir para além das prateleiras da biblioteca, chegar tanto aos trabalhadores da SMC quanto aos estudantes que poderão vir a trabalhar no campo. Para Foucault (1979) o intelectual possui como papel “lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da ‘verdade, da ‘consciência’, do discurso”. Inspirados por sua pontuação, tentamos elaborar uma escrita nos moldes de “um livro que não seja livro” (DELEUZE; GUATTARI, 1995), que promova o diálogo e a construção coletiva de movimentos, processos instituintes e devires.

Ao invés de seguirmos o modelo tradicional de tese escrita em capítulos, optamos por escrever ensaios. Starobinski (2011) demarca que o ensaio exige “a mobilização simultânea de uma hermenêutica e de uma audácia aventureira” e deveria aliar poesia e ciência. O ensaio possui por especificidade, como escrita condensada, ser minimamente autossuficiente em relação aos demais ensaios de tal modo que cada um possa ter a autonomia da circulação, ainda que no conjunto possuam certa unidade, pontos de intersecção. Em vista disso, cada ensaio trata de um assunto específico, ainda que o tema sempre dialogue com os demais ensaios do conjunto.

Nossa decisão pelos ensaios relaciona-se diretamente com a ética, a estética e a política do DI. Ao escrever ensaios não visamos “compilar informações e organizá-las de

acordo com os formatos bem-vistos para publicação em revistas científicas: textos estratificados e divididos na lógica da ciência moderna” (SHIMOGUIRI, 2020, p. 32). Na perspectiva do DI, o ato de escrever serve para que o trabalhador-intercessor possa refletir sobre sua práxis, (re)pensar os manejos institucionais e clínicos, logo, não tem por função responder a perguntas previamente formuladas tal como ocorre nas metodologias tradicionais da ciência. Os desenvolvimentos dos ensaios são, fundamentalmente, uma forma de responder a questões advindas do próprio trabalho no campo e não pretendem respostas cabais. Em suma: escrever para subjetivar. Escrever porque há desejo!

[...] ao escrevermos “com” psicanálise, estamos conscientes de que o texto que estamos construindo é a própria intervenção, um terreno fértil para a experiência, onde cada frase confeccionada pode ser pensada para operar como uma janela transferencial na futura relação do leitor com o escrito (KRÜGER, 2018, p. 80).

Pretendemos que nossos textos possam interessar aos trabalhadores e aos estudantes, por isso procuramos escrever de uma forma mais acessível, ao explicitar os conceitos e usar uma linguagem mais próxima do trabalhador. Ademais, não é nossa intenção ensinar psicanálise aos psicanalistas, nem intentamos explicar a psicanálise para quem a desconhece. Pretendemos somente que os trabalhadores se interessem um pouco e que a partir disso possam construir seus próprios percursos formativos. Apostamos que nossos escritos, por articular os referenciais transdisciplinares com os efeitos-demonstração de nossa práxis, possam servir como um ponto de apoio para quem desejar começar se apropriar um pouco das construções teóricas que sustentam as ações do trabalhador-intercessor no campo. Para Krüger (2018, p. 83):

O escrito psicanalítico ocupa um espaço potencial para todos que se relacionam com ele. Escrever/falar/intervir em psicanálise não deveria possuir como ideal oferecer respostas, preencher lacunas. Há de se manter um espaço de dúvida, uma brecha para o enigma e para a secreta poeticidade. Lacuna que permite a circulação dos afetos, terreno fértil, com potencial transformador, entre o escrito (enunciado) e o leitor (receptor). Afinal, ler não é simplesmente incorporar, colocar dentro de si algum conhecimento.

Partimos da tese de que a psicanálise do campo de Freud e Lacan é um referencial teórico, técnico e ético necessário ao campo da Saúde Mental, ainda que não o único, porque o que leva um sujeito a demandar tratamento é justamente os impasses críticos em sua realidade psíquica. Como a realidade psíquica trabalha na configuração do(s) sintoma(s) e impasses e o seu equacionamento dependa dos processamentos no campo dessa mesma

realidade psíquica, vai implicar que as terapêuticas ofertadas nos estabelecimentos, inclusive no CAPS, incluam necessariamente o trabalho subjetivo a ser realizado pelo sujeito – seja pela fala e/ou pela criação – sob transferência com um trabalhador-intercessor (COSTA-ROSA, 2019). Esse trabalho que “se especifica pela produção de sentido ou de saber inconsciente, sob transferência” (COSTA-ROSA, 2019, p. 43) pode ser feito por intermédio da psicoterapia, da escuta-recepção, das visitas domiciliares, do acolhimento de crise e das oficinas.

Este trabalho é composto por seis ensaios. O primeiro ensaio, *A Política Brasileira de Saúde Mental e os paradigmas do campo: uma análise estrutural*, propõe uma análise lógico-estrutural da Política de Saúde Mental, subsidiada leitura gramsciana sobre Hegemonia e pela Análise Institucional em sua vertente francesa. Ao trazer elementos da formação desta política, pretendemos auxiliar o leitor na compreensão dos desdobramentos atuais, principalmente no que se refere ao conjunto de retrocessos materializados na portaria e na nota técnica que traz de volta não somente os antigos e obsoletos estabelecimentos manicomiais (como por exemplo, os hospitais psiquiátricos) como também as velhas práticas totalitárias e disciplinares já amplamente criticadas. Esse ensaio teve como inspiração ser uma resposta a uma crítica feita por uma trabalhadora que demonstrou não conhecer o jogo de forças imbricado no campo da SMC.

No segundo ensaio, intitulado *O Centro de Atenção Psicossocial como estabelecimento e os modos de produção da atenção ao sofrimento psíquico segundo os paradigmas*, apresentamos o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como estabelecimento que compõe a Rede de Atenção Psicossocial e discutimos a Atenção ofertada aos sujeitos subsidiados pela caracterização paradigmática proposta por Costa-Rosa (2013). Para tal tarefa, nos servimos da Análise Institucional para posicionarmos o CAPS como palco de lutas sociais e tratamos sobre sua função, seu funcionamento e os modos de atenção ao sofrimento psíquico. Nesse ensejo, explicitamos a caracterização paradigmática balizada pelos quatro parâmetros e discutimos as ofertas terapêuticas a partir de situações vivenciadas pelos trabalhadores em um estabelecimento assistencial. Entendemos que a clareza paradigmática de faz necessária ao trabalhador que pretende se guiar pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e pela ética da Atenção Psicossocial.

No ensaio *O Psicólogo (não tão psicólogo) “entre vários” no Centro de Atenção Psicossocial*, discutimos algumas possibilidades da prática deste profissional junto aos sujeitos que demandam tratamento e à equipe na construção do caso clínico e na produção de movimentos instituintes situados na micropolítica do cotidiano. Destacamos a reunião de

equipe, o grupo de escuta-recepção, o acolhimento às situações de crise, a articulação da Rede de Saúde e Intersetorial e a visita domiciliar como espaços onde é possível, sustentada pela transferência, e no partilhar a responsabilidade, introduzir a novidade formulada pela psicanálise, a de que o saber para equacionamento dos impasses subjetivos não está do lado dos técnicos e sim dos sujeitos.

No quarto ensaio, *Que clínica para a loucura no CAPS: o tratamento do sujeito constituído por forclusão*, nosso objetivo foi discutir brevemente a clínica com os sujeitos considerados loucos sob o referencial da Psicanálise do campo de Freud e Lacan. Para tal, realizamos uma pequena apresentação sobre o processo de constituição do sujeito, explicitamos as condições para a ocorrência de impasses radicais, destacamos os impasses em cada uma das sobremodalizações – esquizofrenia, paranoia e melancolia – e apontamos sucintamente aspectos do tratamento a partir deste referencial teórico, técnico e ético. Consideramos imprescindível ofertar aos trabalhadores outra teoria – que não a médica – de modo que eles tenham outro referencial para balizar suas práticas com esses sujeitos da forclusão.

O quinto ensaio, nomeado como *Psicoterapia para tratar as neuroses graves no CAPS: contribuição da Psicanálise do campo de Freud e Lacan*, aborda a escuta do sujeito que apresenta graves impasses de subjetivação. Para tal, trazemos uma síntese sobre a estruturação subjetiva no recalçamento, apresentamos as três funções (sintomal, diagnóstica e transferencial) das entrevistas preliminares e seus dois tempos, a retificação subjetiva, as modalidades de interpretação, as submodalidade estruturais do recalçamento e a direção do tratamento. Apresentamos, ainda, o grupo psicoterapêutico como uma possibilidade de uma escuta do singular no espaço coletivo. E discutimos o tempo de tratamento, bem como o porquê de uma psicoterapia precavida pela psicanálise.

No sexto ensaio, *A oficina terapêutica como laços sociais de produção e a oficina no Discurso do Analista*, trabalhamos a oficina como uma terapêutica na interface da arte com a clínica. Nele, resgatamos brevemente a história do uso da atividade no campo da Saúde Mental, discutimos a oficina a partir das modalidades de laço social estabelecidos por Lacan (1992) no Seminário 17, e apresentamos nossa experiência como oficinaira posicionada no Discurso da Analista (DA). Por estar posicionada nesta modalidade de discurso, os sujeitos puderam, cada um a seu modo, criar e falar de si, em outras palavras, serem protagonistas do seu tratamento.

No CAPS psicossocial, o sujeito é compreendido como sujeito do inconsciente e principal protagonista tratamento, a ética é a do desejo, os atendimentos ofertados são

dispositivos de subjetivação, o que demanda trabalhadores-intercessores que se inspiram pela RPB e pelo horizonte da Atenção Psicossocial que se busca construir para além da reforma. E o Psicólogo psicossocial, que também denominamos “não tão psicólogo” é um trabalhador-intercessor implicado em seu saber-fazer, produtor de um “trabalho vivo” (MEHRY, 2002; MEHRY; FRANCO, 2009). Ele não deixa de ser psicólogo, mas vai além de sua formação universitária, incorporando a sua “caixa de ferramentas” um conjunto de instrumentais transdisciplinares, dentre eles a psicanálise, que lhe dão condições de uma prática que não se pautem no saber-poder e considere a especificidade da realidade psíquica e seus diferentes modos de constituição. Portanto, ele problematiza e reinventa o próprio campo da psicologia.

REFERÊNCIAS

BENELLI, S. J. Problematizando a instituição pesquisa na universidade e nas práticas psicológicas: questões epistemológicas e éticas. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 18, n. especial, p. 88-120, 2019. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/issue/view/88>. Acesso em: 16 mai. 2020.

COSTA, M. F. *A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento: da privatização da Saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). 2014. 176 f. Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2016. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/148827/costa_mf_me_assis_int_sub.pdf?sequence=6&isAllowed=y. Acesso em 28 out. 2020.

COSTA, M. F.; COSTA-ROSA, A.; FIOCHI, P. I. C. Q.; MEXKO, S. Dispositivo Intercessor: fundamentos teórico-metodológicos e éticos, definições necessárias. *Anais do 6º Congresso Internacional de Psicologia da UEM – Psicologia e Direitos Humanos: formação, atuação e compromisso social*. Maringá, 2015, p. 1-11. Disponível em: <http://cipsi.vwi.com.br/anais/publicacoes/modalidade/1>. Acesso em: 20 mai. 2020.

COSTA, M. F. *Urgência e sujeito em uma unidade hospitalar: ensaios sobre a práxis da psicanálise na instituição de saúde*. Londrina: Eduel, 2019. 314p.

COSTA-ROSA, A. PEREIRA, E. C. *O que é isso dispositivo intercessor?* Unesp/Assis. Mimeo, 2011.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo de Freud-Lacan? *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 18 (número especial), p. 37-54. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542/1352>. Acesso em: 15 jan. 2020.

COSTA-ROSA, A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013.

DELEUZE, G. *Conversações*. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992.

FRENTE ESTAMIRA DE CAPS. Disponível em: <https://frenteestamira.org/quem-somos/>. Acesso em: 26 dez. 2020.

FREUD, S. Sobre a psicoterapia (1905[1904]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 7. p. 241-254.

FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder: conversa entre Gilles Deleuze e Michel Foucault. In: M. FOUCAULT. *Microfísica do poder*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Grall, 2012. p. 69-78.

GALIEGO, A. H. B. *O dispositivo intercessor como modo de produção de conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas*. 2013. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97528/000721719.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jan. 2020.

GARCIA, A. S. *Atenção primária e Atenção Psicossocial: Dispositivo Intercessor como operador da produção de conhecimento na Saúde Coletiva*. 2013. 133 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2013. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/105588/garcia_as_dr_assis.pdf?sequence=1. Acesso em: 27 fev. 2020.

HAJN, C. G.; DUARTE, C. G.; GARCIA JÚNIOR, S. A. Movimento em Flamas: o Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba. In: MARTINS, M. F. (Org.). *História dos movimentos sociais da região de Sorocaba: origens, conquistas e desafios*. Holambra, SP: Editora Setembro, 2012. p. 159-162.

LACAN, J. *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, J. *O seminário: livro 3: As psicoses*. (1955-56). Tradução de Aluisio Menezes. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN. *O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise* (1959-60). Tradução de Antônio Quinet. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Tradução de D. Magno. Rio de Janeiro, Zahar, 2008.

LACAN, J. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Tradução de Ari Roitman. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LAPASSADE, Georges. *Grupos, Organizações e Instituições*. Tradução de Henrique A. A. Mesquita. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LOURAU, R. *A Análise Institucional*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

MARTINI, R. B. *O dispositivo intercessor como meio de superação dialética da medicalização da saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). 2010. 95 f. Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2010. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97613/martini_rb_me_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 30 mar 2020.

MARX, K. *Formações econômicas pré-capitalistas (1857-58)*. Tradução de João Maia. 7a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

MEHRY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEHRY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2009. p. 278-284. Disponível em: http://www.epsv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf. Acesso em 06 dez 2020.

MEXKO, S. *Psicologia e assistência social: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). 2014. 125 f. Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2017. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/150287/mexko_s_me_assis_int.pdf?sequence=6&isAllowed=y. Acesso em 28 jun. 2021.

PÉRICO, W. *Contribuições da Psicanálise de Freud e Lacan a uma Psicoterapia Outra: a clínica do Sujeito na Saúde Coletiva*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). 2014. 164 f. Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2014. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/110673/000781535_20160130.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 23 jul. 2020.

PÉRICO, W. Psicanálise, transdisciplinaridade e Atenção Psicossocial: a necessária formação de trabalhadores de Saúde Mental de um novo tipo. *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 18 (número especial), p. 121-140, 2019a. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1545>. Acesso em 27 dez. 2020.

PÉRICO, W. Trabalhadores-intercessores no campo da Atenção Psicossocial, ou outra versão do avesso do avesso da psicanálise. *Teoria e Pesquisa*, v.35, e35438, p. 1-4, 2020b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v35/0102-3772-ptp-35-e35438.pdf>. Acesso em 15 dez. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. O Paradigma Psicossocial: parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 18 (número especial), p. XX. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v18nspe/v18nspea11.pdf>. Acesso em 02 abr. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento na saúde coletiva*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de

Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/202764/shimoguri_afdt_dr_assis.pdf?sequence=5. Acesso em 14 ago. 2020.

SOUZA, W. A. *A assistência social e o trabalho com as pessoas em situação de rua no CREAS: um campo de intercessão*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). 2015. 162 f. Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/131844/000851877.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

SOUZA, H. B. *O psicólogo no cenário do sistema socioeducativo em meio aberto: problematizando saberes e fazeres*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). 2015. 268 f. Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2019. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/191001/souza_hb_me_assis_int.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso: 10 mai. 2021.

STAROBINSKI, J. É possível definir o Ensaio? *Revista Remate de Males*, Campinas-SP, v. 31, n. 1-2, p. 13-24, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/remate.v31i1-2.8636219>. Acesso em: 02 mai. 2020.

KRÜGER, L. A escrita, o escrito e o psicanalista enquanto dichter. *Sig Revista de Psicanálise*, v. 7, n. 2, p. 77-86, 2018. Disponível em: <http://sig.org.br/wpcontent/uploads/2020/03/Edicao13-EmPauta3.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

ENSAIO 1

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA E OS PARADIGMAS DO CAMPO: UMA BREVE ANÁLISE ESTRUTURAL

Resumo: Este ensaio visa problematizar a Política Nacional de Saúde Mental brasileira por meio de uma análise estrutural que considere os desdobramentos políticos neste campo. Para tal tarefa, nos serviremos do conceito de Hegemonia, assim como da conceituação paradigmática de Costa-Rosa. A Lei da Reforma Psiquiátrica, fruto do processo de luta, ao redirecionar o modelo de Atenção do tratamento asilar para o territorial abriu uma importante brecha para a superação do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador pelo Paradigma Psicossocial. Todavia, nesta década a Política de Saúde Mental tem sofrido um conjunto de retrocessos por meio de resoluções e portarias, trazendo de volta obsoletos estabelecimentos e antigas práticas. O Paradigma Psiquiátrico não somente continua a ser hegemônico como também tem recuperado sua hegemonia.

Palavras chave: Política de Saúde Mental; Hegemonia; Paradigmas; Atenção.

Considerações iniciais

Nos últimos anos temos vivenciado um acirramento da crise do Modo Capitalista de Produção (MCP), em sua versão neoliberal, que resulta no aumento de desempregos, aumento de subempregos e diminuição de investimento do Estado em políticas sociais tais como Educação, Saúde e Assistência Social. Dadas às condições materiais de existência da população, o sofrimento psíquico tem aumentado, e não por acaso verificamos um crescimento substancial na demanda de tratamento em Saúde Mental. No Brasil, a Atenção¹ em Saúde Mental é ofertada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e está institucionalizada pela Política Nacional de Saúde Mental. Essa política é amparada pela Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Os atendimentos são ofertados em diversos estabelecimentos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS, instituída em 2011 (BRASIL, 2011) e reformulada em 2013, têm por finalidade a criação, articulação e organização dos estabelecimentos que ofertam tratamento na área da Saúde Mental.

A lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), conhecida como Lei Paulo Delgado, abriu uma importante brecha para a mudança do modelo de Atenção em Saúde Mental por meio da superação Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, sendo a Reforma Psiquiátrica um caminho em direção ao Paradigma Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013). O

¹ Seguindo Costa-Rosa (2013) grafamos o termo Atenção com inicial maiúscula para nos referirmos ao conjunto de ações executadas no campo da Saúde Mental que geralmente são nomeadas de cuidado, promoção, tratamento e atenção.

modelo assistencial é a forma de organização/combinação de tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de oferta da atenção em saúde (PAIM, 2001; TEIXEIRA, PAIM; VILASBÔAS, 1998), enquanto o paradigma² diz respeito a “conjuntos articulados de valores e interesses que se estratificam, criam dispositivos (leves e pesados) e podem chegar à polarização” (COSTA-ROSA, 2013, p. 76).

A primeira leitura, que alcança um primeiro nível de análise do campo da Saúde Mental Coletiva (SMC) foi realizada por Amarante (1998) que propôs uma análise histórico-conjuntural por meio de quatro dimensões: 1) teórico-conceitual; 2) técnico-assistencial; 3) político-jurídico e 4) sociocultural. Já Costa-Rosa (2000, 2013, 2019), se serve dos pensamentos desse autor e vai além dele ao propor uma análise lógico-histórico-estrutural a partir de quatro parâmetros: 1) concepção de objeto e meios de trabalho; 2) modos de organização das relações intrainstitucionais e interinstitucionais; 3) modos como a instituição se relaciona com os sujeitos, a população e território e a recíproca; e 4) modos dos efeitos terapêuticos e dos desdobramentos éticos das ofertas de Atenção.

Costa-Rosa (2013) demarca a existência de lutas paradigmáticas na instituição Saúde Mental e aponta que o PPHM está em sintonia com o Modo Capitalista de Produção (MCP), ao passo que o PPS é sintônico com o Modo Cooperado de Produção (MCoP). Passados quase vinte anos da homologação da Lei da Reforma Psiquiátrica, nos perguntamos sobre sua construção, quais os avanços e retrocessos aconteceram em sua efetivação e quais questões políticas, econômicas e sociais participaram para que fosse assim.

O presente ensaio visa analisar o campo da Saúde Mental brasileira e sua consistência institucional enquanto política pública pertencente ao SUS. Mais especificamente, propomos realizar uma análise lógico estrutural que leve em conta os desdobramentos políticos e as possibilidades dessa política no cenário atual. Para tal, nos serviremos da leitura gramsciana sobre Hegemonia e da Análise Institucional em sua vertente francesa (LOURAU, 2014; BAREMBLITT, 2012). Vivemos um momento de retrocessos explícitos no campo da Saúde Mental, sendo alguns de seus indicadores, a volta dos velhos ambulatórios desconstruindo a lógica de tratamento no território, da eletroconvulsoterapia tão amplamente criticada, o crescimento das famigeradas comunidades terapêuticas e do incentivo a modalidades de tratamento asilar por meio da Resolução nº 32 (BRASIL, 2017a), reafirmada pela Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019). Torna-se necessário refletir

² Paradigma pode ser entendido como um constructo teórico que possibilita “entender dinamicamente a realidade histórica, organizando seu aparente caos, e alcançar uma compreensão de sua forma, de seu sentido e de seus processos de produção” (BENELLI; COSTA-ROSA, p. 613).

sobre o processo de constituição do modelo atualmente vigente, a fim de melhor nos posicionarmos neste cenário.

A instituição Saúde Mental e o Processo de Estratégia de Hegemonia: introduzindo alguns conceitos

Partiremos a seguinte afirmação: a Saúde Mental pode ser pensada como uma instituição. No contexto de certa sociedade e, em cada bloco histórico, as atividades humanas são permeabilizadas pelas instituições que, segundo Baremblytt (2012), têm por função realizar a regulação das relações sociais. Para a Análise Institucional, uma instituição é uma “forma universal, ou considerada como tal” (LOURAU, 2014, p. 15). As instituições estão presentes na vida de um indivíduo desde o momento em que ele nasce até o momento de sua morte, formando um sistema ideológico que tenta enquadrá-lo e integrá-lo em grupos e classes sociais, conforme exemplifica Lourau (2014): “a fábrica é uma prisão, uma prisão onde ninguém é forçado a entrar e onde ninguém é retido, mas onde certos indivíduos são forçados a entrar pela ‘lógica’ da origem social, da herança cultural e da seleção escolar” (p. 19).

Instituição também pode ser entendida como “conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais)” (LUZ, 1979, p. 30) com efeitos fundamentalmente políticos. Segundo Costa-Rosa (2000, p. 145), os saberes e as práticas “são, portanto, polissêmicos, o que decorre do fato de serem tentativas de cristalizações de visões e interesses diversos (às vezes divergentes), presentes no contexto social em que se origina e atua determinada instituição”. Dado que a sociedade é articulada por conjuntos de interesses divergentes e até mesmo contraditórios, para poder escamotear as tensões advindas da Demanda Social³ é que determinada instituição tenta metabolizar, a articulação de saberes e práticas necessariamente precisa se dar por um discurso lacunar, como todos os enunciados discursivos (COSTA-ROSA, 2013).

³ O conceito de Demanda Social, referenciado na Análise Institucional, diz respeito ao conjunto de pulsações produzidas pelo antagonismo de forças em jogo na luta de classes no seio da sociedade, ou seja, é resultante do conflito de interesses entre o polo dominante e polo subordinado, logo, tem um aspecto de dimensão instituinte. Das pulsações da Demanda Social podem nascer movimentos sociopolíticos que questionam o instituído social. A Demanda Social, por meio da mediação imaginária e ideológica, isto é, por sofrer a captura da ideologia capitalista, poderá traduzir-se em Encomendas Sociais. Essas encomendas sociais podem ser entendidas como pedidos, solicitações de objetos ao redor dos quais serão criadas instituições, organizações, estabelecimentos e dispositivos, discursos e práticas, atores institucionais e efeitos éticos. No caso da Saúde Mental, as pulsações da Demanda Social deram origem ao Movimento pela Reforma Psiquiátrica que reivindicaram uma Atenção de base territorial.

Compreendendo as instituições como malhas concretas das Formações Sociais⁴, Luz (1979) demarca que são lugares privilegiados de luta política. Como as instituições articulam um conjunto de interesses, acontecem disputas entre visões de mundo e de projetos alternativos e concorrentes de sociedade, deste modo há uma “estratégia de luta – não necessariamente aberta – entre grupos e classes sociais constitutivos destas instituições e inseridos em um bloco histórico” (idem, p. 31). Para Luz (1979), a hegemonia de classe está centrada nas instituições sociais.

Gruppi (1978) define a hegemonia, para Gramsci, enquanto o domínio de uma classe (polo) social sobre todo o conjunto da sociedade – à totalidade das classes e grupos sociais –, operada por um poder ideológico, cultural, social, político e econômico. De acordo com Costa-Rosa (1987), “a hegemonia traduz-se pela primazia ideológica e econômica de uma classe e prolonga-se, normalmente, através da hegemonia política” (p. 34). A hegemonia não consiste em um sistema formal fechado, bem como não é completamente homogêneo e articulado, trata-se de um processo móvel e abarca não apenas a estrutura macroeconômica e a organização política da sociedade, mas também influencia os planos culturais e ideológicos. Neste sentido, a hegemonia não tem o sentido somente de domínio de uma classe social em relação às demais classes, mas a capacidade das classes na elaboração de uma visão de mundo. Portelli pontua que (1977):

[...] a classe fundamental, ao nível estrutural, dirige a sociedade pelo consenso, que ela obtém graças ao controle da sociedade civil, esse controle caracteriza-se, particularmente, pela difusão de sua concepção de mundo junto a grupos sociais, tornando-se assim ‘senso comum’ pela constituição de um bloco histórico, ao qual cabe a gestão da sociedade civil (p. 63).

Luz (1979) propõe uma interpretação dinâmica do conceito de hegemonia: trata-se de um processo e prática contraditória, uma vez que institui como universal aquilo que é essencialmente particular. O conceito gramsciano de Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH), utilizado na análise política das instituições, permite analisar o jogo de forças que compõem as instituições e nelas se atualizam, possibilitando desvelar como fatores estruturais interferem nos elementos conjunturais e locais. O PEH envolve um conjugado de práticas, relacionadas à estratégia e tática, que tem por finalidade manter a Formação Social, seja uma instituição ou a própria sociedade, em equilíbrio dinâmico, quanto aos interesses dominantes e

⁴ Formação Social, também denominada formação-econômico-social, é um termo que designa “uma sociedade historicamente determinada, um todo social em um momento de sua existência” (FIORAVANTE, 1978, p. 32). Uma formação social resulta de uma articulação particular de seus diversos níveis ou instâncias (ideológica, jurídico-política e econômica). A Formação Social consiste em uma unidade complexa, pois diz respeito a uma combinação particular de vários modos de produção, posto que um determinado modo de produção será dominante e irá determinar o caráter dos outros.

subordinados. Em virtude das realidades serem sempre segmentares e contraditórias, no que diz respeito a interesses e visões de mundo que se atualizam nesse processo, essa segmentaridade tende a ser polarizada.

Nesse processo é possível demarcar a existência dois polos de um mesmo contínuo em oposição dialética, o polo dominante e o polo subordinado, e um amplo conjunto de saberes e práticas que variam entre diferentes, alternativos e contraditórios. Do lado dominante, constituído por uma pequena parcela da população, há um conjunto de práticas de efeitos ideológicos e repressivos, assim como um conjunto de concessões táticas que, posteriormente, podem ser recuperadas. Do lado subordinado existe um conjunto de práticas que estão em consonância com o polo dominante e são reproduzidas devido à dominância material e ideológica deste polo. Todavia, o polo subordinado produz reivindicações e práticas alternativas, às vezes ativas e em outras passivas, que algumas vezes podem chegar almejar e a aspirar a elaboração de uma hegemonia alternativa à dominante – de tornar hegemônicos os interesses socialmente subordinados (COSTA-ROSA, 2013).

Gramsci considera que há duas maneiras pelas quais o polo dominante exerce seu poder, isto é, realiza o controle da Sociedade Civil por intermédio do Estado: pelo PEH ou por Ditadura. Para realizar esse processo e manter o controle para si, pela obtenção do consentimento das massas, o polo dominante se serve de um conjunto de instituições civis propagadoras de cultura, denominadas por Althusser (1980) de Aparelhos Ideológicos de Estado (AIE) para orientar os interesses e as necessidades do polo subordinado. Esses AIE funcionam “[...] de um modo massivamente prevalente pela ideologia, embora funcionando secundariamente pela repressão, mesmo que no limite, mas apenas no limite, esta seja bastante atenuada, dissimulada ou até simbólica” (ALTHUSSER, 1980, p. 47). Apenas quando a dominação ideológica perde sua potência e eficácia, não dando conta de manter em equilíbrio interesses contraditórios, que a repressão é largamente utilizada, entrando em cena os Aparelhos Repressivos de Estado (ALTHUSSER, 1980).

Em momentos do acirramento das contradições, da luta de classes, quando fica mais evidente o distanciamento cada vez maior entre os representantes e os representados e o polo subordinado apresenta reivindicações que constituem uma revolução popular, acontece a “crise de hegemonia” ou crise de representação. Nesses períodos de crise de representação aparece outra forma de regime político: a ditadura. No regime ditatorial, a classe social dominante irá fazer uso, majoritariamente, dos Aparelhos Repressivos de Estado, ainda que os Aparelhos Ideológicos não deixem de também realizar sua função. Há ainda a possibilidade dos dois regimes atuarem juntos, ainda que algum deles tenha prevalência.

No MCP, para sua própria perpetuação, é imprescindível que o Estado participe ativamente da organização da sociedade civil por meio das Políticas Públicas⁵. Essas constituem os meios usados pelo Estado para a manutenção do status quo. Por meio destas políticas são garantidas tanto as condições político-ideológicas quanto econômicas de reprodução do sistema hegemônico e seu modo de produção (GOTO, 2018).

Conforme Costa-Rosa (2013) o caso das instituições de Saúde Mental ilustra bem o PEH, pois nelas é possível visualizar os efeitos de uma real luta pela hegemonia das visões culturais, ideológicas, teórico-técnicas e éticas. O PEH possibilita fazer a análise do jogo de forças, contrapondo os aspectos do PPHM aos do PPS. Adiantamos que, na atual conjuntura, visualizamos que o PPHM é o hegemônico enquanto o PPS se constitui como alternativo e somente pode ser encontrado pontualmente nas práticas de um pequeno conjunto de trabalhadores, localizados geográfica e historicamente (MONDONI; COSTA-ROSA, 2010).

Os primórdios do Estado como intermediário da Atenção em Saúde Mental

Revisitar a história nos auxilia a compreender como chegamos até a configuração atual da política e das práticas em Saúde Mental. No período pré-republicano, até o século XVII, os sujeitos considerados “loucos” faziam parte da paisagem urbana, circulando pelas cidades; a loucura não era uma questão que ocupava a instituição médica e a instituição hospitalar (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). O primeiro manicômio brasileiro, criado em 1852, no Rio de Janeiro, denominado Hospício Dom Pedro II, foi o primeiro estabelecimento de assistência em Saúde Mental pública. Anteriormente a sua criação não havia qualquer tipo de oferta de

⁵ De acordo com Benelli (2019, p. 47) “seria possível distinguir os termos *políticas de governo*, *políticas de Estado* e *políticas públicas*. *Políticas de Governo* corresponderiam à criação de projetos, programas, benefícios ou serviços por um grupo que está na administração pública municipal, estadual ou federal, num dado momento, que teriam validade durante o período em que durasse o mandato eleitoral desses gestores. Essas políticas poderiam ser consideradas como concessões tácitas, por meio das quais os governantes se adiantam às necessidades da população e criam projetos, programas, benefícios ou serviços, certamente já de forma assepsiada. Mas essas políticas não possuem o *status* jurídico de lei federal, o que as tornaria obrigatórias em todo o território nacional, sistemáticas e contínuas, podendo ser abolidas pelos próximos gestores eleitos. É o que costuma acontecer: a nova administração tende a abolir todo o trabalho realizado pelo governo anterior, sobretudo, aquilo que funcionou bem. Cada novo governante quer criar novidades e produzir fatos e notícias que lhe rendam dividendos eleitorais. *Políticas de Estado* seriam aquelas que alcançam o estatuto de lei federal, sendo válidas e obrigatórias em todo o território nacional. Elas seriam concessões tácitas do Estado – sendo acompanhadas de um processo de recuperação do que se concedeu –, para responder às pressões produzidas pelos movimentos sociais, por intelectuais e trabalhadores, configurando uma proposta estratégica construída no nível nacional. Elas se caracterizam por sua perenidade e não se encerram quando um determinado grupo é substituído por outro no poder. Também seria possível pensar que haveria políticas de Estado formais que permaneceriam num nível mais burocrático, caracterizando mais uma concessão tácita e que haveria outras que avançariam para o estatuto de *políticas públicas*, quando as reivindicações, os interesses e a participação efetiva das classes sociais subordinadas se fizessem presentes e atuantes, por meio de manifestações públicas, por meio da participação ativa em conselhos de controle social com poder deliberativo, por meio de audiências públicas e de conferências municipais, estaduais e nacionais”.

tratamento e a população que apresentava sofrimento psíquico intenso perambulava pelas ruas das cidades, ou então eram trancadas em Santas Casas da Misericórdia ou mesmo em suas próprias casas.

O começo da Psiquiatria no Brasil teve dois momentos importantes: a inauguração do Hospício Dom Pedro II e a Proclamação da República, eventos esses que coincidiram com o surgimento da Psiquiatria Científica. De acordo com Devera e Costa-Rosa (2007, p. 61) “[...] rapidamente se forma uma aliança entre a ciência psiquiátrica e os projetos estatais de controle social”. Até a década de 60, do século XX, a assistência em Saúde Mental no país era caracterizada por ofertar de modo exclusivo e compulsório a internação em hospitais psiquiátricos públicos (YASUI, 2006). A internação como forma de tratamento estava em consonância com os moldes do que Foucault (2014) chamou de Sociedade Disciplinar. Nota-se aqui os primeiros germes do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador.

No período do Brasil república, durante o Regime Militar (1964-1985) havia um projeto de promover um rápido desenvolvimento do país (denominado milagre brasileiro) em direção ao capitalismo moderno e de colocar o Brasil sob a influência política e econômica dos Estados Unidos. Esse projeto exigia o aumento de atendimento médico, inclusive psiquiátrico, para a crescente força de trabalho. Em virtude disso, deu-se início a construção do Sistema de Previdência Social e do novo modelo de atendimento médico. Foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que substituiu as caixas de aposentadorias e assistência médicas dos sindicatos, implantando um novo modelo médico-previdenciário. No que diz respeito ao atendimento em Saúde Mental, o projeto dos governos militares não privilegiava tanto a recuperação como a modernização dos hospitais psiquiátricos públicos, pelo contrário, procurava-se contratar leitos de psiquiatria em uma crescente rede privada, em clínicas de pequeno porte e mais modernas. Os trabalhadores e seus dependentes, cobertos pela Previdência Social, eram atendidos nos leitos na rede privada, enquanto os demais eram destinados aos antigos hospícios. Para Yasui (1999), no regime militar, “a psiquiatria adquiriu o status de prática assistencial de massa, com o início da mercantilização da loucura através da celebração dos convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)” (p. 51)

Em 1966, o INPS alegou que os estabelecimentos de saúde eram incapazes de dar conta da demanda e propôs a contratação de serviços da iniciativa privada. Por meio da celebração de convênios com este órgão para a realização de prática privada financiada com verba pública, a psiquiatria ampliou a sua prática assistencial para amplos setores da classe trabalhadora, transformando a saúde mental em mercadoria. Pitta (2011, p. 4583) revela que “[...] O fluxo do dinheiro público para a esfera privada é revelada no fato de que, entre 1965 a

1970 a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil em 1970”. Neste período, e na década de 1970, houve o financiamento de empresas particulares para a construção de diversos manicômios no país, sendo que, pela proposta de descentralização, os manicômios particulares receberam pacientes vindos de manicômios públicos. Nesta mesma década ocorreu uma mudança no perfil da população internada nos hospitais psiquiátricos, com o aumento de internações de sujeitos neuróticos e alcoolistas. Essas medidas tiveram como efeito o fortalecimento do grupo econômico formado pelos donos dos manicômios que se beneficiaram do montante financeiro garantido pelo Estado via INPS. Conforme ressalta Tenório (2002) “[...] Foram sobretudo os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e a privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais conveniados” (p. 10), o que reflete a estratégia de hegemonia das classes dominantes durante o período militar. Consolida-se o PPHM enquanto hegemônico nas práticas de Atenção à Saúde Mental, garantindo o lucro dos setores ligados à hospitalização, além do acúmulo de poder político.

No cenário internacional, a década de 1960 foi marcada pelo início de um período de luta por transformações na oferta de Atenção ao sofrimento psíquico, sendo que a Reforma Psiquiátrica se transformou em experiências concretas em vários países. Essas foram diversas e vão desde reformas mais cosméticas que modificaram o Manicômio sem questionar o paradigma da psiquiatria até propostas que vão no sentido da desospitalização, desinstitucionalização⁶ e da total extinção dos Manicômios (COSTA-ROSA, 2013). As produções teóricas das correntes da Psiquiatria Democrática Italiana, a Psicologia Institucional francesa e a Psiquiatria Institucional foram capazes de impactar a concepção de saúde psíquica dos órgãos internacionais de promoção de saúde (GOTO, 2018). E o

⁶ Para Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) a desinstitucionalização é “um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema” (p. 29). Produz a transformação no modo como os sujeitos são tratados para transformar seu sofrimento, reconstruindo a complexidade de objeto que se torna existência-sofrimento e sua relação com o corpo social. Neste sentido, há uma ruptura de paradigma, a pesquisa causal dá lugar à “reconstrução de uma concatenação possibilidade-probabilidade” (p. 30). Pretende-se não mais um processo de cura e sim a invenção de saúde, produção de vida e de sociabilidade. Segundo os autores, a desinstitucionalização tem como objetivo prioritário a transformação das relações de poder entre instituição e os sujeitos (e essencialmente os pacientes). Esse processo de desinstitucionalização: mobiliza todos os atores institucionais, é produzida a partir de dentro da instituição servindo-se de seus recursos e problemas para criar novas estruturas, e libera da necessidade de internação por meio da construção de serviços inteiramente substitutivos. Segundo Lougon (1993), sob esse conceito encontram-se diversas experiências históricas, em vários países, sustentadas por concepções teóricas distintas. Em diversos países da Europa e nos Estados Unidos o que se nomeou desinstitucionalização na prática foi somente desospitalização, visando principalmente à racionalização financeira e administrativa que incluíam a política de altas hospitalares e a redução do número de leitos. Em vista disso, consideramos que somente a experiência italiana consistiu em um processo de desinstitucionalização.

movimento pela RPb que surgiu na década de 1970 se inspirou nas experiências internacionais, inclusive pela vinda de importantes figuras tais como Michel Foucault, Felix Guattari, Erwin Goffman, Robert Castell e em especial Franco Basaglia ao Brasil (YASUI, 2006), para discutir o tema da Atenção ao sofrimento psíquico.

Em 1972 a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) conjuntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveram a Terceira Reunião dos Ministros da Saúde na qual o então Ministro da Saúde brasileiro, Mario Machado de Lemos, esteve presente e assinalou a necessidade de uma mudança no modelo de Saúde Mental vigente. Segundo ele “A atuação preventiva com base em práticas, atividades e com a participação da comunidade é fundamental para que na década de 70/80 possamos suplantarmos as práticas asilares ou custodiais ainda presentes” (Mario Machado de Lemos apud COSTA-ROSA, 1987, p. 69). A partir da reunião foi firmado o Plano Decenal de Saúde para as Américas que recomendava: a modernização da legislação psiquiátrica, a modernização do tratamento por meio a utilização de técnicas grupais, a Criação de estabelecimentos não-hospitalares de Saúde Mental, a priorização de atendimento ambulatorial, a prevenção nos três níveis (primária, secundária e terciária) e o estímulo do ensino de saúde mental em escolas que formam profissionais de saúde (YASUI, 2006). Também foi firmado um Acordo para a execução de um programa de Saúde Mental no Brasil, com validade até 1974, que destacava a formulação de uma Política Nacional de Saúde Mental.

O movimento pela (velha) Reforma Psiquiátrica: inspirações e contradições

O movimento da Reforma, nascido na segunda metade da década de 1970 se estende até o momento presente com algumas diferenças importantes nomeadas de “Psiquiatria Comunitária”, “Reforma Psiquiátrica”, “Luta Antimanicomial” e “Atenção Psicossocial” (COSTA-ROSA, 2013). Para fins didáticos, partiremos da afirmação de que a Reforma Psiquiátrica brasileira possui dois momentos, sendo que entre eles não há uma relação de ruptura e sim de um complexo processo de reorganização institucional. O momento inicial da RPb configura-se enquanto um processo político, vinculado ao movimento social vinculado a Reforma Sanitária (RS), sendo que sua construção está completamente vinculada a luta pela transformação da sociedade e pela democratização do país. A RS questionava a organização social e o modo de produção, defendia mudanças estruturais tendo como ponto de partida o campo da Saúde. Na RP atual existe pouca crítica quanto ao modo de produção, não se aspira alterações estruturais, apenas se almeja “reorganizações institucionais que tornem as

instituições condizentes com ideias não violentos e que encarna sua luta no manicômio arquitetônico” (GOTO, 2018, p. 188).

De acordo com Amarante (1998) a Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) é um processo que tem origem não somente na crítica ao subsistema de saúde mental como também na crítica ao saber médico e as estruturas psiquiátricas asilares, sob o pano de fundo da conjuntura de redemocratização do país. A RPB, assim como a Reforma Sanitária, em suas raízes se conforma enquanto um processo político de transformação social e não somente a mudança em um subsetor (da Saúde Mental). Yasui (2006, p. 26) ao falar dos primórdios do Movimento define a RPb como “[...] movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade”. O movimento da RPb se serviu de um conjunto de experiências que, embora superadas, possui relações com os acontecimentos posteriores. Amarante (2007) demarca três grupos: a) o primeiro, composto pela Psicoterapia Institucional e pela Comunidade Terapêutica, partilhavam da concepção de que o problema estava na gestão do hospital, sendo possível a solução por meio de mudanças na instituição; b) o segundo, formado pela Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, entendiam que o modelo hospitalar estava esgotado e que esse deveria ser desmontado através da construção de serviços assistenciais que configurariam um outro modelo de cuidado; e, c) o terceiro grupo, composto pela Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, concebiam que a questão era o modelo científico psiquiátrico e não somente suas instituições.

A Psicoterapia Institucional foi uma experiência surgida na França, especificamente no Hospital Saint-Albam, e amparada nas ideias de François Tosquelles, mas desdobradas por duas linhas discursivas peculiares, a esquizoanálise de Felix Guattari e a psicanálise lacaniana de Jean Oury. Propunha o questionamento da instituição psiquiátrica, do poder médico e tendia a horizontalização das relações. Duas propostas importantes eram a escuta polifônica, isto é, a ampliação dos referenciais teóricos, e a noção de acolhimento, sendo a equipe importante para suporte e referência dos pacientes (AMARANTE, 2007). Sua originalidade foi elaborar uma teoria e prática que visava intervir nas questões institucionais que surgiam no tratamento da psicose. Essa experiência representou a “oportunidade de problematizar os ‘sintomas institucionais’”, contudo, “pouco efeito tiveram sobre a Atenção à loucura, pois significaram mudanças restritas a instituição” (PEREIRA; COSTA-ROSA, 2012, p. 1040).

Originalmente, as Comunidades Terapêuticas surgiram na Inglaterra⁷ e nos Estados Unidos⁸ e pretendiam realizar reformas na instituição psiquiátrica por meio de medidas administrativas, com vistas a produzir modificações na dinâmica institucional que incluíam a democratização e ampliação da participação dos sujeitos asilados nas reuniões diárias de organização da vida nos estabelecimentos institucionais (PEREIRA; COSTA-ROSA, 2012). Tratou-se de um “processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um processo de horizontalidade e democratização das relações” (AMARANTE, 2007, p. 43).

No Brasil, as Comunidades Terapêuticas surgiram no final da década de 1960 e início de 1970 e possuíam como projeto ser uma reação ao modelo manicomial e resolver a questão da liberdade no interior destes espaços, entretanto, fracassaram. Tenório (2002) avalia que a experiência das comunidades terapêuticas não impactou o modelo vigente e “foi absorvida pelos manicômios privados não interessados em mudança, servindo ao marketing do manicômio, que incorporava um verniz moderno, sem deixar de ser conservador” (p. 29). Com isso, a psiquiatria pode começar a se distanciar do modelo manicomial em sua expressão mais radical, ganhando novos contornos, sem, no entanto deixar de se afirmar enquanto detentora do saber/poder sobre o sofrimento psíquico e de manter o modelo hospitalocêntrico. Manteve-se a hegemonia do PPHM, mas então sob um verniz de humanização no processo de atendimento.

A Psiquiatria de Setor, surgida na França em decorrência da necessidade de um acompanhamento terapêutico para os sujeitos que tiveram alta hospitalar, propunha um trabalho dividido em regiões administrativas (setores), visando evitar a reinternação bem como a internação de novos casos. A estratégia consistia em dividir o espaço do hospital em setores de modo que os pacientes de determinada região fossem internados em uma mesma enfermaria e quando recebessem alta fossem acompanhados pelo Centro de Saúde Mental

⁷ A primeira experiência neste país aconteceu em um hospital militar que era responsável pelo cuidado dos soldados com diagnóstico de neurose. Em virtude da desproporção entre pacientes e médicos que inviabilizava tratamentos individuais, Bion e Rickmann decidiram mudar a estrutura daquele estabelecimento. Para tal intento, subdividiram os pacientes em pequenos grupos para atividades, realizavam reuniões diárias (de curta duração) com pacientes e médicos para discutir sobre as atividades e melhor integrar os componentes dos pequenos grupos. Com isso, ampliou-se a eficácia dos grupos que adquiriram potência terapêutica, assim como as atividades de trabalho. O resultado foi a melhoria do estado dos pacientes que puderam retornar às suas atividades militares (BIRMAN E COSTA, 1994).

⁸ Menninger, responsável pelo serviço psiquiátrico do exército americano, foi quem coordenou a primeira experiência americana. Mediante a situação de elevado número de pacientes e pequena quantidade de profissionais, realizou um trabalho semelhante ao da experiência inglesa, servindo-se de pequenos grupos para realizar a integração dos sujeitos adoecidos, sendo a integração o parâmetro das altas e das curas. No pós guerra, a mesma tática será utilizada por Menninger para reintegrar os soldados marginalizados da sociedade civil e que apresentam dificuldades emocionais (BIRMAN; COSTA, 1994).

daquele mesmo setor. Este princípio da setorização traz como vantagens não somente o contato dos sujeitos internados com outros sujeitos e familiares, mas principalmente a possibilidade do acompanhamento terapêutico pela mesma equipe multiprofissional, mantendo o vínculo. Além disso, a ideia do trabalho em equipe, com profissionais não médicos tendo protagonismo, representou um avanço na época (AMARANTE, 2007).

O movimento da Psiquiatria Comunitária e Preventiva, surgido originalmente nos Estados Unidos, em oposição a Psiquiatria Asilar, apresentou fortes críticas à cronificação causada pelas internações, ao alto custo para manutenção dos hospitais e a ineficácia do tratamento, propondo um deslocamento do modelo em direção a um programa mais amplo de intervenção na comunidade como forma de evitar o aparecimento do sofrimento psíquico, ainda nomeado enquanto doença mental. Para este movimento o indivíduo foi redefinido como bio-psico-social e o sofrimento psíquico era considerado passível de ser prevenido uma vez detectado precocemente. Foram estabelecidos três níveis de prevenção, por meio dos quais se pretendia, na prevenção primária, reduzir o sofrimento psíquico na comunidade por meio da prevenção; na secundária, diminuir a duração do sofrimento psíquico através da identificação do problema e; na terciária, ofertar tratamento precoce e minimizar os problemas resultantes do sofrimento psíquico. Por meio da defesa da promoção de saúde mental, propunham a organização do espaço social de modo a prevenir o sofrimento psíquico (TENÓRIO, 2002). Gerald Caplan é considerado o principal autor deste movimento que tem no livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva* uma apresentação das bases teóricas e das estratégias de intervenção (AMARANTE, 2007).

A Psiquiatria Comunitária e Preventiva estabeleceu a saúde mental como um novo objeto, a prevenção como o objetivo e a comunidade enquanto um novo sujeito do tratamento. As ideias de saúde mental e de ação comunitária se tornaram caras à RPb, constituindo-se em significantes privilegiados, o que demonstra a importância deste movimento da psiquiatria. No entanto, quando a noção de saúde mental surgiu encontrava-se “estritamente associada a um processo de adaptação social, denotando um padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito e à clínica, no seu sentido mais generoso” (TENÓRIO, 2002, p. 31) e a ideia de prevenção continuou situada no paradigma médico. Já a proposição de ação comunitária, ao deslocar o lócus da instituição para a comunidade, produziu a tendência de psiquiatrização e normalização do social, “em que o psiquiatra deve ‘controlar’ os agentes não-profissionais, como vizinhos, líderes comunitários, agentes religiosos etc” (TENÓRIO, 2002, p. 31).

A Antipsiquiatria, surgida na Europa e nos Estados Unidos por volta de 1950, foi um movimento de crítica acirrada à psiquiatria e ao seu conceito de doença mental - a começar pela distinção entre louco e normal -, ao uso do diagnóstico como ferramenta de repressão e o tratamento da loucura por meio de práticas asilares – com restrição de liberdade, uso *a priori* de psicofármacos e eletrochoque. O princípio era permitir que o sujeito do sofrimento pudesse vivenciar sua experiência, pois essa seria terapêutica, uma vez que o sintoma revelava uma reorganização interior. Neste sentido, cabia ao terapeuta ser um suporte para que ela pudesse viver esse processo, “protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria” (AMARANTE, 2007, p. 54). Esse movimento foi composto por importantes nomes tais como Thomas Szasz, Ronald Laing e David Cooper.

Um dos principais expoentes da Psiquiatria Democrática Italiana, Franco Basaglia, contestava a psiquiatria, defendia o fechamento da instituição asilar, visava a plena recuperação da cidadania dos sujeitos do sofrimento e via a loucura enquanto produto do meio social típico do MCP. Para esse psiquiatra marxista (BASAGLIA, 1975), o manicômio era um espaço de exclusão destinado ao proletário e subproletário improdutivo, sendo que as técnicas desenvolvidas e utilizadas pelos profissionais (psicólogos, assistentes sociais, médicos) tinham por função manter a estrutura de classes, logo, “sempre estavam a serviço da classe dominante” (GOTO, 2018, p. 59). Segundo Basaglia (1975, p. 46) “a internação de loucos pobres nessas instituições era consequência do fato de eles não serem produtivos numa sociedade que se baseia na produtividade”.

A experiência Italiana, iniciada na cidade de Gorizia em 1960, depois em Trieste em 1970, consistiu em um trabalho de desconstrução radical do manicômio a partir de dentro, tendo como principais atores os técnicos que trabalhavam no interior desses, num trabalho concreto e cotidiano de transformação das relações de poder, da cultura e na construção de estruturas substitutivas ao manicômio e sua lógica. Outro expressivo protagonista foi Rotelli (2001), sucessor de Basaglia, para o qual a “desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição de pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos” (p. 33).

Na década de 1970, houve um crescente desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica e a psiquiatria se distanciou dos referenciais da psicanálise e das teorias para se alinhar a perspectivas de base químico-biológica (inclusive da neurologia), transformando-se psiquiatria mental, chamada por Costa-Rosa (2013) de Psiquiatria DSM⁹. Nesse ínterim, o

⁹ O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é um sistema diagnóstico, pretensamente ateuórico, criado pela American Psychiatric Association (APA) e que está em sua quinta edição. Esse manual é

controle dos corpos já não dependia exclusivamente da contenção física por meio de paredes, grades e da camisa de força. Além disso, “medicalizar já é um meio muito mais eficiente de realização de valor do que a clássica internação hospitalar” (COSTA-ROSA, 2013, p. 184). Como um dos efeitos do estágio de desenvolvimento do MCP, a sociedade disciplinar¹⁰ descrita por Foucault (2014) estava transformando-se em Sociedade de controle (DELEUZE, 2008). Nessa sociedade, as instituições da sociedade disciplinar encontram-se diluídas e o controle está maximizado, indo além dos estabelecimentos institucionais e penetrando de modo capital e sutil nos territórios e nos sujeitos. A nova tecnologia de poder, denominada de biopolítica, é composta por táticas e estratégias que visam o fazer viver, sendo dirigida a multiplicidade dos homens (e não mais ao homem-corpo de modo individual), ou seja, a gestão da vida incide sobre a população (FOUCAULT, 1999).

Scarcelli (1998) destaca dois acontecimentos nesta década. Em 1970, durante o período militar, o Ministro de Saúde, Mario Machado de Lemos, pronunciou a “Declaração de Princípios de Saúde Mental” no I Congresso de Psiquiatria, nessa reconhece a importância da assistência, dos serviços a serem integrados à rede comunitária e a necessidade de reestruturação dos hospitais e da promoção da reintegração dos sujeitos do sofrimento. No ano seguinte, foi lançado o Manual de Assistência Psiquiátrica, com base no referencial preventivo comunitário. Apesar destas pequenas iniciativas de caráter preventista e comunitária, o setor privado, de caráter asilar, se fortalece com a criação do Plano de Pronta Ação que representa “a consolidação da privatização da assistência médica no âmbito da Previdência Social e a intensa proliferação de hospitais psiquiátricos contratados por este setor” (p. 15).

atualmente o modelo hegemônico em psiquiatria, sendo utilizado em diversos países como critério para aquisições de benefícios do Estado, avaliações jurídicas e em diversos serviços públicos, como os de Saúde e de Educação. Sua primeira versão, o DSM-I, foi lançado em 1952 apresentando 180 distúrbios e trazia influências da psiquiatria psicodinâmica de Meyer, da psicanálise e do recorte biológico de categorias e hipóteses de Kraepelin. O DSM-II foi lançado em 1968, trouxe 182 transtornos, manteve as mesmas influências teóricas e, assim como o anterior, não teve muita influência dominante na psiquiatria mundial. A terceira versão, DSM-III, publicada em 1980 trouxe 265 categorias diagnósticas, apoiada na medicina baseada em evidências promoveu a exclusão de categorias oriundas da psicanálise, e foi apresentado como atóxico, veio a se tornar a linguagem oficial da psiquiatria. O DSM-IV contém 297 transtornos, caracterizando-se como uma continuidade em relação ao anterior, com a inclusão de 32 diagnósticos. Já o DSM-V foi lançado em 2003 e lista mais de 300 transtornos, pautando-se exclusivamente no campo das biociências em uma aposta organicista. Para Passarinho (2020, p. 154) “a psiquiatria DSM não apenas crê ser possível construir um conhecimento universal, válido e confiável sobre o transtorno mental, como também aposta na via organicista para alcançá-lo”.

¹⁰ A sociedade disciplinar visava o governo da vida em sua extensão por meio do adestramento do homem-corpo. O controle sobre os corpos se dava através de um conjunto de instituições ou estabelecimentos de captura e aprisionamento caracterizados pela disciplina expressas por regras e o confinamento como técnica básica. O exercício da disciplina era operado por meio de instrumentos simples – o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame – que possuía como alvo o corpo do sujeito. Como forma do poder disciplinar, a disciplina era exercida sobre os corpos individuais, visando discipliná-lo e docilizá-lo, ou seja, fabricar “corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’” (FOUCAULT, 2014, p. 135).

Ainda na década de 1970 teve início os questionamentos acerca do modelo de tratamento em Saúde Mental em meio fechado. Um conjunto de trabalhadores da Saúde, inspirados na Psiquiatria Comunitária americana, foi pioneiro na luta para realizar uma reforma que visava atingir o Manicômio e sua lógica, inclusive por meio da implantação de um manual para redirecionamento de todas as ações em âmbito nacional, sob a jurisdição do Ministério da Saúde. Contudo, os interesses sociais dominantes e financeiros no campo da Saúde sobrepujaram os interesses sociais subordinados e a primeira reforma da psiquiatria ficou restrita ao Estado de São Paulo em 1973, processo conhecido como os “convênios de 1973” (COSTA-ROSA, 1987, 2013).

Na década de 1980, militantes da Reforma Sanitária passam a integrar a gestão dos serviços e das políticas públicas de Saúde, tanto na esfera estadual quanto na federal. Na estadual, isso ocorreu por meio da “vitória oposicionista nas eleições para governador, em 1982, em vários estados, da chamada ‘co-gestão’(sic) dos hospitais psiquiátricos do país” (TENÓRIO, 2002, p. 33). Na federal, sobreveio, alguns anos depois, com a eleição de Tancredo Neves e José Sarney. Como efeito, as ações adquiriram um tom institucionalizante; apostava-se no aperfeiçoamento da gestão pública e da instituição psiquiátrica, o que se desdobrou em duas iniciativas: a racionalização e humanização dos hospitais psiquiátricos/manicômios e a criação de ambulatorios enquanto uma alternativa aos hospitais. Entretanto, tais iniciativas não foram suficientes para alterar significativamente a qualidade do atendimento e nem conseguiu promover mudança significativa na hegemonia asilar. O Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizar (PPHM), embora questionado e abalado, continuou a vigorar e a psiquiatria ampliou o escopo de sua atuação para o território.

A Formulação da Política Nacional de Saúde Mental no governo federal: incidências do Modo Capitalista de Produção

Vejamos como foi o processo de institucionalização jurídico da RPb como política pública. O projeto de lei nº 3.657/89 apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT – MG) era bastante simples e continha apenas três artigos estruturantes. O primeiro artigo impedia que o poder público contratasse ou construísse novos hospitais psiquiátricos. O segundo tratava do direcionamento do dinheiro público para a criação de recursos não manicomiais para atendimento aos sujeitos do sofrimento. Já o terceiro obrigava que as internações compulsórias fossem comunicadas à autoridade judiciária. Esse projeto foi aprovado na Câmara dos deputados, mas não foi aprovado diretamente no Senado.

Como resultado do processo de mobilização por parte do Movimento da Reforma Psiquiátrica¹¹ – que englobava os militantes do Movimento da Luta Antimanicomial¹² – em articulação com os movimentos sociais, antes mesmo da Reforma Psiquiátrica ser aprovada e sancionada, entre 1990 e 1995 foram criados quase 100 estabelecimentos de tratamento no território (PITTA, 2011). A partir da década de 1990 um conjunto de portarias do Ministério da Saúde institucionalizaram a política de Saúde Mental: a Portaria nº 189, de 11 de dezembro de 1991 (BRASIL, 1991) e a Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992 (BRASIL, 1992) deram condições do SUS financiar programas de assistência no território, como por exemplo, os Núcleos de Atenção Psicossocial¹³ (NAPS), entre outros. Essa segunda portaria definiu as normas de funcionamento dos CAPS¹⁴, especificando seus tipos e suas atribuições. A Portaria 106/2000 (BRASIL, 2000) criou os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) para acolher pessoas com longo tempo de internação em hospitais psiquiátricos que não possuíam mais laços familiares e suporte social.

Por outro lado, o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), estratégia governamental que visava à desativação maciça dos leitos psiquiátricos, foi aprovado ainda em 1992, porém nunca foi efetivado, deixando explícita a distância entre a política de Saúde Mental e sua execução real. A pressão política do setor privado que lucrava com o modelo manicomial funcionou como importante obstáculo à Reforma Psiquiátrica, gerando alterações

¹¹ O Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP) é um movimento mundial de luta por transformações na Atenção ao sofrimento psíquico. Ele se materializou, na década de 1960, em diversos países, onde houveram desde “mudanças cosméticas no Manicômio e sua lógica, até propostas de desospitalização, de desinstitucionalização, e de total extinção dos manicômios” (COSTA-ROSA, 2013, p. 12). No Brasil, os primeiros questionamentos ao Manicômio e sua lógica vieram dos trabalhadores e tiveram início na década de 1970, a partir de denúncias realizadas por eles sobre as condições que eram submetidos os pacientes. Amarante (1998) localiza o surgimento do Movimento Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental como o primeiro gesto da Reforma Psiquiátrica. O MRP constitui um movimento mais amplo que o Movimento da Luta Antimanicomial por englobar setores contra-hegemônicos do governo e universidades, tendo um espaço político maior no Estado.

¹² O Movimento da Luta Antimanicomial é um movimento que congrega diversos setores da sociedade, a saber, profissionais de Saúde, associação de usuários e familiares, parlamentares, jornalistas, estudantes e intelectuais. Sua fundação se deu no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em dezembro de 1997, na cidade de Bauru-SP, que teve como lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Esse movimento constitui “a face política mais ativa da Reforma Psiquiátrica” (YASUI, 2006, p. 56), não pretende se tornar uma instituição e sim existir enquanto uma utopia ativa, com ideias de transformação social, assim como almeja ter materialidade na prática de quem se identifica com esses ideais. Neste movimento está em causa a construção de uma nova sociabilidade e a antimedicalização.

¹³ O NAPS tinha como eixo a desconstrução do manicômio, visava à superação da lógica da assistência em direção a produção de saúde. Possuía como proposta realizar o atendimento integral, ou seja, de funcionar 24 horas, inclusive nos finais de semana e feriados, constituindo-se como serviço substitutivo aos manicômios. Algumas estratégias de estruturação e ação foram: a regionalização (visando transformação cultural), abertura do debate aos cidadãos (por meio de sindicatos, associações e igrejas), a construção de um projeto terapêutico (responsabilidade pela demanda) e a transformação da equipe (como espaço de reflexão e ação) (AMARANTE, TORRE, 2001).

¹⁴ A escolha da nomenclatura CAPS, por parte do MS, “é uma direção política-assistencial, na medida em que não funciona 24 horas, diferente dos modelos NAPS ou CERSAM” (DUARTE, 2018, p. 232).

no texto do projeto de lei e na demora para sua aprovação. Neste mesmo ano ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental onde “as críticas ao modelo asilar-hospitalocêntrico foram amadurecidas, não mais se defendendo a humanização dos manicômios, mas sim sua efetiva e progressiva extinção” (CAPUTO et al., 2020, p. 94). Por conta de demora na aprovação, a mobilização dos movimentos em prol da Reforma Psiquiátrica se intensificou (BARROSO; SILVA, 2011).

Somente após onze anos, da pressão da Corte Interamericana de Direitos Humanos em decorrência do caso Daniel Ximenes¹⁵, e depois de muitos substitutivos, por meio de uma articulação entre o deputado proponente, o Ministério da Saúde e o Movimento Antimanicomial, e de ter retornado para a Câmara enquanto projeto substitutivo (BRASIL, 1989) onde passou por diversas negociações, finalmente o projeto foi aprovado no Senado em 1999. Neste percurso, o primeiro artigo do projeto original foi excluído, permitindo que hospitais psiquiátricos particulares e filantrópicos recebessem recursos governamentais para a internação de pacientes. No artigo 2º, que trata dos direitos no atendimento, consta “IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (BRASIL, 2001). Destacamos o termo “preferencialmente”, o que deixou a porta aberta para que as internações continuassem existindo como prática comum. Em contrapartida, foram incluídas outras reivindicações do movimento como, por exemplo, a oferta de tratamento em serviços comunitários visando a inserção social do sujeito do sofrimento em seu meio e a indicação da criação de política específica para os pacientes com longa internação ou que possuíssem grave dependência institucional. Dado a forma como se processou a RPB entendemos que ela se configurou enquanto uma Revolução Passiva.

Revolução Passiva¹⁶ diz respeito a uma Reforma que acolhe uma determinada parte das exigências que vieram de baixo, realizada de cima para baixo, construída sem a participação da população. Essa compreende a presença de dois momentos: restauração e renovação. Na Restauração trata-se de uma reação conservadora diante de uma possível transformação efetiva e radical cuja origem é as classes populares. Esse aspecto restaurador não invalida o fato de haver também modificações efetivas. No momento de Renovação existe o atendimento de algumas demandas populares, através de concessões das camadas

¹⁵ O caso Daniel Ximenes, encaminhado pela ONG Conectas, foi o primeiro em que o Brasil foi julgado e condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. A condenação obrigou o país a institucionalizar uma outra política de Saúde Mental.

¹⁶ Revolução passiva é o contrário de Revolução Jacobina, essa é realizada a partir das camadas populares que rompem de modo radical com a ordem política estabelecida.

dominantes, com a finalidade de acalmar as massas. Deste modo, são realizadas algumas modificações, contudo o aspecto restaurador também está presente (COUTINHO, 2010).

Neste sentido, na Renovação foram atendidas as reivindicações dos movimentos por meio da criação da Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001) que reconfigurou o modelo de tratamento da hospitalização/mamicomialização para o tratamento no território com a criação de estabelecimentos para tal, sem, no entanto, excluir o hospital psiquiátrico como um dos componentes da rede assistencial de Saúde. Foi realizado um recorte da Demanda Social de desinstitucionalização, constituindo-se, sobremaneira, como desospitalização. Tratou-se de uma concessão tática do polo dominante com alguns aspectos de Restauração, visando manter seu domínio e obter o consenso por parte do polo subordinado, uma vez que as internações hospitalares não deixaram de existir e a psiquiatria teve ampliado seu espaço de atuação ao estar diretamente vinculada aos estabelecimentos de tratamento no território, expandindo exponencialmente a medicalização, logo, o lucro da indústria farmacêutica.

O Transformismo é outro conceito de matriz gramsciana que pode auxiliar na compreensão deste processo histórico no campo da Saúde Mental. O Transformismo é um processo que “através da cooptação de lideranças políticas e culturais de classes subalternas, busca excluí-las de todo efetivo protagonismo nos processos de transformação social” (COUTINHO, 2010, p. 38). Amarante (1998) refere que, a partir de 1985, ativistas do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) ocuparam postos de chefia de programas estaduais e municipais de Saúde Mental e também a direção de importantes unidades hospitalares públicas. Yasui (2010) demarca que no início deste novo milênio, apesar da RPb ter se fortalecido como política pública, com o MS enquanto indutor-chefe tanto do ritmo como dos rumos deste processo, houve um afastamento para longe dos movimentos sociais, produzindo um deslocamento da luta para o interior do aparelho estatal.

Pitta (2011) assinala uma contradição no processo de ocupação de postos de chefia: depositou-se esperanças nas lideranças que ocuparam cargos de gestão, mas em seguida essas foram isoladas da realidade concreta dos locais da práxis efetiva e, além disso, os líderes na gestão – ao que parece, por falta de leitura dialética – passaram a ver como ataque ao processo de RPb as críticas dos atores dos movimentos sociais. Em virtude disso, o efeito da ocupação de cargos estratégicos a nível federal e municipal foi, por um lado, um avanço na formulação das estratégias e políticas de Saúde Mental, mas, por outro, representou um silenciamento das críticas ao Governo. As ações ficaram centradas em garantir o acesso da população aos serviços substitutivos, mesmo que esses ainda trabalhassem articulados com o Hospital Psiquiátrico (GOTO, 2018).

Através do conceito de Revolução Passiva pudemos compreender que o modelo manicomial fez um conjunto de concessões às reivindicações dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica brasileira proporcionou certos avanços no tratamento em Saúde Mental, mas sem alterar totalmente a sua lógica paradigmática, inclusive trazendo elementos reacionários (restauração). Concordamos com Goto (2018) quando demarca que “a substituição do manicômio arquitetônico pelo manicômio químico, além da reprodução das relações sociais no interior dos equipamentos que deveriam ser substitutivos ao HP, torna a RP uma reforma cosmética de grandes proporções” (2018, p. 44). A Reforma Psiquiátrica, e mais particularmente a Atenção Psicossocial, ocorreram nas brechas do paradigma dominante (Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador) (COSTA-ROSA, 2013; GOTO, 2018; MONDONI; COSTA-ROSA, 2010). Atenção Psicossocial, nesta extração, se refere a “um conjunto de práticas e teorizações do campo da Atenção ao sofrimento psíquico que tem procurado avançar para além das psiquiatrias reformadas” (COSTA-ROSA, 2019, p. 41).

Em 2002 o Ministério da Saúde publicou a portaria 336/02 (BRASIL, 2002B) propondo um novo modelo de assistência, nela definiu o CAPS como estabelecimento de atenção diária e territorial, criou as três modalidades (CAPS I, II e III)¹⁷ e especificou esse estabelecimento como articulador das ações de Saúde Mental dos municípios, sendo responsável por: atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas, supervisão e capacitação de equipes da atenção básica e organização da demanda e da rede de cuidados. Uma observação do PEH no qual se opõem os dois paradigmas de Atenção (PPHM e PPS) permite compreender que a criação dos CAPS foi uma resposta tática do setor dominante (operado por meio do Estado) as reivindicações dos setores subordinados (representados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica).

Sua institucionalização por meio das portarias o tornou pouco diferenciado, em termos teóricos, técnicos e ideológicos, dos outros estabelecimentos, tais como o Hospital-Dia e o Hospital Psiquiátrico (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Yasui (2010) pontua a rigidez produzida pela institucionalização, pois não houve mais abertura para experiências criativas e inventivas que não sigam os parâmetros das portarias, o que se configura como uma ironia tendo em consideração que as mesmas portarias foram inspiradas nas experiências primeiras experiências de CAPS e NAPS, ambas nascidas de movimentos de invenção e criação.

¹⁷ Esta portaria definiu as seguintes modalidades de CAPS: CAPS I para atender municípios entre 20 mil e 70 mil habitantes, CAPS II para atendimento em cidades com 70 mil a 200 mil habitantes e CAPS III para municípios com mais de 200 mil habitantes. O CAPS III é o único que funciona 24h por dia, inclusive nos finais de semana e feriados, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Pelo suporte que tem condições de realizar, é essencial para a consolidação e avanço da RPB.

No ano de 2011 a Portaria nº 3088/2011 (BRASIL, 2011) instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), republicada em 2013¹⁸, que ampliou e articulou pontos de atenção para atendimento de sujeitos em sofrimento psíquico. A mudança na política de Saúde Mental, que culminou na criação desses estabelecimentos, compôs e determinou um conjunto de mudanças no nível das práticas institucionais, porém não podemos deixar de considerar, a partir das considerações de Costa-Rosa (2000, 2013), a inércia do instituído e o jogo de forças políticas e econômicas em jogo neste campo, atualizando os movimentos do Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH).

A Reforma Psiquiátrica institucionalizada: o avanço, a estagnação e alguns recuos

Coutinho (2010), inspirado no conceito gramsciano de Pequena Política, elaborou o conceito de Hegemonia da Pequena Política para esclarecer como se apresenta a hegemonia no neoliberalismo. A grande política diz respeito a questões relacionadas com a permanência de estruturas orgânico-econômico-sociais, a criação de novos Estados, enquanto a pequena política se relaciona com as questões parciais e do cotidiano que aparecem em uma estrutura já constituída. Para o autor, no neoliberalismo a hegemonia de classes se manifesta através da exclusão da grande política, ou seja, a hegemonia se realiza com a redução das questões à pequena política. A luta por hegemonia não se dá apenas quando há o enfrentamento de grandes projetos de sociedade. Quando um conjunto de valores e de crenças ganham força no senso comum e orientam o modo de pensar a agir de grandes massas de mulheres e homens, mesmo que eles não tenham plena consciência disso, é estabelecida uma relação de hegemonia. Existe hegemonia quando grupos sociais aderem consensualmente a determinados valores.

A hegemonia da pequena política se fundamenta principalmente no consenso passivo, isso é, quando não existe a atuação participativa das massas (partidos, movimentos sociais, etc.), mas uma aceitação passiva do existente como sendo natural. Mais especificamente, quando as ideias e os valores das classes dominantes são transformados em senso comum das grandes massas, inclusive das classes mais subalternas. Em contextos no qual se forma a ideia de que a política se resume a disputas de poder entre diferentes segmentos da elite, convergindo na aceitação disso que existe como natural, estamos diante da hegemonia da pequena política. Coutinho (2010) destaca que esta hegemonia acontece “quando a política deixa de ser pensada como arena de luta por diferentes propostas da sociedade e passa,

¹⁸ Com essa portaria, o CAPS passa de serviço estratégico a estabelecimento especializado.

portanto, a ser vista como um terreno alheio à vida cotidiana dos indivíduos, como simples administração do existente” (p. 32).

Durante as gestões petistas dos anos 2003 a 2016 aconteceram avanços e retrocessos na implantação e fortalecimento da RAPS. Com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva em 2003, por meio da ocupação de cargos de gestão por militantes no Ministério da Saúde assim como nos municípios, houve uma oportunidade de avanços na Reforma Psiquiátrica em direção a Atenção Psicossocial. Neste mesmo ano, ainda em janeiro, foi aprovado e sancionado o projeto de lei 1152/03 (BRASIL, 2003) que instituiu o auxílio reabilitação psicossocial para sujeitos internados em hospitais psiquiátricos que voltassem a viver com a família, sendo esse parte integrante do programa “De volta para a casa”. No ano seguinte, por meio da portaria GM/MS, nº 2.197/2004 (BRASIL, 2004), foi criada a Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas¹⁹ com ênfase na reabilitação e reinserção social.

O conceito de Hegemonia as Aversas (OLIVEIRA, 2010) também nos auxilia a compreender o período do Partido dos Trabalhadores a frente do país. Nesse modo de hegemonia, típica do mundo globalizado, as classes dominantes consentem em ser politicamente conduzida pelas classes dominadas contanto que a forma de exploração capitalista não seja questionada. Enquanto direção moral da sociedade é dada pelas classes dominantes – com vitórias intelectuais e políticas –, há o fortalecimento das relações sociais de exploração, isto é, a dominação burguesa amplia sua força.

Em virtude de o governo federal adotar uma política econômica de cunho neoliberal, privilegiando o capital financeiro, em 2004 recursos orçamentários foram retirados da Saúde para o custeio da dívida pública (MARQUES; MENDES, 2005). Apesar dos cortes no SUS, na Saúde Mental houve um aumento exponencial na abertura de CAPS que passou de 500 em 2003 para 1742 em 2011 (BRASIL, 2016). O aumento dos CAPS, contudo, não significou uma mudança de paradigma, uma vez que muitos estabelecimentos funcionavam a partir de uma lógica próxima a manicomial e em parceria com os Hospitais Psiquiátricos, encaminhando para esses locais os sujeitos com sofrimento psíquico mais intenso. Além disso, não houve o fechamento dos manicômios conforme se esperava, entretanto, dado o

¹⁹ Segundo Silva e Abrahão (2019, p. 8) “a Política AD fez parte do conjunto de agendas prioritárias do Governo Federal a partir de 2003. Nesse contexto, ela incorporou pontos fundamentais para configuração de seus enunciados, como: o social, o combate à pobreza, a redução das desigualdades e a expansão de direitos para grupos específicos da população em situação de maior vulnerabilidade (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, negros, mulheres, entre outros) junto com o fortalecimento do debate democrático e da participação social e com objetivo de proporcionar um novo modelo de desenvolvimento político, social e econômico”. Na época, surgiu o tensionamento entre a proposta do MS e outros setores que não coadunavam com tal perspectiva.

transformismo operado, o movimento social perdeu força e entendeu o questionamento das medidas governamentais como não estratégicas, silenciando suas críticas.

Entre 2001 e 2009 o montante investido na Saúde Mental subiu 51,2%, tendo sido de 1.003 bilhões de reais em 2001 e 1.599,9 bilhões em 2009. Apesar destes avanços, no ano de 2010 o relatório da 4ª CNSM-I (BRASIL, 2010a) já apontava para o cenário de embate entre o movimento em defesa da RP e a representação de parte dos médicos psiquiatras com exigências corporativistas “com nova ênfase no modelo biomédico e forte e implícita campanha contra a reforma psiquiátrica” (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010, p. 8). Além disso, diversos municípios terceirizaram a gestão de CAPS por meio da contratação de Organizações Sociais, precarizando os vínculos trabalhistas, sucateando o serviço ofertado e transferindo dinheiro público para a iniciativa privada.

Dilma Rousseff assumiu a presidência do país em 2011²⁰, num período de recessão econômica mundial que também atingiu a economia nacional. Logo no início de seu primeiro mandato foi aprovada a portaria 131/2012 (BRASIL, 2012) que destinava recursos do Ministério da Saúde, sob gestão de Alexandre Rocha dos Santos Padilha, para Comunidades Terapêuticas²¹ (CT), na contramão do modelo de tratamento que vinha sendo construído sob o horizonte ético dos ideais da RPb. As CTs²² estão na contramão da Reforma Psiquiátrica por retirar o sujeito do convívio social, tal como faz os Manicômios, por seu tratamento estar baseado na abstinência contrariando a política de redução de danos e pelo desrespeito a laicidade uma vez que essas comunidades geralmente possuem práticas religiosas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

A partir de 2013 houve uma retração no orçamento destinado a política de Saúde Mental que caiu para 2,1% e em 2016 diminuiu para apenas 1,6%. Esse subfinanciamento compromete a eficiência da RP por impactar tanto na expansão da rede de serviços como na deterioração dos estabelecimentos de atendimentos que já existiam (NUNES; JÚNIOR;

²⁰ Neste mesmo ano o Ministério da Justiça instituiu o Programa “Crack, é possível vencer” que é composto por um conjunto de ações a nível federal (Ministério da Justiça, Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Casa Civil e da Secretaria de Direitos Humanos), e propunha ações de cuidado em Saúde, prevenção e enfrentamento ao tráfico. No que tange a Saúde, visava consolidar a rede de atendimento e ampliar as estratégias de enfrentamento e reabilitação. Esse programa previa 10 mil vagas em Comunidades Terapêuticas.

²¹ No final de 2010, foi elaborado o Plano de Enfrentamento ao Crack de outras Drogas, visando articular a rede de Saúde com a de Assistência Social. Esse plano, assinado por Pedro Gabriel Delgado, Coordenador de Saúde Mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, estabeleceu o financiamento de vagas em Comunidades Terapêuticas por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), sob critérios definidos pelo MS (BRASIL, 2010b). Deste modo, a portaria 131/2012 somente formalizou essa prática pactuada em 2010.

²² A nomenclatura de CTs, fazendo uso do nome de um movimento conhecido internacionalmente que é referência para a RPb, trata-se de uma estratégia “oportunista e fraudulenta” para tentar dar “legitimidade social e científica” (AMARANTE, 2007, p. 43) para uma proposta de tratamento, geralmente de natureza religiosa, não baseada em preceitos científicos.

PORTUGAL; TORRENTÉ, 2019). No segundo governo de Dilma Houssef (2015-2016) alterou-se a correlação de forças política no Governo Federal e os interesses dos grupos aliados ao manicômio adquiriram ênfase na política oficial do Ministério da Saúde. A nomeação de Marcelo Castro como Ministro da Saúde contribuiu para que os setores conservadores ampliassem o ataque à política de saúde mental e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) ganhasse espaço na gestão pública (CAPUTO; TOMAZ; BEDIM, et al., 2019).

Em 2015, a nomeação do ex-diretor técnico do manicômio Casa de Saúde Dr. Eiras (RJ) e defensor do modelo manicomial, Valencius Wurch Duarte Filho, para a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) – em troca de apoio político do PMDB – já anunciava claramente os primeiros sinais de recuos. Para Caputo, Tomaz, Bedim, et. al, (2019) esse foi um momento de ruptura ideológica, pois até então os nomeados para a CGMAD eram alinhados aos princípios e diretrizes da RPb. Na tentativa de impedir sua posse, isto é, trabalhadores, estudantes e simpatizantes da RPb ocuparam a sala da coordenação no MS por 123 dias. Além disso, houve manifestações pelo país, com apoio de diversos setores, como artistas, professores e políticos (YASUI, 2016), porém esse ato de resistência não conseguiu barrar a troca de coordenação. Vemos aqui um movimento de Restauração das concessões feitas na criação da Lei e das portarias subsequentes que institucionalizaram importantes aspectos da RP.

A contra-reforma Psiquiátrica e o cenário atual no ano de 2020

Ainda durante as gestões petistas ocorreu a Crise de Hegemonia (ou crise de representação), ou seja, quando existe um distanciamento cada vez maior entre representantes (partidos) e aqueles que dizem ou deveriam representar (população), o que produz uma situação delicada e perigosa por abrir espaço para soluções de três modalidades possíveis e diferentes: com o uso da força, por meio da atividade de poderes ocultos ou, ainda, com a emergência de homens carismáticos ou providenciais (BIANCHI, 2017). Como consequência, em 2016 houve o impeachment de Dilma Rousseff e a presidência ficou a cargo de Michel Miguel Elias Temer, do PMDB (atual MDB) que “hoje não passa de uma federação de diversificados interesses pessoais e regionais” (COUTINHO, 2010, p. 42). Durante seu governo, em 2017, o Ministério da Saúde aprovou a Resolução nº 32 (BRASIL, 2017a) que produziu mudanças na Política de Saúde Mental na contramão do que diz a própria lei da RPb. Essa suposta nova política, que nada mais é do que o retorno da velha, realinhou-se com a lógica manicomial ao resolver introduzir na RAPS o Hospital Psiquiátrico e reajustar o valor

das diárias para as internações em hospitais especializados (leia-se psiquiátricos), com isso favoreceu mais uma vez a iniciativa privada e obrigou que os dispositivos territoriais passassem a disputar recursos públicos com estabelecimentos privados, trazendo de volta a “indústria da loucura”.

O MS publicou em 21 de dezembro de 2017 a Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017b) que alterou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Essa portaria efetuou a desestruturação da lógica organizativa da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio do retorno de serviços obsoletos, como por exemplo, as antigas Unidades Ambulatoriais Especializadas que poderão voltar a realizar práticas reducionistas e servir para ampliação da compra e distribuição de psicofármacos, reforçando a medicalização da vida e do sofrimento. Já em 2018 foi publicada a portaria 2.434 (BRASIL, 2018) que concedeu um significativo aumento na tabela de preços das internações em Hospitais Psiquiátricos, gerando com isso um desestímulo a promoção de práticas de desinternação e de desinstitucionalização.

Nos últimos cinco anos estamos em um tempo em que não existe espaço para o aprofundamento de direitos sociais e que o próprio Estado está produzindo a supressão de direitos conquistados pela luta da classe trabalhadora e, “por conseguinte, de restauração plena da economia política do capital” (COUTINHO, 2010, p. 37). Por meio do conceito de Contrarreforma podemos compreender não somente a retirada de direitos dos trabalhadores como também os retrocessos na política de Saúde Mental. O que caracteriza a contrarreforma, para Coutinho (2010, p. 38), “não é a completa ausência do novo, mas a enorme preponderância da conservação (ou mesmo da restauração) em face das eventuais e tímidas novidades”.

Ainda em 2018 formou-se a Frente Parlamentar Mista em defesa da Nova Política de Saúde Mental e Assistência Hospitalar, movimento que tem apoio principalmente das entidades representativas do setor hospitalar, fortalecendo a hegemonia manicomial. O documento que subsidiava este grupo, de cunho contrarreformista, era iniciativa da Federação Brasileira de Hospitais, grande representante da rede de saúde privada. No evento de lançamento desta Frente, trabalhadores e sujeitos atendidos pelos serviços de Saúde Mental que se posicionavam contrários à Nova Política não puderam ter acesso ao congresso nacional (FARIAS, 2019). O modelo manicomial ganhou espaço novamente, não apenas com representantes dentro do MS como também no congresso.

Com a eleição de Jair Messias Bolsonaro à presidência no final do ano de 2018, acentuou-se o processo de contrarreforma. No campo da Saúde Mental isso se tornou emblemático por meio da Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL,

2019) que: a) ratificou o não fechamento dos antigos Hospitais Psiquiátricos/Manicômios e reafirma seu financiamento, na contramão da proposição da RPb; b) se posiciona favoravelmente ao retorno dos Ambulatórios Especializados mesmo que eles tenham se mostrado obsoletos e produzam um aumento da medicalização da vida e do sofrimento; c) incentiva a prescrição do antigo e tão criticado Eletrochoque em sua versão moderna denominada Eletroconvulsoterapia; d) na contramão da Política de Redução de Danos, fortalece o modelo das Comunidades Terapêuticas negligenciando o conjunto de denúncias e o Relatório de inspeção realizado em parceria do Ministério Público com o Conselho Federal de Psicologia. Tendo em vista que não existe previsão de aumento no orçamento para tais investimentos, o Ministério da Saúde pode ter que realocar recursos de base territorial – como dos CAPS e da Atenção Básica – para investir em hospitais e CTs, comprometendo a manutenção daqueles estabelecimentos.

Na Nota Técnica existe o discurso de ineficiência da RAPS no atendimento aos sujeitos do sofrimento, sem esclarecer que as dificuldades são oriundas justamente do sucateamento dos serviços por falta de investimentos e também das últimas portarias que estão na contra-lógica da Atenção Psicossocial. Concordamos com Farias (2019) ao pontuar que “fica explícito que os governantes estão interessados em repassar o dinheiro público para os empresários do setor psiquiátrico e terceiro setor filantrópicos, enriquecendo, dessa forma, a burguesia e outros setores conservadores [...]” (p. 59). Com essa nota técnica ficou explícita a retomada do aumento da hegemonia do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM).

No apagar das luzes de 2020, o governo federal, através do MS sob influência da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), planejou mudanças na PNSM que vinham junto com a revogação de portarias editadas entre 2001 e 2014 as quais sustentam o financiamento e o funcionamento da RAPS. Essa revogação provocaria o desmonte na PNSM, impondo um grave retrocesso, um retorno à lógica manicomial. Em termos do PEH, contata-se que estivemos mediante a tentativa do aprofundamento de um processo de Contrarreforma, com preponderância da restauração das concessões materializadas por meio das portarias em questão.

Diante deste cenário sombrio, para fazer frente a essa proposta, foi instituída a Frente Ampla em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial composta por trabalhadores, usuários e familiares, gestores da RAPS, professores, universitários, e parlamentares; criada uma agenda de mobilização e produzidos documentos, tais como a petição que reuniu aproximadamente 71 mil assinaturas e os manifestos assinados

por entidades, como, por exemplo, o Manifesto da Frente Ampla em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Por estarmos diante de um processo de contrarreforma, de uma pura e simples restauração daquilo que foi concedido, o processo de luta pela RPb “[...] não se trava mais em nome da conquista de novos direitos, mas da defesa daqueles já conquistados no passado” (COUTINHO, 2012, p. 123). Mediante essa mobilização em defesa da PNSM, o governo recuou do seu plano, ao menos temporariamente.

Considerações finais

O breve percurso analítico sobre o processo de transformação da Atenção ao sofrimento psíquico possibilitou visualizar um conjunto de avanços na Política Nacional de Saúde Mental que foram possíveis a partir da luta pela conquista de uma outra hegemonia travada pelos Movimentos pela Reforma Psiquiátrica em seu momento inicial. Esses avanços enquanto concessões da classe dominante (operacionadas pelo Estado), contudo, ficaram aquém das demandas oriundas do próprio movimento que pretendia a desinstitucionalização, a desconstrução do conceito de doença mental e propunha um novo modo de sociabilidade, uma outra forma de pacto social.

Apesar de a crítica social ao manicômio enquanto estabelecimento institucional que visava o lucro e a loucura como produto de uma sociedade organizada pelo MCP ter sido um dos principais elementos constitutivos da RPb, o fechamento dos grandes manicômios não foi realizado a partir de uma mudança social, uma vez que aconteceu de modo parcial e articulado com a expansão da indústria farmacêutica e o alargamento do campo psiquiátrico – agora abrangendo todo o corpo social (GOTO, 2018). Ainda que a RPb tenha emergido da sociedade, em sua luta contra a manicomialização e opondo-se a supremacia do saber médico e em prol da construção de um novo modelo de Atenção em Saúde Mental, acabou por ser recuperada pelo MCP e implementada nos moldes da Revolução Passiva.

O Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) que determinava a lógica da política e das práticas antes da consolidação da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) não somente continua hegemônico como tem ampliado sua hegemonia como demonstram as alterações (mais especificamente os retrocessos) na Política Nacional de Saúde Mental nos últimos dez anos (2010-2020). Estamos vivendo um momento de intensas contrarreformas, o que nos coloca diante da necessidade de defender aquilo que ainda existe de conquista na Reforma Psiquiátrica antes mesmo de lutar por sua ampliação.

Concordamos com Yasui (2006) quando assinala que a RPb se fortaleceu enquanto política pública, mas sofreu um enfraquecimento como movimento social. A Reforma

Psiquiátrica contemporânea, distanciada de seus pressupostos mais radicais, tem defendido o fechamento dos manicômios no formato da desospitalização sem pretender alterações estruturais na sociedade e sem fazer a crítica radical a uma nova forma de controle social: a medicamentação²³ e a psiquiatrização²⁴ da vida. O manicômio arquitetônico foi substituído pelo manicômio químico, embrenhado nas entranhas dos estabelecimentos territoriais, inclusive nos CAPS que podem funcionar como “Mini-manicômios de portas abertas e mentes fechadas. Apenas uma psiquiatria reformada” (YASUI, 2006, p. 63).

Pitta (2011) assinala que, no momento atual, muitos dos trabalhadores que poderiam fazer a diferença corroborando para sustentar ética e tecnicamente as práticas de Atenção Psicossocial, sustentando a interdisciplinariedade (para não dizer a transdisciplinariedade) e por efeito a potência das equipes nos territórios, parecem desconhecer ou não se sentir tocados pelo apelo ético-político do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Isso possivelmente está correlacionado com, dentre outras questões, a uma deficiência na formação oferecida pelas universidades que não abordam com a devida profundidade o tema da RPB e da Atenção Psicossocial.

Em tempos sombrios, apostamos na micropolítica do cotidiano institucional, na construção coletiva com os sujeitos do sofrimento e suas famílias e na revisão dos currículos das universidades como possibilidade de construirmos práticas alinhadas com o horizonte do Paradigma Psicossocial (PPS) e de reavivar o movimento da Reforma Psiquiátrica. Isso tudo é importante e necessário, embora algo doloroso, sobretudo quando já vislumbramos um belo “além da Reforma Psiquiátrica”, representado pela Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013). A clareza paradigmática não nos permite retroceder nem renunciar ao PPS e à Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, L. *Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado*. Tradução de Joaquim José de Moura Ramos. Lisboa: Presença, 1980.

²³ A medicalização é um processo que torna a vida um objeto da ciência médica, em outras palavras, diz respeito à incorporação de aspectos sociais, culturais, econômicos e existenciais sob o domínio da medicina, convertendo questões não médicas em problemas médicos, como no caso dos chamados transtornos e os distúrbios, realizando um reducionismo. A consequência da medicalização é a medicamentação, ou seja, o uso excessivo ou desnecessário de medicamentos e terapêuticas, e inclui não somente a prescrição sem que haja critério como também a demanda dos sujeitos pelo medicamento. Para Rosa e Winogard (2011) a medicamentação é “um fenômeno amplo que inclui a expansão do processo de medicalização para campos extracientíficos” (p. 42).

²⁴ A psiquiatrização refere-se ao “processo de ampliação dos discursos e das práticas psiquiátricas” (FERRAZA, 2013, p. 15). Neste sentido, os fenômenos vinculados à subjetividade vêm sendo transformados em problemas médicos, em sintomas que justificam diagnósticos psiquiátricos que, por sua vez, sustentam as práticas de tutela, as prescrições medicamentosas e as internações. Embora medicalização e psiquiatrização sem processos distintos (em decorrência da especificidade), eles se apoiam reciprocamente.

AMARANTE, P. D. C. (coord.) *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/A_CONSTITUIÇÃO_DE_NOVAS_PRÁTICAS_NO_CAMPO_DA_ATENÇÃO_PSIKOSSOCIAL.pdf. Acesso em: 01 jan. 2021.

BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 6. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2012.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011. Disponível em: <http://http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n1/v12n1a08.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2020.

BENELLI, S. J. *Psicologia e Assistência Social: interfaces políticas, clínicas e éticas*. Curitiba: CRV, 2020.

BIANCHI, A. Revolução passiva e crise de hegemonia no Brasil contemporâneo. *Revista Outubro*, v. 28, p. 27-35, 2017. Disponível em: http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2017/04/02_Bianchi_2017.pdf. Acesso em: 04 ago. 2019.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 189, de 11 de dezembro de 1991*. Dispõe sobre o atendimento à Saúde Mental no Brasil. Diário Oficial Da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 11 dez. 1991. Seção 1, p. 28495.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992*. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 jan. 1992. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 106. 17 de junho de 2000*. Dispõe sobre a criação e regulamentação das residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/documentos/Decreto-lei106/2000>. Acesso em: 18 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS, nº 2.197, de 04 de Outubro de 2004. Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acesso em 04 jan. 2021.

BRASIL. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. *Institui Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências*. Diário Oficial da União; 20 maio 2010b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm. Acesso em 02 jan. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial*. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 9 abr. 2001. p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 17 ago. 2014.

BRASIL. *Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 131, de 26 de janeiro de 2012*. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html.

BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. *Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 2017b.

BRASIL. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. *Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*. Brasília, 22 de dezembro de 2017a. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/173164140/dou-secao-1-22-12-2017-pg-239/pdfView>.

BRASIL. Portaria nº 2434, de 15 de agosto de 2018. *Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos*. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade*,

Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.* Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

CAPUTO, L. R.; TOMAZ, M; BEDIM, V. B.; DUARTE, M. J. O. A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. *Argumentum*, v. 12, n. 2, p. 91-106, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29203/21392>. Acesso em: 04 jan. 2020.

COSTA-ROSA, A. *Saúde Mental Comunitária: análise dialética das práticas alternativas.* 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

COSTA-ROSA. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo de Freud-Lacan? *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 18 (número especial), p. 37-54. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542/1352>. Acesso em 15 jan. 2020.

COSTA-ROSA, A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva.* São Paulo: UNESP, 2013.

COUTINHO, C. N. A Hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, F. BRAGA, R. RIZEK, C. (Org.). *Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira.* São Paulo: Boitempo, 2010. P. 29-43.

COUTINHO, C. N. A época neoliberal: revolução passiva ou contrarreforma? *Novos Rumos*, Marília, v. 49, n. 1, p. 117-126, 2012. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/novosrumos/article/view/2383/1943>. Acesso em 09 jan. 2021.

DELEUZE, G. *Conversações.* Tradução de Peter Pál Perbart. 8a ed. São Paulo: Ed. 34, 2008.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, Assis, SP, v. 6, n.1, p. 60-79, 2007. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>. Acesso em: 02 out. 2019.

DUARTE, M. J. O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p. 227-243, ago/dez, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas>. Acesso em: 04 jan. 2020.

FARIAS, L. L. Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil. *Argumentum*, Vitória, v. 11, n. 3, p. 47-66, set./dez. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/22727>. Acesso em: 11 jan. 2021.

FERRAZZA, D. A. *A psiquiatrização da existência: dos manicômios à neuroquímica da subjetividade*. 2013. 148 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Assis, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/105617>. Acesso em: 09 jan. 2021.

FIORAVANTE, E. Modo de Produção, Formação Social e Processo de Trabalho. In: GEBRAN, P. (Org.). *Conceito de Modo de Produção*. Tradução de Philomena Gebran. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. p. 31-45.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1999.

GOTO, C. S. *A reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo: ensaios da psicanálise lacaniana e da crítica da economia política*. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2018. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153085/goto_cs_me_assis.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 10 set. 2020.

GRUPPI, L. *O conceito de hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

LOURAU, R. *A Análise Institucional*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

LOUGON, M. Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica: uma perspectiva crítica. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, n.2, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v3n2/06.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

LUZ, M. T. *As Instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. *Revista katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 15-23, jun 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000100003>.

MONDONI, D.; COSTA-ROSA A. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 01, p. 39-47, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a06v26n1.pdf> . Acesso em 18 agosto 2019.

NUNES, M. O. et al . Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, Dec. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019001204489&lng=en

&nrm=iso. Acesso em 23 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>.

OLIVEIRA, F. Hegemonia às avessas. In: OLIVEIRA, F. BRAGA, R. RIZEK, C. (Org.). *Hegemonia às avessas: Economia, política e cultura na era da servidão financeira*. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 21-27.

PAIM, J.S. *Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde*. Brasília: ANVISA-UFBA, 2001. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTIxNjE%2C>. Acesso em: 31 dez. 2020.

PASSARINHO, J. G. N. *O DSM como ideologia: uma crítica do Manual diagnóstico e a luta paradigmática em Saúde Mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2020. p. 236. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/194214/passarinho_jgn_me_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 10 dez. 2020.

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1035-1043, out/dez 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902012000400020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400020>.

PORTELLI, H. *Gramsci e o Bloco Histórico*, Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1977.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16; n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 02 dez. 2019.

ROSA, B. P. G. D.; WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 37-44, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822011000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jan. 2021.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SCARCELLI, I. R. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e do Trabalho) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998, p. 149. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-03112005-221529/publico/dissertacao.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SILVA, M. A. B.; ABRAHAO, A. L. Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas: uma análise guiada por narrativas. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 24, p. 1-14, 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832020000100200&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 jan. 2021.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental –Intersectorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2019.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. Epidemiol. Sus*, Brasília , v. 7, n. 2, p. 7-28, jun. 1998. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 dez. 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro, 2006. 208p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ, 2006.

YASUI, S. *A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 1999. p. 288.

YASUI, S. *Vestígios, desassossegos e pensamentos soltos: Atenção Psicossocial e Reforma Psiquiátrica em tempos sombrios*. Tese de Livre Docência. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2016. p. 217.

ENSAIO 2

O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO ESTABELECIMENTO E OS MODOS DE PRODUÇÃO DA ATENÇÃO AO SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO A ANÁLISE PARADIGMÁTICA

Resumo: Neste ensaio, objetivamos apresentar o Centro de Atenção Psicossocial como um estabelecimento da instituição Saúde Mental e discutir como se caracteriza a Atenção aos sujeitos, tendo como ponto de partida a definição paradigmática proposta por Abílio Costa-Rosa, a saber: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, ainda dominante, e seu antípoda, o Paradigma Psicossocial. Para tanto, situamos o conceito de instituição subsidiado pela Análise Institucional, caracterizamos o CAPS como palco de lutas sociais, expomos como se configurariam suas funções e o seu funcionamento em cada paradigma e discutimos, por fim, a partir de nossa experiência enquanto trabalhadora e pesquisadora do campo, como se organizam as práticas dos profissionais no CAPS, em termos de paradigma, e seus efeitos no que se refere à produção de subjetividade. Atualmente, o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador ainda orienta a lógica desse estabelecimento e as práticas dos trabalhadores que têm operado, comumente, pautados na repetição dos protocolos institucionais. Entretanto, o Paradigma Psicossocial pode ser encontrado na prática de um conjunto de trabalhadores nesses mesmos estabelecimentos, como ação micropolítica conduzida no âmbito nas brechas (políticas, institucionais etc.) abertas do paradigma dominante.

Palavras-chaves: Centro de Atenção Psicossocial; análise paradigmática; produção de subjetividade.

Introdução

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dado sua importância como estabelecimento de tratamento em Saúde Mental, tem sido objeto de interesse tanto dos psicólogos como dos demais trabalhadores desse campo, como atestam diversos trabalhos sobre o tema (SHIMOGUIRI, 2016; SHIMOGUIRI, 2021; YASUI, 2010; PEREIRA, 2011; GALIEGO, 2013; CRUZ; FERNANDES, 2021). Nesse ensaio visamos discutir o CAPS enquanto estabelecimento e dispositivo social de produção de saudessubjetividade. Para além de um estabelecimento, consideramos que ele adquire status de dispositivo¹ – saber e de

¹ Servimo-nos das discussões de M. Foucault, G. Deleuze e G. Agamben acerca do dispositivo. O termo dispositivo, para Foucault (1986), relaciona-se com um “[...] conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. [...] entendo dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante” (p. 224). Deleuze (2011) destaca que o dispositivo é um conjunto multilinear, compostos por linhas de natureza diferente (linhas de visibilidade, de enunciação, de força, de (de)subjetivação, de brecha, de fissura e de fratura) que se entrecruzam e se misturam. Agamben (2005), por sua vez, concebe dispositivo como aquilo que possui de alguma forma a “capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas,

práticas – na esfera das práticas institucionais. Saúdesubjetividade foi o significante cunhado por Costa-Rosa (2013) para demarcar a indissociabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade. A duplicação da letra s indica a pluralização das possibilidades de saúde. Para se referir especificamente ao campo psíquico, Costa-Rosa cunhou o significante subjetividadessaude para demarcar que subjetividade e saúde são necessariamente homólogas e indissociáveis, sendo que o redobramento do s indica a pluralização das diversidades subjetivas.

No Brasil, o acesso aos cuidados em Saúde a toda população ocorre por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Costa-Rosa (2013) demarca que o intermediador necessário no campo da Saúde Coletiva é o Estado, que “[...] assume as feições da própria instituição como intermediadora da relação entre trabalhadores da instituição e usuários de seus serviços” (p. 69-70). E, por conta de haver essa intermediação (estatal), não existe um ato produtivo puro. O modo de produção de uma instituição guarda relação direta com a produção comum caracterizada nos textos marxianos sobre o Modo Capitalista de Produção (MCP) e os Modos Cooperados² (MCoP) que o antecederam. Assim, a instituição pode estar organizada a partir de dois modos diversos de produzir — o MCP ou MCoP — e ter várias funções produtivas. Costa-Rosa (2013) explicita a possibilidade de extrair conclusões e questões esclarecedoras quanto a: como se configura os modos de produção, quais os efeitos produtivos em termos do excedente de produção, aos efeitos referentes à divisão do trabalho e no que diz respeito às relações entre produção e apropriação.

O modo como a instituição Saúde Mental — e seus respectivos estabelecimentos, como, por exemplo, o CAPS — estão organizados de acordo com as características do MCP ou de acordo com outro Modo de Produção (por exemplo, o MCoP) capaz de neutralizar as características típicas do MCP, determinará o resultado dos seus atos produtivos. Se o intermediário (Estado) não pode ser excluído, temos por hipótese ser possível transformar radicalmente a forma da sua intermediação. No campo da Saúde Mental, a produção e o produto que mais interessam aos agentes institucionais – trabalhadores, sujeitos e suas famílias – supõem a neutralização das características do MCP, forma de organização típica do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM). Essa neutralização deve

opiniões e os discursos dos seres viventes” (p. 13). Consideramos que o CAPS seja um estabelecimento que materializa um dispositivo, sendo que ele foi construído no período de contestações ao PPHM e a sua lógica asilar, com a função de responder a necessidade de se criar espaços de tratamento no âmbito do Território.

² No texto *Formações econômicas pré-capitalistas*, Marx (2011) distinguiu duas formas básicas de modo de produção, as pré-capitalistas e a capitalista. Nas formações pré-capitalistas, a propriedade aparece como cessão da comunidade ao indivíduo, não havendo ainda uma cisão radical entre os trabalhadores e os meios de produção, sendo que o usufruto desta propriedade estava vinculado ao trabalho.

passar “pela superação das relações sociais intrainstitucionais verticais e sua substituição por processos cooperados de gestão do dispositivo e do processo de trabalho, como bases imprescindíveis para a produção da subjetividade singularizada” (COSTA-ROSA, 2013, p. 70-71).

Tendo em vista a hipótese de Marx de que ao produzir, o homem produz a si mesmo (MARX, 2004), consideramos haver uma relação de homologia entre os modos dos processos de trabalho e os modos dos processos de produção de subjetividade. Nesse ensaio, pretendemos fazer uma análise do processo de produção de Atenção aos sujeitos do sofrimento no CAPS, suas formas de execução e as consequências de cada modalidade de assistência oferecida. Com base em Costa-Rosa (2013) partimos da hipótese de que há uma indissociabilidade da produção de Atenção e da produção de saúdesubjetividades. Nossa discussão é inspirada nas construções de Costa-Rosa (2013) acerca da instituição Saúde Mental e subsidiada por referenciais transdisciplinares, a saber: o Materialismo Histórico de Marx, a Análise Institucional francesa e a Psicanálise do campo de Freud e Lacan.

Entendemos que as instituições são produtoras de processos de produção de subjetividade. O modo de produção de cada instituição determinará o tipo de subjetividade que será produzida, isto é, mais alienada ou mais singularizada. Denominamos produção de subjetividade alienada o processo de produção no qual os sujeitos não participam diretamente e são apenas coadjuvantes, dificultando (e até impossibilitando) que eles possam se implicar nos impasses e conflitos que vivenciam e pelos quais são interpelados, tendo como resultado deste modo de produção o assujeitamento frente às questões que o acometem. Designamos produção de subjetividade singularizada o processo de produção em que os sujeitos são participantes ativos e protagonistas, possibilitando que eles possam sair da posição de objeto e se implicar subjetiva e socialmente nos conflitos que atravessa e pelos quais é atravessado, resultando no reposicionamento subjetivo e social frente às conflitivas que o acometem. Para tanto, o sujeito “deve ser concebido muito além do indivíduo; homem que constrói seu cotidiano em condições dadas e também ‘sujeito do sentido’, sujeito do inconsciente” (COSTA-ROSA, 2013, p. 74).

A análise sobre como o estabelecimento CAPS se configura contemporaneamente pode ser mais bem vislumbrada, em termos de composição paradigmática, a partir da conceituação realizada por Costa-Rosa (2013) do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e do Paradigma Psicossocial (PPS) que se contrapõem. De imediato assinalamos que, nesse momento histórico, o PPHM predomina, organizando sob sua lógica o

conjunto de saberes, das práticas e os discursos desse campo. O PPS, seu oposto dialético, por não estar efetivamente instituído configura-se mais como um horizonte de possibilidades.

Sobre o conceito de instituição e de alternatividade como contradição

A sociedade é composta por um conjunto de instituições cuja função é realizar a regulação da produção e reprodução da vida humana. Como exemplo, temos a Educação, a Assistência Social, o Trabalho, a Religião, a Família, a Saúde, incluindo a Saúde Mental, dentre outras. As instituições são produções essencialmente humanas e sua função vai além da de ser estabelecimentos arquitetônicos, elas são composições lógicas: “podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos” (BAREMBLITT, 1996, p. 27). As leis e normas que a compõem podem estar materializadas ou podem existir apenas de modo abstrato e prescrevem e proíbem aquilo que é desejável, o que é indiferente e o que não é permitido. Luz (1979) compreende as instituições como “conjunto articulado, como ligação vital de saberes e práticas com efeitos fundamentalmente políticos, envolvendo uma estratégia de luta – não necessariamente aberta – entre grupos e classes sociais constitutivos dessas instituições e inseridos em um bloco histórico (p. 31).

O Movimento Institucionalista, ao apresentar o conceito de instituição, faz uma importante diferenciação entre seus diversos componentes. De acordo com Barembritt (1996) a instituição, ainda que possa estar materializada em tradições ou escritos, é uma entidade abstrata de modo que, para cumprir sua função de regular a vida humana, se materializa por meio de organizações. Segundo Lapassade (1977) “as instituições definem tudo o que está estabelecido, quer dizer, em outras palavras, o conjunto do que está ‘instituído’” (p. 15). As organizações efetivam concretamente as possibilidades enunciadas pelas instituições. Para Lapassade (1997, p. 15) “É a esse nível da organização, grupos dos grupos que se rege ele próprio por novas normas, que se faz a mediação entre a base (a ‘sociedade civil’) e o Estado”. No caso da instituição Saúde Mental, consideramos como organização o Ministério da Saúde que organiza a Política Nacional de Saúde Mental por meio de portarias e demais normativas regulamentadoras.

A organização, além de compor uma estrutura burocrática visível, se desdobra em unidades menores que possuem características diversas, denominadas de estabelecimentos (BAREMBLITT, 1996). Os estabelecimentos que compõem a instituição Saúde Mental são: as Unidades Básicas de Saúde, o Hospital Geral (os leitos psiquiátricos), a Estratégia Saúde da Família, dentre outros, incluindo o CAPS. Esses estabelecimentos incluem um conjunto de

dispositivos técnicos denominados como aparelhos, arquivos, e que são entendidos como equipamentos. No CAPS, por exemplo, existem os arquivos, os prontuários, os leitos, salas e ambientes diversos etc. E, para fazer o estabelecimento funcionar, existem os agentes que realizam as práticas, bem como os sujeitos a quem a oferta de atendimento está destinada. No caso da Saúde Mental, os trabalhadores que atuam nos estabelecimentos são enfermeiros, psicólogos, médicos, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeuta ocupacionais, oficineiros, recepcionistas, dentre outros. Os sujeitos, na melhor das hipóteses, protagonizam o seu tratamento e participam das decisões institucionais por meio dos espaços participativos, com as assembleias, os Conselhos de unidade e Conselhos de Saúde. Acerca dos agentes, mais comumente nomeados como atores institucionais, Benelli (2020) pontua que:

Diante da locução “atores institucionais”, é possível que se pense de modo imediato que os técnicos trabalhadores seriam os principais atores institucionais, o que revela uma perspectiva heterogestiva centrada no especialista como aquele que detém o conhecimento e também o poder e a autoridade, juntamente com prestígio e privilégios. Na contramão dessa concepção autoritária, as políticas públicas de Saúde, de Educação, de Assistência Social e a PNCA estabeleceram o princípio do protagonismo do “usuário”, do sujeito que também é o cidadão (p. 41).

Para a AI, em uma instituição existem duas vertentes indissociáveis: a do instituinte e a do instituído. O instituído é efeito da atividade instituinte, possui uma tendência a não mudar, uma resistência³, configurando uma estrutura rígida que exerce um papel histórico importante de regular as atividades sociais que são essenciais à vida em sociedade. Entretanto, como a vida é um processo dinâmico, está sempre em mudança, o instituído também precisa estar em transformação. Esta é promovida pela atividade instituinte, que tem o caráter de atividade transformadora e criativa, colocando a instituição em movimento. Nos CAPS, há um conjunto de elementos instituídos, tais como a realização de consultas médicas, psicoterapias, oficinas, atendimentos familiares, dentre outros, inclusive com dias e horários previamente determinados. Mas pode existir também um movimento instituinte que produza novas práticas a partir das necessidades dos sujeitos do sofrimento que são atendimentos naquele estabelecimento.

As instituições, organizações, estabelecimentos e agentes têm uma função que aparece como objetivo natural e lógico, mas que se apresenta deformadamente por conta da

³ Quando o instituído se cristaliza de modo exacerbado, pode ser caracterizado politicamente com os nomes de conservadorismo e reacionarismo (BAREMBLITT, 1996).

mistificação. A função⁴ da instituição é “sinônimo de reprodução, de perpetuar o que já existe, aquilo que não é operativo para acompanhar as transformações sociais” (BAREMBLITT, 1996, p. 36), apesar de se apresentar enquanto natural, desejável, eterna e invariável. Por outro lado, o funcionamento tem como característica ser instituinte, transformador e tender à utopia. O CAPS possui como funções ofertar tratamento especializado para os sujeitos do sofrimento em regime de atenção diária de modo e promover a reinserção social, organizar a porta de entrada dos serviços da RAPS, organizar a rede e realizar suporte à Atenção Básica. Em seu funcionamento, pode haver práticas no sentido de uma transformação social na direção dos interesses dos sujeitos do sofrimento e de amplas camadas da população. Mas também podem existir práticas no sentido da segregação, da higienização das cidades, pois às vezes, o instituinte é cooptado por interesses de setores sociais e encarnado no movimento pelo Contra-Reforma Psiquiátrica brasileira.

Em uma determinada instituição e em um estabelecimento está presente, portanto, a contradição. Costa-Rosa (2000) distingue contradição de simples diferença e do sentido comum que considera a contradição como disfunção ou desvios. Para ele, as contradições resultam “dos conflitos reais entre os grupos, e os interesses sociais, representados nas instituições” (COSTA-ROSA, 1987, p. 45). Deve-se compreender a contradição e a diferença enquanto momentos distintos de uma instituição. Um estágio da contradição pode ter início por uma diferença não essencial quanto a valores e forças em jogo e, em algum momento, essa conjuntura pode passar ao estágio de diferença essencial. Todavia, terão o estatuto de contradição apenas aquelas diferenciações que se manifestarem com força radical, uma vez que a simples diferença (ainda que essencial) entre dois blocos de interesse naquela instituição não constitui uma contradição entre as formas de existir de uma determinada realidade. Desse modo, a contradição é lida a partir da dialética na acepção da “‘lei de unidade e luta de contrários’, com base na qual se concebe a existência, nas formações sociais, de ‘forças motrizes’ capazes de possibilitar que elas possam passar de um estágio de desenvolvimento a outro, mudando radicalmente as suas características essenciais” (COSTA-ROSA, 2000, p. 144).

Tendo em vista a definição de Costa-Rosa (2000), dois paradigmas em Saúde Mental só poderão ser considerados alternativos se forem contraditórios. A contradição existirá se a essência de suas práticas tiver sentidos opostos em relação aos seus parâmetros de sustentação. Tomemos por exemplo um CAPS: ainda que o modo Hospitalocêntrico seja

⁴ Para Barembritt (1996) a função da instituição está a serviço da exploração, da dominação e da mistificação.

diferente do modo de Atenção ofertado no CAPS com uma equipe multiprofissional, não necessariamente eles serão alternativos porque, por exemplo, esse estabelecimento pode continuar a ocupar o lugar de depositário tal como o hospital psiquiátrico, os profissionais podem colocar o diagnóstico e a medicação como centro do tratamento, as ações podem ficar presas às especialidades, a equipe pode não prescindir do hospital psiquiátrico e o sujeito do tratamento ainda pode ser tomado como objeto. Portanto, a alternatividade ao PPHM traz a exigência da superação de um conjunto de limites característicos de sua constituição.

O CAPS como palco de lutas sociais

As instituições são agenciamentos das pulsações da Demanda Social em uma conjuntura histórica, social e política específica. Esses agenciamentos são mediados pelo imaginário e pela ideologia. Para a AI, a demanda é compreendida como falta em sentido amplo (LOURAU, 2014), posto isso, a Demanda Social⁵ diz respeito ao conjunto das pulsações produzido pelas oposições de forças em uma dada sociedade, em um momento histórico específico. Já a encomenda — que aparece na forma de pedidos — diz respeito a uma contraface da demanda, ou seja, à fisionomia sob a qual a falta é apresentada. Sempre resta na instituição, inclusive na instituição Saúde Mental, um não sabido estrutural no que diz respeito à Demanda Social que lhe originou.

Segundo Costa-Rosa (2013), podemos analisar e compreender o jogo de forças na instituição de Atenção ao sofrimento psíquico, contrapondo os paradigmas nesse campo — PPHM e PPS — por meio do conceito de Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH). O PEH, de Gramsci, possibilita a análise da conjuntura em que uma determinada instituição surge. De acordo com Gramsci (1978), a hegemonia é um processo e abarca a organização política da sociedade e a estrutura macroeconômica, além de atuar nas orientações culturais e ideológicas. Ela não constitui um sistema formal fechado, assim como não é absolutamente articulado e homogêneo. Luz (1979) compreende a hegemonia como prática sempre recomeçada e “como prática contraditória que na medida em que institui como universal uma Ordem que é fundamentalmente particular” (p. 29). No caso da instituição de Atenção ao sofrimento psíquico, considerar o PEH permite compreender o jogo de forças presentes na

⁵ Segundo Baremlitt (1996, p. 16), “Em todas as épocas da história, mas particularmente na nossa, não existem necessidades básicas ‘naturais’; não existem demandas ‘espontâneas’, [...] a noção das necessidades é produzida, assim como a demanda é modulada; isto é, aquilo que os povos pensam que todos os membros de uma população e todos os povos do mundo precisam como ‘mínimo’ não existe. Esse ‘mínimo’ é gerado em cada sociedade e é diferente para cada segmento da mesma”.

instituição, contrapondo os aspectos do PPHM aos do PPS, no que concerne a saberes, práticas, aspectos jurídicos, culturais, ideológicos e éticos.

Para Costa-Rosa (2013), o PEH é um processo contraditório por meio do qual uma classe social estabelece o seu domínio político ideológico sobre a sociedade e, para tal, apoia-se no conjunto das instituições, em sua maioria, instituições da cultura. Luz (1979) destaca, nesse sentido, que “a hegemonia de classe é centrada nas instituições”. Essas instituições também se configuram como Aparelhos Ideológicos do Estado (AIE) (ALTHUSSER, 1980). O PEH abrange um conjugado de práticas relacionadas à estratégia e à técnica, designadas a manter a Formação Social em equilíbrio dinâmico. Essa segmentaridade tende à polarização, uma vez que as realidades são sempre contraditórias e segmentares no que diz respeito a interesses e a visões de mundo e interesses que nesse processo se atualizam. Nesse processo, há dois polos — polo dominante e polo subordinado — e um amplo conjunto de saberes e práticas que podem se desdobrar num amplo leque de possibilidades, incluindo desde as diferentes até as alternativas e contraditórias.

Luz (1979), ao interpretar a instituição como Formação Social e entender que a hegemonia de classes está centrada nas instituições, as considerou como “palco de lutas sociais”. Do lado do polo dominante, há um conjunto diverso de práticas de efeitos ideológicos e repressivos, além de concessões e de táticas e de sua recuperação. Ao passo que, do lado do polo subordinado, existe um conjunto de práticas em concordância com o polo socialmente dominante – e que são reproduzidas devido à dominância ideológica e material deste polo –, todavia, existe um conjunto de reivindicações e de práticas alternativas que, às vezes, podem ambicionar a elaboração de uma hegemonia alternativa.

No palco de lutas sociais, mais especificamente nos estabelecimentos institucionais como, por exemplo, o CAPS, existe um amplo conjunto de atores que vão desde os trabalhadores até os sujeitos e suas famílias atendidas no estabelecimento, sendo que a ação institucional resulta das relações sociais entre trabalhadores e sujeitos. A prática de cada um dos trabalhadores pode ser divergente, complementar e até mesmo contraditória com respeito à de outros, consequentemente, a prática institucional é “a resultante das práticas conflitantes dos diversos atores” (ALBUQUERQUE, 1978, p. 74).

As instituições – materializadas em seus respectivos estabelecimentos, como o CAPS – constituem peças fundamentais no PEH, visto que, na esfera de suas práticas, podem atuar a favor do instituído de modo a garantir a reprodução das relações sociais dominantes, reproduzindo subjetividades capitalísticas e alienadas, ou podem ser um dispositivo instituinte de novas relações institucionais, produzindo subjetividades mais singulares. A instituição

Saúde Mental, regulamentada na forma de Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), surgida enquanto concessão tática do polo dominante e que vem sofrendo recuperações por meio das últimas mudanças implementadas nessa política desde o ano de 2016, não representa os interesses do polo subordinado. Ainda que os estabelecimentos de Saúde Mental ofereçam tratamento, uma leitura dialética permite visualizar que ela continua a atuar no sentido da manutenção do Discurso Médico e do modo asilar, ainda que sob vestes mais delicadas.

Nesse momento histórico, podemos observar uma luta pela hegemonia das visões ideológica, teórico-técnicas, ética e cultural. Essa luta se torna mais nítida ao situarmos as práticas institucionais nos dois paradigmas: o dominante PPHM e seu oposto dialético, o PPS. Dependerá do paradigma que orientar as práticas, o tipo de subjetividade que será produzida, se mais alienadas ou mais singularizadas. O processo de luta pela hegemonia tem produzido recentemente uma série de retrocessos materializados por meio da Resolução nº 32 (BRASIL, 2017a), da Portaria Nº 3.588 (BRASIL, 2017b) e da Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019), ao trazer de volta para a Rede de Atenção Psicossocial estabelecimentos manicomiais (hospital psiquiátrico) e obsoletos (ambulatorios) e incluir, nela, as clínicas de viés místico-religioso de recuperação (perfumadas sob a nomenclatura de Comunidades Terapêuticas) que funcionam na contração da Política de Redução de Danos e dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

De acordo com Costa-Rosa (2013) o mesmo processo que produziu a instituição enquanto dispositivo social vai se produzir com os outros efeitos da Demanda Social. Como resposta à determinada demanda social, a instituição é dotada de uma determinada função positiva, nesse caso “ofertar tratamento de Saúde Mental a todos que precisarem”, função que é atravessada pelo imaginário e pelo simbólico. As modalidades de oferta de tratamento influenciam diretamente na forma como a demanda social se expressará por conta do imaginário social. Esse mesmo imaginário social não deixa de sofrer atravessamentos da instituição, já que as modalidades de oferta de tratamento psíquico influenciam diretamente o modo como se expressa tal demanda. Em resumo, a Encomenda tem relação direta com os modos da representação quanto ao que seria a “falta” e das “ofertas” dos estabelecimentos institucionais. Tomemos por referência o CAPS. Se ele possui como suas principais ofertas terapêuticas, a consulta psiquiátrica e os demais atendimentos estão situados a partir do Discurso Médico e da relação saber-poder — ofertas típicas do PPHM — é esperado que a maior parcela das pessoas que se dirijam a esses estabelecimentos solicite esses recursos. Diferentemente, se as modalidades de oferta terapêutica forem de cunho mais simbólico, no sentido de ofertar uma escuta que possibilite ao sujeito desenvolver um trabalho subjetivo —

oferta típica do PPS —, as solicitações de tratamento têm mais chances de não serem de diagnóstico e de medicalização do sofrimento.

A instituição como momentos articulados: o universal, o particular e o singular

A instituição é composta por um conjunto de saberes e práticas (LUZ, 1979) articulados por um discurso lacunar (COSTA-ROSA, 2013). Em vista disso, a análise de uma instituição deve considerar a articulação entre saberes e prática, que pode ser sintônica, contraditória ou de desconhecimento mútuo. A análise da instituição, enquanto momentos articulados, pode ser realizada tomando como referência os três momentos do conceito de Hegel: universalidade particularidade e singularidade (LOURAU, 2014). No momento da universalidade, temos o discurso ideológico, por meio do qual se revela a positividade do conceito. Vejamos o que define a própria Lei da Reforma Psiquiátrica:

Artigo 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. [...].
Artigo 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001).

Em vista disso, a função institucional é sustentar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, de modo a garantir que todos sujeitos do sofrimento possam circular pelos estabelecimentos, comunidade e cidade. Nesse momento da universalidade, a instituição aparece como entidade abstrata e verdadeira. Entretanto, todo o instituído atua no sentido de reproduzir e de conservar um sistema social, por isso Baremblytt (1996) adverte que a função está a serviço das formas históricas de exploração, dominação e mistificação. Apesar de a função positiva se mostrar como objetivo natural da instituição, raramente aparece apresentada tal como realmente é, por conta do processo de mistificação.

No segundo momento, da particularidade, a instituição Saúde Mental adquire o status de dispositivo (conjunto de saberes e práticas), como um aparelho capaz de certas funções, por exemplo, tratar os sujeitos do sofrimento e produzir valores de uso. Segundo Lourau (2014), o momento da particularidade “exprime a negação do momento precedente” (p. 16), posto que as lacunas e as polissemias do discurso institucional (pretensamente universal) são revelados no âmbito das práticas. Nessa esfera, podem-se ver as lacunas do discurso da Saúde Mental, revelando a dimensão da negatividade: o frequente encaminhamento de sujeitos que usam

substâncias psicoativas para internações em CTs e a centralização das relações dos sujeitos do tratamento no CAPS ao invés da promoção de contratualidade social no território, por exemplo. Outrossim, é na esfera das práticas que se encontram as condições materiais tanto para a reprodução daquilo que está instituído, quanto para que o instituinte possa emergir. “Práticas e saberes podem superar dialeticamente a si próprios e ao discurso, descartando-o ou elevando-o a outras características discursivas” (COSTA-ROSA, 2013, p. 59). Na Saúde Mental, é possível visualizar o processo de superação na passagem do discurso manicomial ao da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Nesse momento histórico, visualizamos um processo de luta pela hegemonia das visões ideológicas, teórico-técnicas, éticas e culturais entre o PPHM e o PPS.

O terceiro momento, da singularidade, resulta da articulação do universal com o particular, isto é, do confronto do discurso institucional com a práxis. Cada estabelecimento que compõe uma instituição, em sua singularidade, reafirma e nega a universalidade (do discurso institucional) e sustenta a possibilidade de que haja mudanças instituintes. No dia a dia de um CAPS, um estabelecimento singular da instituição de Saúde Mental, por exemplo, acontece a produção de atividades que reproduzem o instituído — como no caso das consultas médicas e medicação a priori — como também atividades criativas — oficinas de reconstrução subjetiva, grupos de geração de renda, atividades de economia solidária, dentre outras — que promovem o movimento instituinte. Nesse momento, podemos ver a polissemia do significante instituição, com base no recorte de três sentidos fundamentais: a) instituição enquanto composição lógica, substantivo, efeito da atividade instituinte (BAREMBLITT, 2016), acumulado de costumes; b) instituição como processo de criar, ação de instituir, verbo, com característica dinâmica, viva, por isso nessa dimensão é possível tanto reproduzi-la enquanto lógica cristalizada quanto recriá-la, de modo a criar movimentos e transformações em sua lógica; e c) instituição enquanto Formação Social, ou seja, como dispositivo de produção social composto por arquitetônico, saberes e práticas articuladas, em que substantivo e verbo surgem como amálgama.

O funcionamento do CAPS e suas contradições

De acordo com Costa-Rosa (2013), ao considerar os três momentos do conceito de instituição, é possível aprofundar a compreensão do conceito de instituição como conjunto de saberes e práticas articulados por um discurso ideológico. Para ele, é possível extrair duas consequências dessa definição conceitual.

A primeira consequência é que, ao compreender a instituição como Formação Social, compreende-se que nela se presentifica um conjunto de interesses os quais podem ser desde simplesmente diferentes até aqueles radicalmente opostos. Isto é, apesar de existir um aparente consenso na instituição, nos estabelecimentos pode existir um conjunto variado de visões de mundo e dos efeitos das ações institucionais sobre os sujeitos. No CAPS, por exemplo, a concepção de Saúde Mental pode incluir perspectivas diversas tais como a ausência da doença, o apagamento dos fenômenos e a adaptação ao instituído social, como também pode considerar o “movimento desejante”, dimensão do vir-a-ser do sujeito. Essa diversidade teórica e técnica em termos de Saúde Mental pode tender a polarizar-se, desdobrando-se em luta pela hegemonia — da ideologia, da teoria, da técnica, da ética e da cultura.

A segunda consequência é considerar na instituição a existência de uma ordem latente, para além daquela ordem manifesta. Levar isso em consideração exige a necessidade de fazer um exercício de deciframento, cuja finalidade consiste em descobrir o sentido presente no discurso e nas práticas institucionais. Esse exercício possui duas etapas. A primeira delas é realizada por meio da análise do discurso institucional, por conta dele prevalecer como autoapresentação da instituição, isto é, de enuncia-la como positividade, como ela é ou como pretende ser. No caso do estabelecimento institucional CAPS, pode-se fazer uma análise dos documentos oficiais que embasam a Política Nacional de Saúde Mental, tal como a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), e nas publicações do Ministério da Saúde, por exemplo, “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (BRASIL, 2004). A segunda etapa do exercício está centrada em relacionar e confrontar as práticas dos estabelecimentos institucionais com o seu discurso, tendo como foco as práticas, em razão delas serem capazes de revelar tanto as contradições do discurso institucional como também uma face de produção de saber novo. Em se tratando do estabelecimento CAPS, é possível contrastar quais seriam as práticas dos trabalhadores com relação ao discurso oficial. Por meio dessa análise, podemos notar a existência de: práticas tutelares e de disciplinarização dos corpos (FOUCAULT, 2015) instrumentadas pelo Discurso Médico (CLAVREUL, 1983), de apagamento da subjetividade ao desconsiderar a dimensão do inconsciente, e tentativas de gestão dos riscos sociais (CASTEL, 1984) por meio das internações involuntárias e de encaminhamentos para as CTs místico-religiosas. Essas práticas deixam ver que, a despeito do discurso oficial da instituição de Saúde Mental, esse estabelecimento pode operar como um Aparelho Ideológico do Estado (ALTHUSSER, 1980) ao administrar os problemas psíquicos e sociais que são efeitos do MCP em seu estágio avançado (neoliberalismo).

Costa-Rosa (2013) demarca a necessidade de que os trabalhadores que compõem uma instituição sejam capazes de realizar a análise de discurso e das contradições institucionais para que possam estar inseridos de modo não apenas funcionalista no contexto institucional. Mas, como pensar as contradições da instituição?

As instituições conjugam um conjunto de interesses, sendo segmentares no que se refere a forças que a compõem. O jogo de forças presente no CAPS como um dispositivo institucional pode ser elucidado por meio da distinção quanto as suas principais contradições, da distinção entre contradição principal e secundária, e da compreensão das oposições que resultam das diferenças essenciais entre discurso, saberes e práticas. Para Costa-Rosa (2013) o estado de contradições pode ser constatado por meio da análise da proporção de forças de cada um dos polos — o polo hegemônico e polo subordinado. Nesse momento, a contradição essencial da instituição Saúde Mental se expressa em termos dos paradigmas, o PPHM, que é hegemônico, e o PPS ou paradigma emergente, seu oposto dialético. Como possuem concepções políticas, ideológicas, teóricas, técnicas e éticas antagônicas, cada um dos paradigmas — PPHM e PPS — determina modos opostos antagônicos de produção institucional e consequentemente, de produção de subjetividade.

As subfunções produtivas de um CAPS

As instituições, sejam elas materializadas ou não em estabelecimentos, têm um discurso ideológico, de aspiração totalizante, que é apresentado como sem falhas e/ou lacunas, verdadeiro e desejável. Nesse discurso estão apresentadas as funções positivas do dispositivo institucional enquanto Formação Social singular. Em se tratando do CAPS como estabelecimento da instituição Saúde Mental, ele é apresentado como tendo por função positiva “realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo” funcionando “segundo a lógica do território” (BRASIL, 2002). Contudo, como todo discurso possui lacunas, ao realizarmos uma análise desse discurso por meio de sua confrontação com os saberes e práticas operantes no CAPS, podemos aceder a outras funções institucionais que não estão presentes no discurso ideológico, a saber, uma função negativa que pode ser subdividida em três subfunções: a) a produção de “mais valia” sob a forma indireta; b) a reprodução de relações sociais e intersubjetivas; e c) a construção de novas formas de relações sociais, relacionadas com a dimensão instituinte, essencialmente no âmbito das práticas. Esta última subfunção negativa, por seu caráter instituinte de novas

relações, se contrapondo às relações sociais estabelecidas, é a mais valiosa aos interesses subordinados — tanto para os trabalhadores quanto para os sujeitos do tratamento.

A primeira subfunção negativa, produção de “mais-valia” sob a forma indireta, diz respeito ao CAPS, assim como os demais estabelecimentos da Saúde Mental, fazerem uso de produtos de outras instituições. A utilização de insumos da indústria farmacêutica é um caso exemplar, pois por intermédio do Estado e dos municípios é comprado um conjunto de medicamentos psicotrópicos que são receitados aos sujeitos do tratamento, alimentando o consumo e consequentemente a produção de produtos químico-farmacêutico, o que por sua vez está diretamente relacionado com a produção de lucro para o capital. Não por acaso há sintonia entre os avanços da indústria químico-farmacêutica (tecnologia dominante) e as concepções de sofrimento psíquico do PPHM (COSTA-ROSA, 2013). O encaminhamento para internações em hospitais psiquiátricos privados e nas chamadas Comunidades Terapêuticas é outro caso exemplar, caracterizando outro aspecto das possibilidades lucrativas da indústria da loucura. Neste sentido, Costa-Rosa (2013, p. 216) pontua que:

[...] o Discurso Médico opera a realização da mais-valia produzida na gigantesca indústria químico-farmacêutica, tornando-se, desse modo, um agente dessa forma de ciência que não disfarça sua função de braço armado do Modo Capitalista de Produção, que neste momento histórico é regido pela lógica do consumo.

A reprodução das relações sociais e intersubjetivas dominantes homóloga as relações sociais da produção de mais-valia, que têm por característica serem relações verticais de domínio e subordinação, constitui a segunda subfunção negativa. Nos CAPS onde predominam o PPHM, as relações estabelecidas entre os trabalhadores e sujeitos, assim como entre os próprios trabalhadores, baseiam-se na verticalização. Na relação trabalhadores-sujeitos, os primeiros ocupam a posição de supridores (de remédios, conselhos, procedimentos), enquanto os sujeitos ocupam essencialmente a posição de carentes-demandantes. Além de que os trabalhadores ficam situados e se posicionam enquanto aqueles que detêm o saber-poder-ajudar — saber que é constantemente expropriado dos próprios sujeitos —, ignorando que o único saber que pode resolver os impasses só pode ser elaborado pelos próprios sujeitos, sendo o trabalhador um coadjuvante neste processo. Quanto à relação entre os próprios trabalhadores, o trabalho é estabelecido de modo que alguns (ocupando cargos de coordenação) mandam e os outros subordinados (em cargos técnicos) obedecem. O resultado deste modo de estabelecer relações sociais e intersubjetivas é a (re)produção de subjetividade serializada, própria das relações sociais dominantes, a saber: loucos-sãos,

sapiente-ignorante, supridor-carente, trabalhadores-usuários, mandante-obediente e dominador-subordinado.

A terceira subfunção negativa diz respeito à possibilidade de redefinição do processo de produção de Atenção, transformação essa orientada pelos interesses dos sujeitos. Tendo em vista que em uma instituição existe uma dimensão instituída e uma dimensão instituinte (ALTOÉ, 2004; BAREMBLITT, 1996), há no cotidiano das ações a possibilidade de construção de novas formas de relações sociais e intersubjetivas que não sejam pautadas em e produtoras de disciplinarização, tutela, dominação e controle. A capacidade de se contrapor, por intermédio de suas práticas, às relações sociais instituídas e [re]criar outras formas de relações sociais mais horizontalizadas e capazes de se contrapor ao PPHM (ainda dominante) é fruto da segmentaridade das pulsações que constituem e organizam as instituições/estabelecimentos. Essas novas formas de relações congregam as pulsações instituintes e podem chegar a não ser referidas no discurso, ainda que existam nas práticas. Costa-Rosa (2013) as designou enquanto “produção de subjetividade singularizada”, posto que nela o sujeito é o principal agente produtivo (e não passivo) em conjunto com os trabalhadores (que são intercessores).

Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e Paradigma Psicossocial (PPS): seus quatro parâmetros

Paradigma, no campo da Saúde Coletiva, é definido enquanto “[...] conjunto de noções, pressuposições e crenças, relativamente compartilhadas por um determinado segmento de sujeitos sociais que serve de referencial para a ação” (PAIN; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 31). Costa-Rosa (2013), no campo da Saúde Mental Coletiva, concebe paradigma como “conjuntos articulados de valores e interesses que se estratificam, criam dispositivos (leves e pesados) e podem chegar à polarização” (p. 76). A luta entre os paradigmas pela hegemonia ocorre em duas esferas, a político-ideológica e a teórico-técnica. Em sua conceituação paradigmática, Costa-Rosa (2013) organiza sua análise dos paradigmas a partir de quatro parâmetros considerados fundamentais que, por sua vez, incluem diversos componentes.

O primeiro parâmetro, concepção do referente das ações de Atenção e dos meios de trabalho, diz respeito à forma como se concebe o processo de produção saúde-adoecimento-Atenção, as concepções de cura e, derivadas dessas, as diferentes formas de tratamento. No PPHM, o referente das ações de Atenção é a “doença” na figura dos “transtornos”, concebida enquanto uma questão orgânica (seja neuronal ou hormonal), a cura é entendida como

remissão sintomática, por corolário, os meios de tratamento se restringem a medicamentação (como efeito da medicalização) e a terapêuticas adaptativas, geralmente, ofertadas *a priori*. A Atenção está pautada no “cuidar de”, com o sujeito situado no lugar de objeto, o que produz como efeito o tamponamento dos sintomas, a medicamentação, a normalização, a adaptação e a alienação (social e subjetiva) (COSTA-ROSA, 2013). Ao passo que, no PPS, o referente é o sujeito (como indivíduo mais o inconsciente) que aparece por meio de seus impasses, trata-se do efeito-sujeito. Tendo em vista que o referente é o sujeito com sua realidade psíquica⁶, o trabalho fundamental de tratamento deve se processar no campo dessa realidade psíquica, sustentando por um trabalhador-intercessor, portanto, trata-se de uma “terapêutica sob transferência” (COSTA-ROSA, 2019). A Atenção é redefinida como “cuidar-se” e os meios de tratamento, ou melhor, as ofertas de possibilidades transferenciais, são diversas e variadas – atendimentos individuais e em grupo, psicoterapias individuais e em grupo, oficinas, acompanhamento terapêutico, visitas, espaços coletivos de tratamento, dentre outras – a depender do que cada um necessita.

O segundo parâmetro, concepções dos modos de organização das relações intrainstitucionais e interinstitucionais, relaciona-se com a forma como a instituição Saúde Mental e seus estabelecimentos — como o CAPS —, considerados intermediários necessários, estão organizados por um determinado Modo de Produção, o que implica em diferentes modalidades de processos e de seus respectivos efeitos produtivos. O PPHM, organizado sob a égide do Modo Capitalista de Produção (MCP), caracteriza-se pela verticalização das relações intersubjetivas e interpessoais – com decisões estratificadas na gestão –, base da produção de saúde enquanto reposição de suprimentos (químicos e de sentidos). Por sua vez, o PPS, organizado sob o Modo Cooperado de Produção (MCoP), caracteriza-se pela horizontalização das relações intersubjetivas e interpessoais tendo em vista à cogestão e autogestão, base da produção de saúde enquanto reposicionamento subjetivo e social do sujeito (COSTA-ROSA, 2013).

O parâmetro três inclui as formas de relação da instituição com o Território (sociodemográfico e geopolítico), e deste com a instituição, sendo que estão em análise as diferentes modalidades de ofertas de tratamento, a maneira como a instituição se apresenta, a

⁶A Realidade psíquica (*Realität*) possui consistência moebiana, sendo ao mesmo tempo subjetiva e inconsciente, estrutural e singular, social e histórica (SHIMOGUIRI; COSTA; BENELLI; COSTA-ROSA, 2019). Essa realidade, que inclui o corpo (enquanto corpo subjetivado), trabalha na configuração do problema e aparece por meio de seus impasses e sintomas. Em vista disso, o trabalho fundamental de tratamento para seu equacionamento precisa ser feito no campo dessa mesma realidade.

forma como se insere no Território, como responde à Demanda Social e como a instituição é percebida pela população.

No PPHM predominam as relações (verticalizadas) típicas do MCP, isto é, relações de tipo: doente-são, ignorante-sabedor e carente-supridor. O trabalhador, identificado com o lugar imaginário de (su)posição de saber-poder em que é colocado, atua de forma disciplinar, e os estabelecimentos se apresentam como lugar depositário dos sujeitos “doentes” e respondem apenas no nível das encomendas sociais de suplementos variados (de fármacos, de procedimentos e de sentido). O Território, por sua vez, se relaciona com a instituição/estabelecimento como um espaço de depósito dos sujeitos “transtornados” e um distribuidor de suprimentos (COSTA-ROSA, 2013). Já no PPS, predominam as relações horizontalizadas (de interlocução). O trabalhador, enquanto “trabalhador-intercessor” (COSTA-ROSA, 2019), ao operar o manejo clínico, se abstém de responder as demandas (de saber e de poder) supostas nele pelo sujeito para fazer operar as “revoluções discursivas” (LACAN, 1992) a fim de que o sujeito ocupe o lugar de agente (protagonista) de seu tratamento. A instituição/estabelecimento constitui-se como um espaço de interlocução com o Território e suas ações visam a atingir o nível das pulsações da Demanda Social para, quando não for uma demanda direta ou exclusivamente do campo da Saúde, referi-la às outras Políticas Públicas (Assistência Social, Educação, Esporte, Cultura, entre outras).

O quarto parâmetro, as formas de seus efeitos produtivos em termos de terapêutica e dos desdobramentos éticos, coloca em pauta as modalidades de terapêutica e o estatuto ético dos efeitos das práticas institucionais. Em outras palavras, inclui a problematização da produção de subjetividade, uma vez que ao produzir de saúde também se produz subjetividade. O PPHM, alicerçado no Discurso Médico, fundamenta sua terapêutica no tratamento sintomático (remoção ou atenuação do sintoma) e na panaceia medicamentosa, o que produz efeitos iatrogênicos, tais como a dependência medicamentosa. Os efeitos dessa “terapêutica de suprimentos”, em termos de ética, é a produção de subjetividade alienada e serializada. Por sua vez, o PPS, por considerar que o trabalho fundamental se processa no campo da realidade psíquica, preza pelo exercício da palavra (do bem dizer) do sujeito e de uma escuta intercessora como meio essencial de intercessão. No horizonte está o reposicionamento do sujeito nas conflitivas e contradições que ele atravessa e pelas quais é atravessado e que produzem sofrimento. O efeito dessa terapêutica intercessora, em termos de horizonte, é a produção de subjetividade singularizada.

No cotidiano do CAPS: dois modos de produção de atenção ao sofrimento psíquico

Olhemos mais de perto o CAPS como dispositivo de produção de Atenção aos sujeitos com sofrimento psíquico intenso. Sabemos de sua função positiva oficial, mas como ele tem efetivamente funcionado, na sua singularidade, marcada por particularidades diversas? Como os atores institucionais constroem suas relações sociais e intersubjetivas nesse estabelecimento? Qual tem sido a sua produção em termos de subjetividade?

A produção em Saúde está centrada no “trabalho vivo em ato”⁷ (MEHRY, 2002), sendo que seu produto (saúde) é consumido no ato mesmo de sua produção. Por se tratar de um trabalho vivo em ato, existe um importante grau de liberdade no fazer profissional, desse modo um trabalhador pode executar práticas que reiteram o instituído ou realizar práticas inventivas na direção dos interesses dos sujeitos do tratamento. Em outros termos, ele pode realizar práticas que podem ser orientadas pelo PPHM ou práticas que tenham como horizonte o PPS. Tomemos os atendimentos do CAPS como analisadores das modalidades de ofertas possíveis e seus efeitos. Embora nossa análise se paute no chão firme da nossa práxis de psicólogos, para melhor compreensão do leitor, produzimos um modelo heurístico, posto que em um mesmo CAPS podemos encontrar os dois paradigmas, sendo que um deles sempre é o dominante.

a) O acolhimento inicial do sujeito

Consiste na primeira oferta de Atenção pelo CAPS aos novos sujeitos (e sua família), caso ele tenha vindo por demanda espontânea ou por encaminhamento referenciado, incluindo as situações de crise no território. Para Passos e Benevides (2006) consideram que acolhimento em Saúde é uma “ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde” (p. 89). Por partir da necessidade do sujeito em receber um cuidado em curto prazo, o primeiro atendimento é realizado quando acontece a demanda. Nesse atendimento, o trabalhador busca conhecer o sujeito, sua história e demanda de tratamento para, a partir disso, ter condições de pensar ofertas (sempre provisórias) de tratamento.

Em estabelecimentos que operam pelo PPHM o acolhimento possui os moldes de uma triagem tradicional, nele a preocupação está centrada na coleta de dados acerca dos sintomas (possivelmente) relacionados a algum “transtorno mental”, dando pouca (ou nenhuma)

⁷ Para Mehry (2002), o trabalho em saúde distingue-se de outros processos produtivos, não podendo ser globalmente capturado pelo trabalho morto, uma vez que “o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativa na escolha do modo de fazer essa produção” (p. 49).

importância a aspectos da história e aos modos de vida do sujeito. Conforme assinala Shimoguri “as problemáticas psíquicas são concebidas pelo viés biomédicocurativo” (SHIMOGURI, 2016, p. 76). A ênfase na descrição sintomática deve-se a uma preocupação com o estabelecimento do diagnóstico nosográfico com base no CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), uma vez que ele funciona como uma bússola para a equipe, direcionando a produção da Atenção.

As ofertas de tratamento são indicadas aos sujeitos, sendo definidas *a priori*, isto é, sem que ele participe do processo de escolha, desconsiderando o seu protagonismo no processo de produção de saúde, e sua recusa tem o significado de não-adesão. Essas ofertas podem se resumir a consulta médica e quando existe a proposição de outras terapêuticas, elas visam melhorar as habilidades sociais dos sujeitos por meio de intervenções situadas no plano da consciência e da cognição (SHIMOGURI, 2016). Propostas que prescindem do diagnóstico médico e prescrição medicamentosa e que, por outro lado, incluam a escuta daquilo que é singular não costumam ser bem-vistas em um CAPS regido por esse paradigma.

A Atenção, nesse paradigma, possui como objetos de intervenção os fenômenos psíquicos e comportamentais tomados enquanto “anormais”, como por exemplo, o delírio e a alucinação, as tentativas de suicídio, a depressão profunda, o pânico, o uso intenso de substâncias psicoativas (drogas), até mesmo algumas formas singulares e destoantes da norma social com que alguns sujeitos levam a vida, sendo os sujeitos vistos enquanto “doente mental”. Por estar assentada no princípio doença-dura, a saúde é concebida como ausência de doença. Por conseguinte, as terapêuticas destinam-se à remoção ou minimização sintomática e na inserção social através da adaptação. Esse modo de Atenção é consonante com o MCP, posto pretender que o sujeito se adapte ao instituído social, buscando, no limite, inclui-lo, de maneira alienada, como trabalhador e consumidor.

No PPS, o acolhimento inicial difere dos moldes de uma triagem, constituindo-se como um espaço de escuta do sujeito em sua singularidade, sendo ele considerado protagonista no processo de produção de sua saúde. Trata-se de acolher atendendo o sujeito. Tendo em vista que as problemáticas psíquicas são concebidas enquanto impasses da realidade psíquica (*Realität*) contextualizada histórica e socialmente (COSTA-ROSA, 2019), a clínica visada é a dos processos de subjetivação, isto é, a clínica que inclui a dimensão de sujeito como indivíduo mais inconsciente. Desse modo, o acolhimento tem os moldes de “escuta-recepção” (TENÓRIO, 2000; LEVCOVITZ, 2000), tendo por princípio ser uma oferta de subjetivação e consistindo em já ser um início de tratamento bem como um primeiro

passo para o estabelecimento da transferência do sujeito com o trabalhador que o recebe e com o próprio CAPS.

Esse modo de acolher, receber-escutando, promove o questionamento da demanda, visto que é comum o sujeito chegar com a encomenda de psiquiatria e medicamentos. O tratamento ofertado é norteado pela consideração dos modos e processos de subjetivação e das modalidades clínicas, efeitos de como cada sujeito constituiu sua subjetividade. Tem-se claro que o trabalho (subjetivo) fundamental para a resolução dos impasses cabe ao sujeito, sendo realizado sob transferência com o trabalhador, portanto, visa-se promover “uma terapêutica sob transferência” (COSTA-ROSA, 2019, p. 43). Com relação à medicação, pode ser indicada para casos específicos, tendo função coadjuvante no tratamento, mas jamais é indicada *a priori*. E os atendimentos são pactuados com os sujeitos, conforme seu desejo, e revisados sempre que necessário.

b) Acolhimento de crise

Realizar um bom manejo de um sujeito em crise é essencial para que o CAPS cumpra seus objetivos de tratar os sujeitos com graves impasses de subjetivação e evitar que se promova sua internação (BRASIL, 2004). Nesses momentos em que o sujeito vivencia um intenso sofrimento – seja ele fruto de um impasse grave da ordem da neurose ou da psicose – o manejo realizado pelo CAPS pode ser feito de diferentes modos e, a depender desses, existirá uma diferença em termos de efeitos subjetivos. Atender às situações de crise exige da equipe uma capacidade de lidar com o imprevisível. Nicácio e Campos (2004, p. 76) ressaltam que:

lidar com as situações de crise exige arriscar-se a entrar em relação: processo continuamente construído, reconstruído, repensado que, a partir da necessidades dos usuários, da validação de sua singularidade e contratualidade e, criticando as distâncias produzidas pelas hierarquias e pelas diversas formas de objetivação e de cristalização das relações, requer proximidade, intensidade de relações e de afetos.

No PPHM, as situações de crise são vistas como sendo descontextualizadas do momento de vida do sujeito e há uma associação com o tema da periculosidade (seja ao próprio sujeito ou a outras pessoas). Por considerar que a situação de crise precisa ser resolvida naquele instante, há uma preocupação com o rápido estabelecimento do diagnóstico e as intervenções têm como foco a redução dos sintomas em curto prazo e, para tal, utiliza-se prioritariamente a terapêutica medicamentosa e o encaminhamento para uma internação.

Trata-se de promover a tutela e o controle enquanto estratégia de contenção da crise, pois as práticas estão ancoradas em éticas disciplinares, tais como a Ética da tutela⁸ e Ética da interlocução⁹ (COSTA-ROSA, 2013). Essa forma de operar a atenção à crise pode causar o afastamento do sujeito de seu círculo social e seu território, portanto produz institucionalização e violação de direitos humanos. Mesmo recebendo uma série de críticas, ainda se encontra bastante presente em vários dispositivos, inclusive em parte daqueles que adotam um discurso antimanicomial. Concordamos com Rodrigues e Brognoli (2014) que “se tal urgência pode ser valiosa em algumas situações, quando se trata do cuidado em saúde mental não podemos repetir indevidamente tal posição” (p. 67).

No PPS as situações de crise, visualizadas na figura do acontecimento-sujeito (COSTA-ROSA, 2019), são compreendidas como respostas a injunções radicais que impactaram a realidade psíquica (*Realität*) demandando respostas de sentido (que incluem o contrassenso). Essas injunções, que podem vir tanto da própria realidade psíquica como da realidade exterior compartilhada, também denominada realidade social, exigem equacionamento simbólico, por isso a principal ferramenta utilizada pelo trabalhador do CAPS é a escuta do sujeito — seja ela a partir de um discurso verbal ou de uma produção material do sujeito. Por isso o atendimento de crise pode acontecer por meio de uma oficina, por exemplo, sem ficar centrado na avaliação médica e na medicação.

Esse paradigma busca recuperar a dimensão crítica das crises, isto é, de questionamento do contexto familiar e sociocultural. Em vista disso, o intercessor não priva o sujeito de seu impasse, tampouco resolve por ele, o que seria “impedi-lo de fazer algo com seu Saber inconsciente” (COSTA-ROSA, 2013, p. 324). Por considerar o sujeito como analisando da situação de crise que vivencia, o CAPS oferta possibilidades transferenciais mais simbólicas e menos imaginárias de modo que ele possa tratar o Real pelas ferramentas do Simbólico. “O tratamento do Real pelo Simbólico é correspondente à introdução da palavra, do significante, como meio de barrar esse gozo avassalador e atroz vivido na angústia” (COSTA, 2016, p. 133). No horizonte dessa oferta transferencial, está a produção de subjetividades singularizadas.

⁸ A Ética da Tutela definida por Costa (1996) está fundada na razão instrumental e opera por exclusão da subjetividade. Nela, o agente (médico, psicólogo ou outro profissional) é considerado o único detentor dos meios técnicos para alcançar a cura de um sujeito que é considerado o objeto (passivo) de seus cuidados e tido como incapaz de dizer de si e se posicionar na vida social.

⁹ Na Ética de Interlocução não há muita dissimetria entre o agente/terapeuta e o sujeito/paciente como existe na Ética da Tutela. Considera-se que o sujeito seja capaz de, por meio do auxílio e de orientações do terapeuta, descobrir algumas soluções para seus problemas e impasses (COSTA, 1996). Dito de outro modo, apesar de um sujeito potencialmente protagonista, o terapeuta continua sendo o agente principal, ainda que barrado em sua onipotência de especialista.

c) *Atendimento em grupo*

Os atendimentos em grupo podem possuir várias configurações, a saber: grupos de medicação — como, por exemplo, o Grupo de Gestão Autônoma da Medicação¹⁰ (CAMPOS *et al*, 2014) —, grupo de familiares¹¹, grupo de apoio a quem faz uso de drogas, grupo operativo, grupo de mulheres, dentre outros. Esses atendimentos são realizados por um ou mais componentes da equipe de um CAPS, tais como assistente social, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, dentre outros, desde que possuam possibilidades técnicas para tal. A depender do manejo realizado pelo profissional, os sujeitos podem ser convocados ou não ao trabalho que interessa e podem se servir de suas produções nestes espaços enquanto instrumentos de operacionalização simbólica.

No CAPS situados no PPHM, o atendimento em grupo está sustentado na hierarquia poder-saber versus submissão-não-saber, de modo a desconsiderar o saber do próprio sujeito e colocando ele na condição de objeto. O trabalhador, colonizado pelo Discurso Médico, toma as manifestações sintomáticas como índices (ou provas) de um “transtorno mental” que acometeria o indivíduo, por isso o tratamento visa à “cura” nos moldes da remissão dos sintomas. Em vista disso, em diversos atendimentos em grupo a proposta é ensinar os sujeitos a fazerem uso da medicação tal como o médico indicou, sem que haja espaço para uma gestão autônoma da medicação, bem como para instruir acerca dos cuidados com a higiene (MOLL *et al*; 2015). Com relação ao grupo de familiares, o trabalho geralmente envolve palestras sobre o “transtorno”, como lidar com o familiar “doente” e enfatiza-se a importância de garantir que o sujeito faça uso regular do fármaco (SANTOS *et al*, 2000). Há também atendimentos em grupo nos quais os sujeitos são convidados a falar de si, porém, o operador do grupo se põe a completar o sentido (imaginário) para esses sujeitos ou, ainda, treinar habilidades sociais para lidarem com as situações cotidianas.

¹⁰ Gestão Autônoma da Medicação é uma estratégia de cuidado em Saúde Mental que tem como foco uma mudança nas relações de poder, de modo a garantir que os sujeitos possam participar efetivamente das decisões sobre seu tratamento. Há dois princípios importantes da GAM: o direito do acesso à informação e o direito de aceitar ou recusar os tratamentos. Ao participar do Grupo GAM os sujeitos podem acessar informações acerca de seu tratamento, dialogar sobre o lugar ocupado pelos remédios, bem como outras práticas, no seu cotidiano, refletindo sobre sua qualidade de vida (CAMPOS *et al.*, 2014).

¹¹ Para Figueiredo (2005), o grupo de familiares está voltado para questões referentes às experiências dos membros da família no tratamento de determinado sujeito e suas dificuldades. Neste espaço se dialoga sobre o que é um CAPS, pretendendo uma mudança de concepção acerca do sofrimento psíquico e seu tratamento. Para a autora, “Aqui, o sujeito da palavra se desloca para os familiares e opera do mesmo modo. Recolhemos suas produções que podem, em muito, ajudar na construção do caso. Se os familiares, de certo modo, são o Outro do sujeito, nesse momento eles estão na posição de sujeito e, como tal, passam a nos interessar” (p. 43).

Destarte, trata-se de uma “terapêutica de suprimentos”, quando não da química, de sentidos imaginários, logo, práticas de cunho disciplinar e tutelador. Tendo em vista estarem pautados nas modalidades clínicas, Clínica do Olhar da Psiquiatria Organicista e a Clínica do Cuidado da Psiquiatria Reformada, a medicação constitui o meio privilegiado de tratamento, promovendo a contenção química das manifestações do sofrimento. Operar por meio do laço social do Discurso Médico não é especificidade do médico, qualquer trabalhador do CAPS pode ser medicalizador se sua compreensão dos impasses subjetivos se der apenas pelo prisma médico (organicista e neuroquímico) ou quando a resposta medicamentosa ocupar o centro de seus atendimentos. O efeito desse modo de operar os grupos é a massificação das subjetividades, em outras palavras, formas de subjetividade alienada e capitalística (COSTA-ROSA, 2013; GUATTARI; ROLNIK, 1986).

Os atendimentos em grupo, no PPS, são balizados pela ética da Atenção Psicossocial, cujo horizonte é “a implicação dos sujeitos no desejo e no carecimento” (COSTA-ROSA, 2019, 37). Com base em tal pressuposto, sem deixar de considerar o lugar de técnico, a relação estabelecida entre o trabalhador e o sujeito é de horizontalidade, ou seja, esse operador está posicionado como intercessor. A terapêutica na modalidade Clínica do Sujeito (BENELLI; PÉRICO; COSTA-ROSA, 2017), cujo meio privilegiado é o discurso do sujeito, faz um dribble nas práticas que tem como efeito [a produção d]as “colas imaginárias” nos atendimentos grupais, convocando os participantes ao trabalho de singularização. Assim, mesmo os grupos de medicação, por exemplo, funcionam como “lugar de circulação da fala” (FIGUEIREDO, 2005, p. 40) que podem operar efeitos terapêuticos de singularização (ainda que não seja essa a proposta principal).

Dado a compreensão de que os sintomas e impasses, enquanto “acontecimento-sujeito” (COSTA-ROSA, 2019), nos dão notícias das dificuldades que o sujeito tem para fazer o processamento necessário para seu equacionamento, o trabalho nos grupos se torna uma “terapêutica sob transferência” (COSTA-ROSA, 2019, p. 43), possibilitando-lhe fazer o trabalho psíquico de produção de sentido ou de saber inconsciente. Portanto, os atendimentos em grupo levam em conta as demandas dos sujeitos e nesses eles serão os principais protagonistas de uma produção coletiva — que será apropriada por cada um, singularmente. Logo, o efeito desses atendimentos é a produção de subjetividade singularizada.

d) Atendimento em psicoterapia

No PPHM, as psicoterapias nas diferentes vertentes têm em comum a crença em um saber-poder curar depositado na figura do psicoterapeuta, que se identifica com tal lugar e se

posiciona a partir dele, assim atua como sabedor-supridor do sujeito colocado na posição de objeto, em resumo, trata-se de uma terapêutica do suprimimento. Essas psicoterapias são respaldadas por referenciais teórico-técnico-éticos disciplinares, por isso operam no eixo eu-realidade e funcionam na perspectiva da lógica curativa compreendida enquanto adaptação social. Elas se pautam por duas modalidades de laços sociais nomeadas por Lacan (1992) como Discurso da Universidade (DU), quando nomeia e explica isso que o sujeito tem, e Discurso do Mestre (DM), quando o psicoterapeuta diz ao sujeito o que ele deveria fazer para resolver suas questões (PÉRICO, 2014). Nesse sentido, Costa Rosa (2012) pontua que:

[...] o mais comum é que as terapêuticas do suprimimento reforcem o sentido tautológico já presente nas queixas e sintomas. Não é incomum que os sujeitos medicalizados ou submetidos às psicoterapias “da consciência” percebam ressurgir, ou mesmo redobrar-se, a angústia do sintoma (p. 754).

Os psicólogos, formados nos princípios cartesianos sujeito-objeto e doença-cura operam as psicoterapias da consciência e da cognição (posicionando-se de modo disciplinar) por meio de interpretações e sugestões, trabalham na produção de sentido imaginário produzindo como efeito, no melhor dos casos, um rearranjo sintomático. Por produzir um acréscimo de (sentido) imaginário, essa psicoterapia “não opera nada de *equacionamento simbólico* do sintoma-sofrimento como *trabalho subjetivo que possibilita mudanças na economia de gozo do sujeito*” (PÉRICO, 2014, p. 110). E mesmo que pretenda tratar, cuidar, ajudar, o psicólogo, por colocar o sujeito no lugar de objeto, produz processos de normalização social, só podendo reproduzir subjetividades alienadas (BENELLI; PÉRICO; COSTA-ROSA, 2017).

A psicoterapia, no PPS, é subsidiada por referenciais teóricos, técnicos, éticos e estéticos transdisciplinares, ou seja, referenciais que subvertem os princípios cartesianos sujeito-objeto e doença-cura, rompendo com a lógica curativa como adaptação social. O psicólogo, posicionado como intercessor (e não interventor) do processo psicoterapêutico, sustenta aos sujeitos do sofrimento a posição de produtores principais do

[...] sentido necessário à superação do sofrimento e demais impasses que motivaram a procura de ajuda, e para a possibilidade de seu reposicionamento no “entre social” e no “entre sentido”; componentes da saúde em sintonia com a subjetividade singularizada referenciada nos Ideais socioculturais e no devir desejante (COSTA-ROSA, 2011, p. 743).

Concordamos com Costa-Rosa (2019) que a Psicanálise do campo de Freud e Lacan seja um referencial necessário ao campo da Saúde (Mental) Coletiva. A psicoterapia subsidiada por esse referencial visa “interceder nas possibilidades de mudanças das relações do sujeito com o significante e o gozo” (PÉRICO, 2014, p. p. 143) de modo que ele possa mover-se (ao menos um pouco) da dimensão imaginária – em que predominam os sintomas, as inibições e a angústia, e caminhar em direção à dimensão simbólica – na qual predomina o movimento desejante. Essa psicoterapia está fundamentada na ética do Desejo (LACAN, 1995) e pautada em duas modalidades de laços sociais, o Discurso da Histeria (DH), também nomeado de Discurso do Sujeito, e o Discurso do Analista (DA), sendo esse último o “único laço social que trata o outro como um sujeito” (QUINET, 2012, p. 54).

O psicólogo, precavido pela psicanálise do campo de Freud e Lacan, não identificado com o lugar de saber-poder e ao mesmo tempo sem desbancá-lo, opera a fala-escuta por meio da transferência, possibilitando que o sujeito, quando constituído por recalçamento faça o movimento de deslocamento da demanda de se desvencilhar de um sintoma (momento de histerização) para a fala como ciframento, em outras palavras, produção de um saber acerca do sintoma (enquanto enigma). Por meio desse trabalho subjetivo, sustentado pela transferência, o sujeito pode se desalienar dos significantes que o marcaram e se reposicionar nos conflitos e contradições que vivencia, construindo respostas singulares. Quanto à psicoterapia com os sujeitos constituídos por forclusão, a escuta pelo operador posicionado (na transferência) como “secretário do alienado” (LACAN, 1988) possibilita que o sujeito realize um trabalho subjetivo que promova desde um apaziguamento do real de um gozo que o invade até a reconstrução da Realidade Psíquica (*Realität*) desmoronada quando do desencadeamento de uma psicose. O efeito dessa psicoterapia pautada pela psicanálise, em termos de ética, é a produção de subjetividade singularizada.

e) Consulta psiquiátrica

No PPHM, a consulta em psiquiatria é considerada como sendo o atendimento mais importante quanto aos procedimentos de Atenção, posto que o fármaco é tido como o principal (quando não o único) meio de tratamento e o diagnóstico médico orienta (ao menos, em boa parte) as propostas de tratamento e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Essa psiquiatria resguarda para si “todo o saber da doença e todo o poder para curá-la” (COSTA-ROSA, 2013, p. 216), desconsiderando o saber do sujeito, por isso nas consultas “o doente é convidado, assim, a se desprender de qualquer interpretação subjetiva sobre o que lhe ocorre” (CLAVREUL, 1983, p. 97). A relação entre médico e sujeito-paciente é

estritamente vertical, na qual o psiquiatra tem o saber-poder sobre o sujeito-paciente que é entendido como objeto passivo no processo do tratamento.

Na consulta, com sua prática sustentada no Discurso Médico, o psiquiatra se dirige ao sujeito para que conte sobre os sintomas que apresenta, descrevendo desde quando surgiu, sua intensidade e o modo como lida com eles. Após a coleta de informações dadas pelo sujeito, o médico realiza o diagnóstico baseado no Código Internacional de Doenças – 10 (CID-10), faz um prognóstico, e indica um ou mais medicamentos que deverá ser utilizado. Para Clavreul (1983) “O discurso médico, aquele que se impõe entre o médico e o doente, é um discurso normativo, o que implica que ele tenha uma sanção, a sanção terapêutica” (p. 20).

A indicação de um suprimimento medicamentoso, recomendado como se fosse mais um objeto (*gadgets*), tem por objetivo re-mediatar a angústia e tamponar/suturar os sintomas por meio da química operando diretamente no corpo, sem a mediação da linguagem, ou seja, sem mediação simbólica. O resultado desse processo pode ser variado: realizar o apagamento daquilo que é mais singular do sujeito, principalmente em relação aos sujeitos constituídos por forclusão, nos casos em que a medicação funciona como “camisa de força química”; produzir o esmaecimento do sintoma, que pode retornar com sua potência redobrada, especialmente nos sujeitos constituídos por recalçamento; e ainda causar uma dependência medicamentosa. O efeito desse modo de operar a consulta é a normalização e a cronificação, em suma, a produção de subjetividade serializada e alienada.

No PPS, a consulta médica constitui uma das modalidades de atendimento dentre outras, não a mais relevante, pois se reconhece “[...] a especificidade psíquica e a dimensão social de uma ampla série de impasses que interpelam atualmente as instituições de Saúde” (COSTA-ROSA, 2013, p. 220). A relação entre médico e sujeito-paciente é baseada na horizontalidade, sem deixar de reconhecer que está suposto o manejo qualificado por parte do médico. O medicamento, quando necessário, será indicado, mas ocupará papel de coadjuvante no processo de tratamento, funcionando como um paliativo, como por exemplo, nos casos de extrema angústia que impossibilita os atendimentos e a vida e em situações de catatonia, a serviço de permitir que o sujeito possa falar, sendo sua necessidade constantemente avaliada, tendo como horizonte sua retirada, pois não se pretende produzir uma dependência do fármaco.

De acordo com Costa-Rosa (2013), o psiquiatra psicossocial continua sendo médico, porém “não tão médico”, e possui algumas tarefas: superar dialeticamente o organismo-corpo como referência exclusiva, reconhecendo que os sintomas/impasses ultrapassam o mero plano de um sistema neuronal, de uma personalidade transtornada ou mesmo um desequilíbrio da

química cerebral; superar dialeticamente os princípios cartesianos sujeito-objeto e doença-cura, exercendo outras modalidades de vínculo que não sejam do Discurso Médico ou da Clínica Médica, operando outra clínica na consulta com os sujeitos; superar a utilização de psicofármacos enquanto solução *a priori* ou seu meio principal de ação para todo e qualquer tipo de queixa, além de exercer a interprofissionalidade e a transdisciplinaridade no âmbito da equipe de trabalhadores do estabelecimento. Tudo isso certamente suporá muitos rearranjos subjetivos, teóricos, técnicos e éticos por parte do trabalhador médico.

Na relação com os sujeitos, tendo em vista a “exigência radical de renúncia a todo saber exclusivo e sobre o outro, sob pena de reduzir a clínica ao exercício de um poder” (COSTA-ROSA, 2013, p. 222) e a clareza de que o equacionamento dos impasses/sofrimento/sintomas demandam trabalho subjetivo, sob transferência, esse médico poderá se servir-se do Discurso do Analista (DA), convocando os sujeitos para realizar um trabalho psíquico — ainda que preliminar —, em outras palavras, produzir de um saber capaz de operar sobre os seus sintomas/impasses. Esse modo de operar, pautado na ética da Atenção Psicossocial, homóloga a Ética do sujeito (LACAN, 1995), tem como efeito a produção de subjetividade singularizada.

f) Oficina

As oficinas são atividades grupais, mediadas por um ou mais profissionais, incluindo monitores e estagiários, nas quais são realizados vários tipos de atividades, tendo como objetivos a “maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania” (BRASIL, 2004). Há algumas modalidades diversas de oficinas: as geradoras de renda, de alfabetização e as expressivas. De acordo com Ribeiro (2008, p. 105) “A maioria das oficinas sustenta-se na possibilidade de representarem dispositivos que sejam catalizadores da produção psíquica dos sujeitos envolvidos, facilitando o trânsito social deles na família, na cultura, bem como sua inserção no trabalho produtivo”¹².

¹² Benelli (2020, p. 236), ao discutir sobre as práticas de intervenção psicossocial que utilizam as oficinas e que são desenvolvidas pelos diversos trabalhadores sociais, considera que os impasses da Psicologia Clínica no campo da Assistência Social oscilariam entre o pedagógico, o terapêutico e o político. Ele encontrou uma confirmação da sua hipótese na literatura, pois afirmou que “[...] a Oficina funciona num plano pedagógico, pois emprega informação e reflexão, mas também opera numa dimensão psicológica, pois envolve ‘significados afetivos e as vivências relacionadas com o tema a ser discutido’ (AFONSO, 2006, p. 9). Contudo, ‘embora deslanche um processo de elaboração da experiência que envolve emoções e revivências, a Oficina também se diferencia de um grupo de terapia, uma vez que se limita a um foco e não pretende a análise psíquica profunda de seus participantes’ (AFONSO, 2006, p. 9)”. Tais modalidades de oficinas ao promoverem efeitos pedagógicos e terapêuticos não ultrapassam o plano do suprimimento de imaginário que podem até fazer algum bem, mas ficam limitadas diante das dinâmicas simbólicas que são constitutivas do sujeito.

No PPHM, dado o avanço preconizado pela RPb e ao mesmo tempo apesar dele, as oficinas têm seu lugar, mas na maioria das vezes tem papel secundário, sendo considerada um complemento da terapêutica médica (de suprimento). Essas oficinas podem ter diferentes funções: serem geradoras de renda, por meio da aprendizagem e produção de objetos (artesanato, culinária e horta, por exemplo) que depois podem ser comercializados; de pedagogização, contribuindo que sujeitos não escolarizados possam ler e escrever, ampliando sua cidadania; de socialização, promovendo encontros e conversas entre sujeitos e/ou entre sujeitos e familiares; de expressão, mediada por atividades artísticas como música, teatro, dança, dentre outros; e, ainda, ser realizadas como mera ocupação do tempo ocioso (RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008; GALVANESE PEREIRA *et al.*, 2014). Galvanese e colaboradores (2014), ao pesquisar as práticas artísticas em oficinas, se depararam com oficinas cujas características eram manicomialis:

As limitações de repertório e a desconsideração e a invalidação das ações e produções dos participantes. Sem oferecer oportunidades de experiência estética e cultural, as atividades se prestaram basicamente ao preenchimento do tempo na rotina institucional. [...]. Apesar das conquistas da reforma psiquiátrica, persiste pontualmente o uso instrumental da arte destituída de seu potencial criativo, com a reprodução acrítica de práticas de ocupação do tempo conforme conveniências institucionais (p. 446-447).

Muitas das oficinas realizadas nos CAPS podem ser situadas no plano da consciência, da cognição, do comportamento e tem intenção terapêutica adaptativa, no sentido da reabilitação (como recuperação das funções sociais produtivas), constituindo-se enquanto espaços de normatização. Nelas, oicineiro está situado como detentor do saber-poder-fazer e ajudar, se identificando com esse lugar, atendendo ao mandato social que lhe é encomendado. Mesmo as oficinas que pretendem operar num plano mais clínico, por não considerar as diferentes modalidades de constituição subjetiva, podem ficar aquém da produção de subjetivação singularizada. Nota-se que, por não existir, nesse paradigma, referenciais teóricos, técnicos e éticos que deem sustentação a outra clínica que não esteja pautada nos princípios sujeito-objeto e doença-cura, a execução de oficinas permanece (na melhor das hipóteses) norteadas apenas pelo plano da política.

Ao passo que, no PPS, há uma ampla variedade de oficinas, desde aquelas com fins de socialização — por meio de atividades físicas, jogos, culinária, dentre outros — e de geração de renda — com aprendizagem e produção de gêneros alimentícios, artesanatos, e assim por diante — até as situadas no plano eminentemente clínico. Os pontos em comum em

todas essas oficinas são: referenciais teóricos, técnicos e éticos de natureza transdisciplinar e a consideração de que o principal agente no processo de tratamento é o próprio sujeito, sendo o trabalhador um coadjuvante nos processos de tratamento dos quais participa (acompanha as produções do sujeito e faz o manejo do processo clínico, com base na transferência). Lima (2008) demarca a interface atividade e clínica:

A utilização de atividades em saúde mental implica, então, pensar uma clínica construtiva e inventiva de novas possibilidades e formas de vida. Uma clínica comprometida com a construção e a produção de uma subjetividade aberta à alteridade; uma clínica atenta àquilo que propicia a criação e potencializa os processos de transformação do cotidiano. Uma clínica que possa ser praticada como um exercício de expansão e aliança sensíveis aos processos de singularização (p. 77).

A psicanálise, tanto por sua concepção de sujeito como (e especialmente) por sua ética (do desejo), oferece ao oficinairo condições para uma escuta da singularidade do sujeito. A modalidade de laço social na oficina é o Discurso do Analista (DA), em que o oficinairo está posicionado como semblante do objeto (causa) de desejo, colocando seu saber em suspenso para operar com a “ignorância douda”, como saber intercessor. Em se tratando da oficina com os sujeitos da foraclusão, o oficinairo faz a função de “secretário do alienado” (LACAN, 1988), testemunhando movimentos e produções e sustentando um lugar de endereçamento, com isso esses sujeitos podem cifrar o gozo, reconstituir-se e inventar um modo de existir no laço social (SHIMOGUIRI, 2021), se servindo das atividades realizadas no CAPS. Quanto aos sujeitos do recalçamento com impasses graves, o oficinairo oferta uma escuta que funciona como “entrevistas preliminares” (QUINET, 2000), de modo que o sujeito possa iniciar um trabalho de cifração e decifração dos sintomas que o fazem sofrer.

Considerações finais: a convivência entre paradigmas no CAPS, a hegemonia do PPHM e as brechas

De acordo com Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) o campo da Saúde Mental é um lugar caracterizado pela contradição, por conflitos e confrontos. Os movimentos pela Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) se contrapuseram não somente ao modelo manicomial por ser excludente, mas também a lógica que orientava as ações de Atenção, tendo como um ponto crucial o questionamento da soberania do saber médico-psiquiátrico. Tratou-se, portanto, de uma forte crítica ao PPHM. A RPb, ao estabelecer um redirecionamento no modelo de Atenção à Saúde Mental no país por meio da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica

(BRASIL, 2001) e de diversas portarias, como, por exemplo, a que regulamenta o CAPS como estabelecimento (BRASIL, 2002), inaugurou uma possibilidade de transição paradigmática em direção ao PPS. Entretanto, conforme assinala Shimoguiiri (2016):

[...] os questionamentos ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) iniciados pelas experiências históricas da RP estiveram circunscritos, principalmente, ao âmbito jurídico-político e não foram radicalmente transformadores no que se refere aos referenciais teóricos técnicos no sentido de reformular a clínica *stricto sensu* (p. 55).

A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especialmente do CAPS, composto por uma equipe multiprofissional, poderia nos levar a pensar que houve a consolidação de uma nova clínica que não se pauta mais pelo Discurso Médico (DM) e que subverta a ética da psiquiatria. Mas conforme demarca Yasui (2008), muitos CAPS estão distantes de ofertarem um tratamento de qualidade, sendo que a internação psiquiátrica ainda consiste na estratégia hegemônica de tratamento. Além disso, “A prática encontrada em diferentes CAPS, principal dispositivo para a implantação da atual política de Saúde Mental, revelam que a lógica ambulatorial ainda está amplamente presente no sistema e de forma aparentemente intacta” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 33).

A criação do CAPS ocorreu em um período de intensa luta entre interesses políticos e econômicos divergentes, motivo pelo qual Costa-Rosa (2013) a caracterizou enquanto uma concessão tática da classe social dominante, representada pelo Estado¹³, perante as reivindicações do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) que representavam os interesses da classe social subordinada. Por ser uma concessão tática, os CAPS foram implantados em complementariedade aos hospitais psiquiátricos e não em substituição a eles (SHIMOGUIRI, 2021). Por conseguinte, em muitos CAPS ocorre o fenômeno de “porta giratória” (*revolving door*), compreendido como o encaminhamento sucessivo de sujeitos para hospitais psiquiátricos como “solução” para os casos agudos, indo na contramão dos ideais que sustentaram o MLA. Isso indicaria também que muitos trabalhadores ainda estariam desprovidos de alguma expertise que lhes permitisse efetivamente se responsabilizarem por tais demandas. Nossos ensaios, nessa tese, visam revelar que já dispomos de tecnologia social clínica para esse trabalho.

¹³ Lapassade (1977) demarca que “O Estado mantém as instituições pelo medo dos cidadãos. Ao mesmo tempo, essas instituições consolidam o Poder do Estado e, por meio disso, o poder das classes dominantes, no conjunto da sociedade” (p. 28).

Temos por hipótese que o PPHM tem se modificado em alguns de seus aspectos para se manter dominante. Isso significa incluir um conjunto de outros discursos, saberes e práticas de natureza diversa, alguns que possuem, inclusive, outra consistência paradigmática. Esses discursos, saberes e práticas de outra consistência produzem ranhuras importantes, ainda que localizadas, em sua hegemonia (COSTA-ROSA, 2013), mas ainda não tem predominância quantitativa e não conseguem lhe imprimir uma nova fisionomia. Segundo explicitam Costa-Rosa (2013) e Shimoguri (2016), dos questionamentos ao PPHM não derivou uma contradição essencial que pudesse questionar radicalmente sua hegemonia no campo da Saúde Mental. Por isso Yasui (2006) alerta quanto ao risco implicado na mudança do estabelecimento HP para o CAPS, mas sem que promover uma transformação paradigmática efetiva: “Embora inspirados em ideais e princípios de transformação assistencial, corremos o risco de produzir apenas uma tímida desospitalização” (p. 62).

Yasui e Costa-Rosa (2008), ao discutir da permanência micropolítica de aspectos do paradigma hegemônico, relatam sobre equipes de CAPS que ainda atuam pautadas na educação e correção dos comportamentos dos sujeitos. Nossa experiência enquanto psicóloga trabalhadora de CAPS corrobora com esses apontamentos, pois ainda que haja algumas práticas que podem ser situadas no horizonte ético da Atenção Psicossocial, há um número muito maior de práticas pautadas pelo PPHM e a própria organização do estabelecimento ainda obedece à lógica deste paradigma. Nesse sentido, poderíamos supor que os paradigmas podem conviver em um mesmo CAPS, contudo, como o PPHM ainda é dominante, continua a imprimir sua fisionomia, determinando a teoria, a técnica e a ética. Em vista disso, as práticas situadas no PPS geralmente são realizadas nas brechas deixadas pelo PPHM. Isso coloca um grande desafio ao trabalhador que se posiciona no horizonte do PPS, pois precisa driblar os discursos e saberes cristalizados no estabelecimento para introduzir um novo fazer.

Apesar dos avanços operados a partir da RPb, ainda não construímos efetivamente a Atenção Psicossocial. Esse novo paradigma, para Costa-Rosa (2019, p. 47) “se define para além da Reforma Psiquiátrica ao se propor a avançar na direção da subversão das éticas psiquiátrica e psicológica como éticas do tamponamento dos sintomas e dos efeitos dos demais impasses considerados, em si, como transtornos [...]”. Tal tarefa implica haver trabalhadores que se configurem e se posicionem de modo absolutamente singular. Mas, agora, dado o modo como vem se configurando a Saúde e em particular a Saúde Mental,

temos observado que tem predominado práticas sob a modalidade de “trabalho morto”¹⁴, em outras palavras, tem ocorrido mais a reprodução dos formatos e protocolos estabelecidos, sem consideráveis apostas no sentido da invenção e da criação de novas possibilidades de Atenção.

O trabalho em Saúde envolve uma mestria-artesanal, isto é, um saber-fazer que é singular a este campo. Esse saber-fazer é dependente do “trabalho vivo em ato”, portanto inclui necessariamente o desejo do trabalhador como componente do processo de sua produção. Costa-Rosa (2013) considera ser um trabalho duplamente vivo, uma vez que condensa a “força de trabalho sob a forma de instrumental teórico-técnico e trabalho sob a forma psíquica (o psiquismo é instrumento de trabalho inerente às técnicas compostas pela transferência e palavra)” (p. 53). Isso traz a necessidade de resgatarmos a dimensão de práxis, recuperando o “trabalho vivo”. Uma forma de operar esse resgate seria por meio dos espaços de formação no próprio trabalho, por meio do investimento em Educação Permanente¹⁵ e de Supervisão institucional.

Para enunciar uma modalidade de trabalhador necessário ao PPS, Costa-Rosa (2013) propõe o conceito de trabalhador-intercessor. Trata-se de um trabalhador que se posiciona a partir de sua ação e da reflexão sobre ela para construir tanto um trabalho como um conhecimento transdisciplinar, quanto um saber dotado de singularidade (saber operar para ajudar o sujeito a saber). Esse trabalhador terá em seu aporte teórico, técnico e ético diversas contribuições suplementares e transdisciplinares, tais como o Materialismo Histórico, a Análise Institucional, a Filosofia da Diferença e a Psicanálise do campo da Freud e Lacan. Ele se constitui também por “um certo atravessamento pelos efeitos da própria análise” (COSTA-ROSA, 2019, p. 44), experiência que lhe fornece condição de se posicionar e operar na transferência.

Concordamos com a tese de Costa-Rosa (2019), de que o próprio campo da Saúde Mental Coletiva demanda necessariamente a inclusão da psicanálise para poder avançar e superar todo um conjunto de impasses institucionais. Isso se deve ao fato de que os acontecimentos-sujeito — na forma de sintomas, sofrimentos e impasses — que interpelam os trabalhadores no CAPS têm essencialmente a especificidade de uma realidade psíquica, por consequência, as ações de Atenção devem ser realizadas diretamente nessa realidade psíquica (que inclui o sujeito como dividido e o corpo subjetivado) contextualizada histórica e

¹⁴ Segundo Malta e Mehry (2003) quando o “trabalho vivo” é capturado e domesticado, inviabilizando que o homem exerça uma ação de forma autônoma, ele se transforma em “trabalho morto”. No âmbito da produção comum, o trabalho morto é trabalho acumulado, resultado do trabalho vivo anterior que o produziu.

¹⁵ Na tese “Entre laços e nós: (im)possibilidades de um psicanalista nos espaços de Educação Permanente em Saúde”, Fiochi (2015) apresenta a Educação Permanente em Saúde e discute a possibilidade de um trabalhador precavido pela psicanálise naquele espaço de formação.

socialmente. Isso demanda um trabalhador que tenha condições de se posicionar na transferência e possa ofertar uma escuta daquilo que é mais singular de cada sujeito. A inserção da psicanálise nesse campo diz respeito a uma ampliação do campo da “psicanálise em intensão”. Ademais, não se trata de afirmá-la como o único referencial teórico, técnico e ético importante, e sim como um dentre alguns outros muito valiosos, todos de natureza transdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. O que é um dispositivo. *Outra travessia*, n. 5, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576>. Acesso em: 17 fev. 2021.
- ALBUQUERQUE, J. A. G. *Instituição e poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições*. 2 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.
- ALTHUSSER, L. *Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado*. Tradução Joaquim José de Moura Ramos. Lisboa: Presença, 1980.
- ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 6. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2012.
- BENELLI, S. J. *Psicologia e Assistência Social: interfaces políticas, clínicas e éticas*. Curitiba: CVR, 2020.
- BENELLI, S. J. *O atendimento assistencial à criança e ao adolescente num município do interior do Estado de São Paulo: situação, impasses e possibilidades*. Assis, 2021, 218 f. Relatório de pesquisa trienal – (2018-2020). Financiamento FAPESP (Processo 2017/22541-4). Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis: 2021.
- BENELLI, S. J.; PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. Por um psicólogo não normalizador no contexto das instituições públicas. *Revista da Unesp*, v. 16, n. 1, 2, p. 1-17, 2017. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/841/822>. Acesso em: 06 fev. 2021.
- BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 9 abr. 2001. p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 05 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CASTEL, R. *La gestion de los riesgos: de la anti-psiquiatria al post-analisis*. Tradução de Núria Peres de Lara. Barcelona: Anagrama, 2013.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do Discurso Médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA, M. F. *A Clínica da Urgência na Unidade de Pronto Atendimento: da privatização da saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). 164f. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016.

COSTA-ROSA, A. *Saúde Mental Comunitária: análise dialética das práticas alternativas*. 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1987.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-168.

COSTA-ROSA, A. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 32, p. 743-757, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300018. Acesso em: 06 fev. 2021.

COSTA-ROSA. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013.

COSTA-ROSA. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na Psicanálise do campo Freud-Lacan? *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 18 (número especial), p. 37-54, 2019.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo. In: DELEUZE, G. *O mistério de Ariana*. Tradução de Edmundo Cordeiro. Lisboa: Veja-Passagens, 1996. p.83-96. Disponível em: https://www.uc.pt/iii/ceis20/conceitos_dispositivos/programa/deleuze_dispositivo. Acesso em: 16 fev. 2021.

FIGUEIREDO, A. C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 43-55, nov. 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272005000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2020.

FIOCHI, P. I. C. Q. *Entre laços e nós: (im)possibilidades de um psicanalista nos espaços de Educação Permanente em Saúde*. 2015. 168 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/135967>.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalhete. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

COSTA, J. F. As éticas da psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A. C; SILVA, J. F. (Orgs.), *Ética e saúde mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996. p. 27-36.

GALVANESE, A. T. C.; PEREIRA, L. M. F.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; NASCIMENTO, A. P.; LIMA, E. M. F. A.; NASCIMENTO, A. F. Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 23, n. 2, abr.-jun., p. 431-452, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n2/0104-5970-hcsm-23-2-0431.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

CAMPOS, R. T. O.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A.; et AL. *Gestão autônoma da medicação – Guia de Apoio a Moderadores*. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 20 nov. 2020.

LACAN, J. *O seminário 3: As psicoses*. (1955-56). Tradução de Aloisio Menezes. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. *O seminário 7: a ética da psicanálise* (1959-1960). Tradução de Antônio Quinet. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LACAN, J. *O seminário 17: o avesso da psicanálise*. Tradução de Ari Roitman. Rio de Janeiro, Zahar, 1992.

LAPASSAGE, G. *Grupos, organizações e instituições*. Tradução de Henrique Augusto de Araújo Mesquita. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LEVCOITZ, S. Grupos de recepção ambulatorial: uma introdução ao tema. *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental (Rio de Janeiro), v. 6, n. 17, p. 21-29, 2000.

LOURAU, R. *A análise institucional*. Tradução de Mariano Ferreira. 3. ed. Vozes: Petrópolis, 2014.

LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MALTA, D. C., MEHRY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho – revendo alguns conceitos. *Rev. Min. Enf.*, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul., 2003. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v7n1a12.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.

MARX, K. *Manuscritos Econômicos Filosóficos* (1844). São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, K. *Formações econômicas pré-capitalistas* (1857-58). Tradução de João Maia. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

MEHRY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEHRY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2009. p. 278-284. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf. Acesso em: 06 dez 2020.

MOLL, M. F. et al. Ações terapêuticas para pessoas com esquizofrenia acompanhadas num Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015, n.14, p.24-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0102>. Acesso em: 28 mar. 2020.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.15, n.2, p. 71-81, maio/ago., 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13942/15760>. Acesso em: 27 ago. 2020.

PAIN, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10*. Décima Revisão. Trad. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R (Orgs). *Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da gestão e da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PEREIRA, E. C. *Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Dissertação (mestrado). 115 f. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/97597>. Acesso em: 29 set. 2020.

PÉRICO, W. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia outra: a clínica do sujeito na saúde coletiva*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). 164f. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2014. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/110673/000781535_20160130.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 23 jul. 2020.

QUINET, A. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

QUINET, A. *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro, Zahar, 2012.

RIBEIRO, L. A.; SALA, A. L. B.; OLIVEIRA, A. G. B. As oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial. *Ver. Min. Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 516-522, out-dez, 2008. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v12n4a10.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

RODRIGUES, J.; BROGNOLI, F. F. Acolhimento no serviço de Atenção Psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.6, n.13, p.61-74, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69009/41513>. Acesso em: 14 fev. 2021.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

SANTOS, N. S. et al. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 20, n. 4, dez, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932000000400006>. Acesso em: 29 mar. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento na saúde coletiva*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/202764/shimoguari_afdt_dr_assis.pdf?sequence=5. Acesso em 14 ago. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. *O saber-fazer da terapia ocupacional psicossocial: ampliação da clínica de Marx a Freud-Lacan*. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2021. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/202764/shimoguari_afdt_dr_assis.pdf?sequence=5. Acesso em: 24 mar. 2021.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental (Rio de Janeiro), v. 6, n. 17, p. 79-91, 2000.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidados. In: YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 113-160. <https://doi.org/10.7476/9788575413623.0005>. Acesso em: 12 set. 2020.

ENSAIO 3

O PSICÓLOGO (NÃO TÃO PSICÓLOGO) “ENTRE VÁRIOS” EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Resumo: Neste ensaio discutimos a prática do psicólogo embasado pela psicanálise do campo de Freud e Lacan como integrante da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. Tendo em vista que esse estabelecimento oferta diversos atendimentos, partimos de algumas vivências para discorrer sobre o trabalho junto aos sujeitos do sofrimento e, na articulação com os outros dispositivos da rede pública intermunicipal, por meio da construção do caso clínico. O trabalhador-intercessor, no lugar de técnico atravessado pela causa analítica, ao sustentar *a priori* um não-saber sobre o sujeito, proporciona a escuta daquilo que é singular a cada um, assim como a construção do caso clínico na equipe, tornando possível, por meio de intercessões no plano da micropolítica, pequenos movimentos instituintes em direção à Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Psicólogo; Transdisciplinaridade; Psicanálise em intensão; Trabalhador-intercessor.

Considerações iniciais

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estabelecimento estratégico para a transformação da assistência em Saúde Mental (pois rompe com a lógica manicomial) é concebido para ter uma configuração da Atenção alinhada aos princípios do SUS, centrada, portanto, no sujeito integrado ao seu território. Assim, em razão sua complexidade, os CAPS exigem uma ampla gama de saberes, materializada nas diferentes especialidades profissionais – enfermagem, psicologia, assistência social, terapia ocupacional, artesãos, educador físico, dentre outros. Nesse novo dispositivo, o trabalho deve ser realizado em equipe (FIGUEIREDO, 2019). Em virtude disso, podem existir diversas orientações clínico-assistenciais, desde as que fazem a defesa da Reabilitação Psicossocial e dos direitos de cidadania dos sujeitos do tratamento, até as que pretendem uma “Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica” (COSTA-ROSA, 2013), o que inclui uma clínica crítica dos processos de subjetivação, portanto, uma clínica do sujeito em sua singularidade, sob a inspiração da psicanálise.

A produção do trabalho em Saúde, por estar organizada sob a égide do Modo Capitalista de Produção (MCP), está pautada na divisão técnica e social do trabalho, preservando a reprodução das classes sociais. Essa divisão consiste nas separações entre quem determina e quem executa as tarefas do trabalho intelectual e material (braçal), e dos especialismos, dificultando a parceria entre os trabalhadores. O trabalho parcelar, superespecializado, ao fixar o trabalhador à determinada etapa do ato terapêutico, produz sua

alienação em relação ao próprio objeto do trabalho, logo, “ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com resultado do seu trabalho” (FRANCO; BUENO; MEHRY, 1999).

Para Mehry (2002), há três tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. As primeiras são as tecnologias leves, tais como os processos de produção de relações entre trabalhador e usuário, cuja materialidade só se verifica em ato. As segundas, são as tecnologias duro-leves, enquanto saber técnico estruturado que opera no processo de trabalho, tais como a clínica médica e a clínica psicanalítica. Por fim, temos as tecnologias duras, na forma de equipamentos tecnológicos, ou seja, máquinas, estruturas organizacionais e normas. O autor explicita que o trabalho em Saúde se distingue de outros processos produtivos por estar centrado no trabalho vivo, em ato permanente, sendo que o produto (saúde) é consumido no ato mesmo de sua produção. Portanto, existe um grau de liberdade significativo no fazer profissional, abrindo um flanco para “linhas de fuga”, para a escolha do modo de fazer essa produção (MEHRY, 2002). No CAPS, a produção de Atenção está centrada nas tecnologias leves e duras-leves, de modo que predominam os processos relacionais, o trabalho vivo em ato.

A forma como o trabalho em equipe em um CAPS está organizado depende do paradigma hegemônico que organiza o discurso e as práticas institucionais. Se situado no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), o trabalho acontecerá sob o “modo taylorista”, com cada profissional centrado em sua especialidade, sob a égide do Discurso Médico (DM) materializado nas classificações do Código Internacional de Doenças (CID-10). Se posicionado no (horizonte do) Paradigma Psicossocial (PPS), o trabalho ocorrerá na modalidade denominada por Costa-Rosa (2013) como “integração em profundidade”, sintônicamente ao Modo Cooperado de Produção (MCo), com relacionamento interprofissional horizontal e a introdução da transdisciplinaridade nas práticas profissionais.

A presença de psicanalistas e trabalhadores orientados pela psicanálise não é novidade no campo da Saúde Mental (RINALDI, 2015). A psicanálise, nesse caso, não constitui uma especialidade como as demais profissões, uma vez que “a clínica psicanalítica é praticada por profissionais com diferentes designações” (FIGUEIREDO, 1997, p. 10). No CAPS, esse trabalhador está entre os demais técnicos e seu trabalho e, ainda que este seja específico, ocorre no âmbito da equipe, não existindo sem os demais. É deste lugar, o de técnico, que os trabalhadores atravessados pela causa analítica (FIGUEIREDO; ALBERTI, 2006) precisam sustentar uma ética capaz de tomar o sujeito como dono da demanda e do saber sobre ela, ou

seja, a ética do sujeito de (desejo) inconsciente. Isso coloca desafios ao trabalhador. O desafio no plano institucional interroga a prática tradicional do psicanalista, acostumado à prática solitária em consultório. Dessa forma, no plano da clínica, com sua imprevisibilidade, o psicanalista é interrogado por meio dos casos de sujeitos com graves impasses de subjetivação que muitas vezes são somados ao desamparo socioeconômico.

Costa-Rosa (2019), nomeia como “trabalhador-intercessor” um tipo particular de trabalhador que é orientado pela psicanálise do campo de Freud e Lacan e, dado a complexidade do campo da Saúde Mental, instrumentado por conhecimentos advindos de outros campos de saber, em caráter transdisciplinar: a Análise Institucional, o Materialismo Histórico e a Filosofia da diferença. Ser trabalhador-intercessor inclui ser atravessado pelos efeitos da própria análise ou, ao menos, ser englobado por esse processo de atravessamento, especialmente se trata de um psicanalista em formação, condição para que possa se posicionar na transferência: “emprestar o corpo e a subjetividade (sua própria realidade psíquica) sem ter que pagar em excesso, em narcisismo e em gozo (sob as formas comuns da angústia ou de regozijo bondoso)” (COSTA-ROSA, 2019, p. 49).

Nesse ensaio, trataremos de alguns aspectos do trabalho do psicólogo, trabalhador-intercessor, enquanto componente da equipe de um CAPS de um município de pequeno porte, situado no interior do estado de São Paulo. Para tanto, nos valem do Dispositivo Intercessor (DI) enquanto um novo modo de produção de (fazer-)saber na práxis e de conhecimento no campo da universidade. O DI, de natureza transdisciplinar, está fundamentado na Psicanálise do campo de Freud e Lacan e no Materialismo Histórico, assim como na Análise Institucional francesa, na Filosofia da Diferença, e tem inspiração no conceito de intercessores de Deleuze (1992) relido a partir da psicanálise. A reflexão, produzida no segundo tempo do DI – denominado de Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento – versa sobre o processo de produção realizado no primeiro momento: o DI como práxis do trabalhador-intercessor.

O cotidiano de trabalho e a reunião de equipe como espaço de intercessão

Os CAPS são estabelecimentos frutos das reivindicações instituintes do Movimento da Reforma Psiquiátrica (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007), tendo sido idealizados para ser um “serviço inovador” (AMARANTE, 2003), dotado de novas práticas de cuidado ao sofrimento psíquico, inaugurando uma nova clínica que convida o sujeito ao protagonismo durante todo o percurso do seu tratamento. De acordo com Amarante (2003, p. 62) “Ao escutar, acolher, interagir e inserir (em vez de sequestrar, disciplinar, medicalizar, normalizar) estão sendo

construídas novas relações entre a sociedade e a loucura”. Yasui (2008) defende que o CAPS seja compreendido enquanto uma estratégia para a transformação da assistência, que toma forma na organização de uma rede de cuidados de Saúde Mental. Cabe ao CAPS zelar pelo agenciamento da demanda no sentido do território e não na lógica da institucionalização asilar.

Segundo Pinho *et al.* (2012), ao versar sobre a reorientação do modelo em Saúde Mental e o surgimento de novos dispositivos, não adianta abrir novos estabelecimentos (como por exemplo, o CAPS) se o conjunto das práticas neles operacionalizadas for semelhante às existentes no interior de um manicômio. A existência de um dado espaço arquitetônico e um agrupamento de profissionais de saúde não garante *per si* a construção e a consolidação de ações que contemplem a produção social de saúde mental, na direção de suplantando as velhas terapêuticas, muitas delas rerepresentadas sob novas vestes. Na avaliação de Devera e Costa-Rosa (2007, p. 74), “Os dispositivos institucionais CAPS conservam algo daquilo que há de instituinte no discurso e em algumas práticas da Reforma Psiquiátrica, porém sua dimensão de instituído quer prevalecer”.

Em um CAPS coexistem duas vertentes importantes que a Análise Institucional (BAREMBLITT, 1992; LOURAU, 2014) denomina de instituído e de instituinte. O instituído, formalizado pela PNAS, resoluções, portarias, e ainda pelo caderno criado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), determina como deve funcionar esse estabelecimento. Se, por um lado, essas normas e regularidades são importantes para balizar as atividades no CAPS, por outro lado, elas podem impedir um avanço na construção da Atenção Psicossocial para além da Reforma Psiquiátrica. Yasui demarca essa dicotomia:

Se, por um lado, como instrumento da política, as normatizações são necessárias, por outro apontam para uma homogeneidade preocupante. O que pude perceber em muitos CAPS que visitei é uma mera reprodução de um menu de ofertas, com pouca ou nenhuma discussão dos trabalhadores (2016, p. 17).

Nas suas andanças pelos diversos CAPS, Yasui (2016) percebeu “equipes mais preocupadas na prescrição de medicações e atividades do que em tomar o drama da vida de seus usuários como tema das ações para além do menu de ofertas (p. 17)”. Ou seja, alguns CAPS podem estar de acordo com as normativas, mas passam ao largo do que propõe a RPB em termos de ser um instrumento para a mudança (paradigmática) nos processos de produção de saúde. Por isso, é imprescindível existir a vertente do instituído, ou seja, a atividade crítica, criativa e transformadora de modos de produzir saúde mental.

O CAPS possui uma função institucional positiva que aparece como objetivo natural (por conta da mistificação), a saber, ofertar tratamento em Saúde Mental e promover a vida no território. Mas, é no funcionamento, na esfera das práticas, que se põe em marcha tanto a reprodução de ações manicomiais como a criação de novas formas de relações sociais, modos de fazer que visem à afirmação da vida no território e à subjetividade singularizada. O funcionamento de um CAPS é regido pelas normativas da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que definem objetivos, dispositivos de tratamento e até mesmo formas de gestão. Apesar disso, existem diferenças, sobretudo no que diz respeito à conformação e à orientação do trabalho em equipe, isto é, na produção do trabalho em Saúde.

Segundo Yasui (2010), o principal instrumento para a produção de cuidado em saúde mental é, justamente, a equipe de trabalhadores. Essa equipe tem por característica ser multidisciplinar (BRASIL, 2004), portanto, um mero agrupamento de profissionais que, de suas perspectivas e lugares, atuam sobre um mesmo objeto: aquele que consideramos como sendo o sujeito do tratamento e seu sofrimento. Por consequência, o trabalho é compartimentado e o sujeito recortado, podendo transformar o CAPS em um dispositivo burocrático, na contramão do que esteve em causa na luta pela Reforma Psiquiátrica.

Costa-Rosa (2013) explicita que a divisão do trabalho na Atenção Psicossocial está centrada nos moldes tayloristas, englobando “a um só tempo a fragmentação do processo de trabalho, a divisão entre dirigente e executor e a hierarquização das relações dos produtores entre si e desses com os sujeitos do sofrimento” (p. 138). A reprodução desse modo da divisão social do trabalho no campo da Saúde estabelece uma hierarquização das relações, com preponderância do saber médico sobre os outros saberes, podendo, a seus turnos, estarem hierarquizados entre equipe técnica (de nível superior) e equipe de apoio (de nível médio). A reprodução desse modo da divisão social do trabalho no campo da Saúde produz, também, uma compartimentalização de tarefas e de responsabilidades que praticamente não possuem uma relação entre si.

A divisão entre as diversas especialidades, referidas as diferentes profissões, existe dentro da equipe, mas não nos sujeitos que demandam tratamento. Conforme ressalta Barembliitt (2012) “A realidade ‘vem toda junta’: as divisões que fazemos são totalmente produzidas” (p. 108). Há uma sobredeterminação dos fatores do adoecimento (tanto psíquico como físico), portanto, não há disciplina que contemple a complexidade do objeto das práticas de Saúde Mental, assim como a somatória das especialidades não conformam um saber-todo sobre a “construção do caso clínico” (VIGANÓ, 1999, 2000) e como operar nele.

O trabalhador, enquanto um dos agentes que compõem o CAPS, pode ser um protagonista para operar mudanças, que têm início “no espaço mais restrito das relações interpessoais e interprofissionais, gerando um novo modo de organizar o processo de trabalho centrado nas demandas do território” (PINHO *et al.*, 2012, p. 26). Costa-Rosa (2013) corrobora isso ao assinalar que “Os trabalhadores são a parte da instituição através da qual ela pode tomar consciência de si mesma e para si” (p. 61). Para Shimoguiri (2016), os trabalhadores são fundamentais para os movimentos instituintes na direção dos interesses dos sujeitos em tratamento. Esses movimentos (especialmente no cenário atual) só podem ser operacionalizados por meio do trabalho vivo em ato – por meio de intercessões –, no plano da micropolítica. Tomemos uma situação vivenciada pela trabalhadora-intercessora para ilustrar essa questão.

Nos primeiros meses de trabalho como psicóloga em um CAPS recém-inaugurado, me deparei uma cena que se repetia quase diariamente: alguns sujeitos em tratamento passavam o dia todo no estabelecimento pintando desenhos, realizando palavras cruzadas e contas de matemática, ofertados pelos trabalhadores para que não ficassem ociosos. Diante disso, passei a perguntar aos trabalhadores o que aquilo tinha a ver com produção de saúde mental, questão para a qual nenhum deles sequer tentou articular uma resposta. Inicialmente, meu pequeno questionamento produziu um desconforto na equipe, mas também a mobilizou no sentido de refletir e até pesquisar para debaterem algumas propostas de atividades durante a reunião de equipe (tanto que logo começou a ser organizada uma oficina para mulheres, um grupo com adolescentes e um trabalho com a família). Até então, no quesito trabalho em grupo, só existia a oficina com os sujeitos constituídos por forclusão, que era realizada por mim.

Minha intercessão, longe de pretender uma crítica aos colegas da equipe, tinha como intenção produzir algum movimento instituinte, fazer avançar o trabalho de construção dos espaços terapêuticos ofertados pelo CAPS. Esse pequeno movimento só foi possível porque havia, por parte dos trabalhadores, alguma transferência comigo, caso contrário minha interrogação teria ficado no vazio. A transferência de trabalho, tomada em sua concepção mais simbólica, de suposição de saber que circula entre os pares, é concebida como um instrumento de trabalho em equipe, tendo como referência o próprio conceito de transferência cunhado por Freud.

Essa modalidade de transferência é “norteada pelo fato de que há um objetivo comum às diferentes profissões, que é uma determinada concepção da clínica pautada no sujeito” (FIGUEIREDO, 2005, p. 48). A clínica aqui diz respeito ao que “se apresenta do sujeito em algum endereçamento a nós” (FIGUEIREDO, 2005, p. 48). E, tendo-se em consideração que,

em um serviço público, o trabalhador não tem a possibilidade de escolher seus pares, “uma escolha deve ser feita pelo trabalho. Isto significa que essa escolha seja pautada na tolerância das diferenças até o limite da incompatibilidade no trabalho” (FIGUEIREDO, 2005, p. 48).

A reunião de equipe “como importante espaço-tempo em que vige a fala” (COSTA-ROSA, 2013, p. 159) é fundamental para que se possam discutir os casos, debater a política de Saúde Mental, (re)pensar ações, firmar parcerias, elaborar conjuntamente propostas e planejar a rotina de trabalho. Contudo, esses espaços-tempo podem ser de “burocratização” e de “improdutividade” (GALIEGO, 2013), se resumindo à discussão de “questões administrativas” (YASUI, 2008), uma vez que a maioria dos trabalhadores desconhece os referenciais teórico, técnico e ético da Atenção Psicossocial, assim como a RPb não é um tema de conhecimento coletivo (SHIMOGUIRI, 2016).

Logo, a reunião da equipe constitui como um campo de tensão entre visões e interesses conflitantes. Num espaço-tempo em que se atualiza o Discurso Médico, aparecem os impasses do trabalho e surgem as contradições, encontramos em Figueiredo (1997, 2010) a proposição de conviver ao invés de convencer, para situar a posição do trabalhador-intercessor. Vejamos uma pequena amostra de uma reunião onde o conviver esteve em causa.

No meu segundo ano de trabalho naquele CAPS, coordenava uma oficina de expressão subjetiva voltada para os sujeitos de foraclusão (os ditos loucos) e, durante as oficinas, os sujeitos demandaram a realização de atividades recreativas e de cuidado pessoal no CAPS. Levei essas ideias para reuniões de equipe em dois momentos diferentes. No primeiro momento, falei da demanda por atividades recreativas, mais especificamente sobre a realização de atividade na praça (ideia sugerida pelos sujeitos), o que resultou na organização de um evento com músicas na praça no centro da cidade, tendo a participação dos sujeitos do tratamento, de alguns familiares e de trabalhadores do CAPS. Em outra reunião de equipe, num segundo momento, coloquei em pauta a demanda, de duas mulheres participantes da oficina, por um espaço de cuidados com a aparência física. A equipe recebeu com entusiasmo a ideia, e organizamos a atividade “Bem estar no CAPS”, inclusive firmamos parceria com a fisioterapeuta do NASF, cabeleireiros, manicure e esteticista, que, naquele dia, ofereceram seus serviços aos sujeitos e seus familiares.

Criamos encontros! Foram pequenos movimentos instituintes (o possível) que posicionam o CAPS um pouco mais no horizonte do Paradigma Psicossocial. Sabemos que ainda é necessário um longo percurso, principalmente no que se refere a um borramento de fronteiras das disciplinas em que cada profissional foi forma(ta)do, isto é, na construção da transdisciplinaridade. Esta consiste na “superação da superação do princípio sujeito-objeto

que fundamenta nichos de saber-fazer de que se originam nossas profissões como especialidades; princípio que se repete em nossas práticas imediatas” (COSTA-ROSA, 2013, p. 154).

Concordamos com Montezuma (2000), segundo quem existem duas Psiquiatrias, Psicologia, Terapias Ocupacionais e Serviço Social; “a que faz falar e a que faz calar” (p. 188), sendo que esta última se baseia nos princípios disciplinares: sujeito-objeto, doença-cura e saber-poder; ao passo que a primeira (que faz falar) pretende a superação desses princípios, visando à transdisciplinaridade. Isso não significa negar as especificidades de cada campo do conhecimento e sim alargar fronteiras e subverter práticas que operam pelo princípio disciplinar sujeito-objeto, dando lugar a práticas intercessoras que coloquem em causa o saber do sujeito.

Segundo Périco (2019, p. 127) “‘ir além’ das especialidades presentes no campo da Saúde Mental pressupõe que, antes, delas possamos nos servir”. Tendo em vista o modo como está configurada a divisão do trabalho na Atenção Psicossocial, temos clareza do quanto a superação dos princípios disciplinares está distante, ainda que possamos encontrar algumas exceções (PÉRICO, 2014; SHIMOGUIRI, 2016; COSTA, 2019; COSTA-ROSA, 2013, CURY JUNIOR, 2015). A partir desse cenário, reconhecemos que “já será uma grande conquista de muitos grupos colocarem a prática transdisciplinar como horizonte ético-político” (COSTA-ROSA, 2013, p. 157).

Viganò (1999) demarca a construção do caso clínico como um importante eixo do trabalho em equipe, que leva a um ponto de orientação. Esse trabalho de construção “tende a trazer à luz a relação do sujeito com o seu Outro, portanto tende a construir o diagnóstico do discurso e não do sujeito” (p. 45). Não se trata de um diagnóstico em termos de estrutura clínica e sim da relação que aquele sujeito mantém com o estabelecimento institucional. Um ponto estrutural para que possa existir a construção é o envolvimento da equipe, sendo imprescindível que se realize um investimento no caso e, ao mesmo tempo, que se garanta um ponto vazio, por não visar à uma verdade toda sobre o sujeito.

O autor (VIGANÒ, 1999) destaca dois aspectos da construção do caso: possibilita alguma margem de previsão, ainda que os efeitos das intervenções só sejam vistos posteriormente e, “opera um corte transversal em todas as figuras profissionais” (p. 47) posto que interroga o lugar ocupado por cada uma delas e promove o alargamento das fronteiras de modo a construir um saber possível em redor daquele sujeito. O efeito desse corte transversal é “ativar o desejo, o de ocupar aquele lugar, para aquele sujeito, que não é garantido pelos

papéis, mas que pode ser ocupado somente com o próprio risco, com o desejo de se arriscar” (p. 47). Convido o leitor a nos acompanhar em algumas cenas desse nosso “arriscar-se”.

Acolher escutando, escutar acolhendo: a escuta-recepção como dispositivo desmedicalizador

A relação com a demanda constitui uma das grandes dificuldades no processo de estruturação e organização dos serviços de Saúde Mental. A quantidade muitas vezes elevada de encaminhamentos feito pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), somada aos casos de demanda espontânea, acabam esbarrando nos limites dos estabelecimentos que recebem estes sujeitos encaminhados. Um cenário bastante conhecido pela própria população consiste na falta de vagas para atendimento médico psiquiátrico e psicológico na maioria dos municípios, gerando uma longa lista de espera ou até mesmo, em alguns casos, uma interrupção da recepção de novos sujeitos que procuram os estabelecimentos e dos que chegam por encaminhamentos. O efeito disso nos trabalhadores é a sensação de cansaço e de impotência, já nos sujeitos que procuram tratamento, pode aparecer na forma da exacerbação dos sintomas e do sofrimento e até mesmo na desistência do atendimento.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS tem no acolhimento uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política constitutiva dos modos de se produzir saúde. O Acolhimento consiste em uma postura ética que não implica hora adequada (a hora é quando o sujeito demanda) e nem profissional específico para realizá-lo; mas implica a troca de saberes, a tomada de responsabilidade com relação ao sujeito e sua demanda (BRASIL, 2010). Ele é uma ferramenta, considerada uma “tecnologia leve” (MEHRY, 2004; MEHRY, FRANCO, 2009), que pressupõe a criação de espaços de encontros entre os sujeitos — profissionais e pessoas que demandam atendimento, com tratamento pautado no respeito, no diálogo, na escuta qualificada, no estabelecimento de confiança, no reconhecimento do sujeito enquanto parte ativa na construção do tratamento e na responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos.

De acordo com Figueiredo (1997), a recepção dos sujeitos pode funcionar como um termômetro do estabelecimento “ao tornar mais públicos, portanto mais transparentes, seus procedimentos clínicos, seus problemas e soluções no percurso de cada paciente” (p. 44). Schimidt e Figueiredo (2009) demarcam que o acolhimento exige tanto uma ação imediata como um intervalo de tempo para que se trace a conduta e depende dos recursos clínicos da equipe, isto é, da capacidade de escutar, avaliar e discriminar as demandas. Inspiradas em

Freud, as autoras comparam esse primeiro momento com a abertura do jogo de xadrez, pois é a partir dele que se definirá as ofertas de tratamento. “É o momento em que todos os recursos do serviço são postos à prova: quem atende; o que pode oferecer; como pode acolher, avaliar e discriminar a demanda” (p. 131).

Mesmo com essa nova diretriz de recepção dos sujeitos, mais humanizada, dado a “imperiosa necessidade, por parte dos técnicos, de oferecer uma resposta imediata para o problema apresentado” (LEVCOITZ, 2000, p. 27), a dimensão da subjetividade acaba por ficar em segundo plano. No entanto, a dimensão subjetiva é justamente o que está em questão na Atenção em Saúde Mental, logo, necessita estar em primeiro plano. Recuperar a dimensão subjetiva demanda que o trabalhador esteja posicionado em outro paradigma, o PPS. E isso precisa ser feito desde o primeiro momento que o sujeito procura a instituição/estabelecimento solicitando ajuda para lidar com seu sintoma/impasse/sofrimento, pois isso determinará o curso do tratamento e os seus efeitos. Um importante operador do PPS é a recepção-escuta, por ser “um modo de conferir à instituição a função de instância de fala e escuta, ou seja, de interlocução entre os usuários, familiares, outras instituições e também [sic] a comunidade” (MENDES, 2004).

Uma possibilidade de operacionalizar tais propostas consiste na realização de um grupo de escuta-recepção enquanto um dispositivo que visa agilizar e qualificar o atendimento para os sujeitos que se dirigem ao CAPS demandando tratamento. Agilizar no sentido de atender no mesmo dia ou com um intervalo de tempo de poucos dias e qualificar no sentido de fundamentar uma escuta que não se resuma à avaliação diagnóstica imediata e indicação prévia de conduta (TENÓRIO, 2000), tornando-a um ato terapêutico que inclua a dimensão subjetiva, isto é, o sujeito do inconsciente. Trata-se de um ato clínico, início de um tratamento, posto que assim como os primeiros lances no jogo de xadrez são decisivos para a partida por abrir algumas possibilidades e fechar outras conforme a movimentação das peças, o ato de receber “já está atravessado pelas questões que se colocam para o tratamento” (TENÓRIO, 2000, p. 89).

O grupo de recepção-escuta possui dois eixos essenciais: (a) a mudança no funcionamento institucional, uma vez que convoca à sua responsabilidade os outros dispositivos do próprio CAPS e da rede de Saúde, e (b) a mudança de concepções clínicas, que inclui uma posição clínica que não funcione no circuito queixa – saber do profissional (baseado no Discurso Médico) – solução (na forma de suprimentos medicamentosos e de sentidos), evitando “corroborar um circuito que exclui a dimensão de responsabilidade do sujeito” (TENÓRIO, 2000, p. 88). Trata-se de um modo de operacionalizar o primeiro

atendimento com vistas a driblar a medicalização e a patologização e incluir o sujeito como protagonista do seu tratamento. Esse outro modo requer modificações na concepção do atendimento inicial (MENDES, 2004).

A marca fundamental do grupo de escuta-recepção é privilegiar a escuta do sujeito, diferenciando-se da escuta dos sintomas, típica das triagens e dos acolhimentos fundamentados no Discurso Médico. Figueiredo (1997) assinala que é importante decantar a demanda. “De um lado, esvaziá-las, desfazendo equívocos. De outro, fazendo aparecer um dado novo (‘um a mais’), ou outra maneira de dizer” (p. 50). Uma escuta que não responda imediatamente com suprimentos – seja ele conselhos, diagnósticos, medicamentos e mesmo encaminhamentos, típico do PPHM – oferta ao sujeito um tempo de suspensão, possibilitando um deslizamento no seu discurso, uma subjetivação da queixa.

Quando um sujeito comparece ao dispositivo de escuta-recepção, apresenta uma demanda em seu estado bruto, um “eu tenho isso”, sendo necessário um tempo de trabalho para que essa demanda seja questionada e se transforme em uma demanda analítica ou que, minimamente, se estabeleça algo de implicação subjetiva. Para tanto, operamos por meio das “entrevistas preliminares” (QUINET, 2000), portanto a tarefa do trabalhador-intercessor nesse dispositivo – seja ele psicólogo ou outro técnico – consiste em relançar o discurso do sujeito que demanda tratamento. Isso não significa que não ocorre um diagnóstico, uma vez que, em psicanálise, não há uma separação entre diagnóstico e tratamento. Ademais, por se tratar de um grupo de recepção, se realiza um “diagnóstico de situação” (TENÓRIO, 2000, p. 86) avaliando quais casos demandam algum encaminhamento imediato e quais podem continuar a trabalhar mais um pouco nessa modalidade de atendimento.

No PPS, o trabalhador-intercessor recebe escutando (PÉRICO, 2014), se abstendo de responder, explicar e despachar, facultando que o sujeito possa se escutar e começar a se questionar sobre o sentido de sua queixa: “o que meu sofrimento tem a ver comigo?”. O trabalho de transformar uma demanda em estado bruto em uma questão depende de que o sujeito realize o endereçamento ao trabalhador que o escuta, isto é, que se estabeleça a transferência, ancorada na suposição de saber. “Sabemos que a transferência está colocada, ela existe sempre onde haja um sujeito suposto saber” (MONTEZUMA, 2000, p. 119).

Por se tratar de um grupo de recepção, um “lugar transferencial de passagem” (TENÓRIO, 2000, p. 88), que inclui uma dimensão clínica, em grande parte das vezes, o sujeito não dará continuidade ao tratamento com aquele trabalhador-intercessor que realizou sua recepção no CAPS, podendo ser encaminhado a outro trabalhador. Isso significa que haverá encaminhamentos, mas como fazê-lo? Montezuma (2000) adverte que o manejo da

transferência deve dar condições do sujeito continuar o tratamento em outro lugar, com outro trabalhador. Cabe ao trabalhador-intercessor realizar o encaminhamento na transferência, ou seja, “um encaminhamento *ofertado* a um sujeito [ao menos inicialmente] já implicado em sua questão e, portanto, com uma *demanda de análise* que pode ser endereçada a outro trabalhador-intercessor, que será responsável, portanto, pela *continuidade* do tratamento” (PÉRICO, 2014, p. 141, grifos do autor). Esse encaminhamento na transferência pode incluir tanto os atendimentos realizados no próprio CAPS, quando houver critérios para tal, como ser realizado em outros dispositivos na Rede de Atenção em Saúde.

Por sua vez, nem sempre o encaminhamento será necessário. Um importante número de casos que chegam ao grupo de recepção tem resolubilidade no âmbito do próprio grupo. Trago uma breve cena do grupo de escuta-recepção de pais/responsáveis por crianças para ilustrar a questão. Sônia era mãe adotiva de William, um garoto de aproximadamente quatro anos e relata ter procurado atendimento para o filho por conta de ele se recusar a se alimentar na escolinha infantil, o que a preocupava, uma vez que ele ficava lá em tempo integral. Chegou a propor à escola enviar as refeições, mas o menino se recusava a comer com as monitoras. Nos três primeiros dias de grupo, ela falou sobre como havia sido o processo de adoção: contou que ele era filho de uma pessoa próxima que o abandonou, e como conhecia a criança, Sônia resolveu adotá-lo. Relatou que, na época, o menino era uma criança frágil que adoecia com facilidade e ela, chegou, inclusive, levá-lo ao neurologista que lhe receitou somente um medicamento para ajudar no crescimento. Colocou William na escola somente por que as pessoas lhe diziam que era o melhor, mas ela acreditava que ele estaria melhor em casa recebendo os seus cuidados, inclusive as refeições preparadas por ela. Após esse percurso, na quarta semana, Sônia enunciou no grupo que o filho aceitou duas bolachas recheadas da mão da cuidadora e começou a comer na escola.

Em *Nota sobre a criança*, Lacan (2003) demarca que “o sintoma da criança acha-se em condições de responder ao que existe de sintomática na estrutura familiar” (p. 369). Esse sintoma pode surgir como representante da verdade do casal parental ou decorrente da subjetividade da mãe. Por isso, em alguns casos, o tratamento é da criança, outras vezes do agente da função materna, tudo vai depender de quem chega com o sintoma, uma vez que só é possível tratar a partir do sintoma. Nesse caso relatado, eu e a psicóloga que me acompanhava iniciamos a escuta da agente da função materna no grupo de escuta-recepção e buscamos operar nos moldes das entrevistas preliminares como parte do tratamento. Não prescindimos da escuta dessa mãe, ainda que ela não tenha inicialmente demandado, visamos algo de

retificação subjetiva por parte da mãe, condição para a desmontagem de um gozo que se articulava ao sintoma de William.

Como a questão foi equacionada nas entrevistas preliminares com a mãe, não houve necessidade de que a criança fosse atendida. Há outros casos em que a análise da criança foi necessária e, quando isso ocorreu, a endereçamos a outro profissional para continuidade do tratamento. Com relação a tais casos que são equacionados na escuta-recepção, o trabalhador-intercessor pode simplesmente deixar a porta do grupo aberta para que, se em algum momento o sujeito, em razão de algum outro impasse, possa novamente se servir daquele dispositivo. Conforme ressalta Lezcovitz (2000, p. 28) saber aguardar, em situações em que é tecnicamente possível, demonstra à própria equipe seu potencial terapêutico.

De acordo com Figueiredo (2000) a escuta-intercessão deve ser realizada por ao menos dois trabalhadores em parceria, assim possibilita diferentes olhares e escutas sobre o caso, que contribuem na qualidade da avaliação e encaminhamento, além de permitirem que os trabalhadores reavaliem sua escuta a partir do que aparece no discurso do sujeito atendido no grupo. Isso coloca um desafio para a equipe, uma vez que nem sempre os trabalhadores trabalham orientados pelo mesmo paradigma e com as mesmas caixas de ferramentas (teorias que fundamentam a prática). Lezcovitz (2000) adverte que a escuta-recepção não deve ser tomada enquanto um dogma a ser praticado genericamente, haverá situações em que será necessário realizar a recepção de forma diferenciada, inclusive individual, portanto, é necessário que haja alguma flexibilidade por parte da equipe. Já Figueiredo (1997) lembra que boa parte dos sujeitos pode não se dispor, em um primeiro momento, a entrar no discurso analítico e, diante disso, é imprescindível que quem sustenta o grupo de escuta-recepção esteja situado em relação às ofertas de tratamento disponíveis no estabelecimento — e na rede de Saúde.

Há, ainda, casos nos quais realmente não se trata de uma demanda em Saúde Mental e precisam ser encaminhadas para seus devidos lugares – Unidade Básica de Saúde, Centros de Convivência, Academia da Saúde, Hospital Geral e estabelecimentos de outros campos, como por exemplo Centros de Referência da Assistência Social, Casas de Passagem, dentre outros, o que também demanda que o trabalhador-intercessor conheça a rede de atendimento daquele município e até mesmo a rede regional. Essas demandas, que fogem à especificidade da Saúde Mental, longe de serem raras, demonstram a dificuldade dos sujeitos e, principalmente, da rede de um município, de saber o que deve ser referenciado especificamente ao CAPS.

A Atenção às situações de crise: sustentar um desejo não manicomial

Os sujeitos com graves impasses de subjetivação, em decorrência do intenso sofrimento psíquico, em alguns momentos podem desencadear um quadro psicótico ou de neurose grave, a depender de cada estrutura psíquica. Esse desencadeamento pode gerar atos cometidos pelo sujeito, incluindo situações de *passagem ao ato*¹ e *acting out*², que não cessam apenas por meio da medicação psiquiátrica e requerem suporte de acolhimento e cuidado mais complexos. Logo, a clínica com esses sujeitos envolve alguns momentos de urgência, geralmente nomeados crise, e demanda uma atenção diferenciada, a denominada Atenção às situações de crises.

A atenção em situações de crise costuma ser uma grande dificuldade para os serviços substitutos de Saúde Mental (COSTA, 2007), como por exemplo, costuma ser o caso dos CAPS, tanto que Cruz *et al.* (2019) consideram que “situações de crise em saúde mental se configuram como um desafio para a efetiva reorientação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil” (p. 118). A atenção à crise designa um conjunto de práticas de cuidado desenvolvidas junto a sujeitos em situações consideradas agudas ou graves. Ela consiste em “ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências causam intenso sofrimento e desorganização” (BRASIL, 2015, p. 11). A preocupação com esse tipo de situação não é nova.

Na história da Saúde Mental existiu um conjunto de tentativas de respostas para as situações de crise – que podem ser situadas no PPHM – no entanto, essas não possuíam resolutividade a longo prazo, além de terem se transformado em instrumento de normalização e violência, assim, contribuíram para “um circuito eterno de dependência do hospital psiquiátrico” (COSTA, 2007, p. 96). Com os movimentos de contestação do modelo asilar e a instituição da Reforma Psiquiátrica, abriu-se como possibilidade uma nova forma de atenção, dessa vez mais condizente com o interesse dos sujeitos do tratamento, orientada pelo horizonte do PPS.

Segundo Jardim e Dimenstein (2007, p. 178), uma situação de crise é entendida como urgência “a partir do momento que afeta diretamente a rotina da família (ou do responsável) e

¹ Lacan (2005) demarca a *passagem ao ato* como um encaminhamento do sujeito para se evadir da cena. Trata-se de uma tentativa de desvencilhar-se da condição insuportável de objeto de gozo do Outro ou para obedecer a uma ordem que recebe do Outro, por conseguinte, não existe um endereçamento e sim uma saída da cena construída pelo Outro. Esse aspecto de sair de cena é justamente o que é possibilita “reconhecer a passagem ao ato em seu valor próprio” (p. 13) e diferenciá-la do *acting out*.

² No seminário A angústia, Lacan (2005) define o *acting out* enquanto o início da transferência. “É uma transferência selvagem” (p. 140). O sujeito constrói uma cena na qual é tanto o ator como o diretor, visa um endereçamento ao Outro e uma interpretação, dá a ver aquilo que aquilo que não pode ser escutado, logo, possui um aspecto de mostração.

que se decide denominar o acontecimento enquanto tal”. Logo, quem define se o caso é uma urgência ou não é a família, o paciente ou a sociedade, ao considerar necessária uma atenção imediata, o que faz notar o peso moral e cultural que caracteriza uma situação de crise. Introduzir a dimensão da subjetividade na atenção a situações de crise pode ressignificar tanto a concepção de crise quanto a meta de ser alcançada pelo CAPS. Rechtdand e Leal (2000) destacam que, ao incluir a subjetividade, “Desaparece a urgência de se reestabelecer um equilíbrio perdido: a crise passa a ser considerada um momento privilegiado no qual o sujeito pode, eventualmente, ter acesso a novas formas de organização para si próprio e/ou para seu cotidiano” (p. 93).

As situações de crise dizem respeito aos estados em que a angústia se deflagra intempestivamente e produz uma ruptura com relação a certo modo de viver a vida, abalando a relação usual do sujeito com o mundo. Frente ao pedido de uma solução rápida, seja por parte do sujeito ou do Outro social (família, Educação, Assistência Social, dentre outros), o psicólogo, orientado pela psicanálise, sustenta que há tempo para falar e ser ouvido, possibilitando que o “momento de crise dê lugar ao trabalho psíquico e possibilite uma subjetivação do sofrimento” (RODRIGUES; MUNÕS, 2020, p. 90). Esse trabalhador faz um convite de retorno ao primeiro dos tempos lógicos definidos por Lacan (1998, p. 204), o “instante do olhar”, instaura o campo da fala.

Diante dessas situações de crise, são ofertadas múltiplas formas de intercessões, “ações mais simbólicas e menos imaginárias” (SHIMOGUIRI, 2016, p. 79), de forma que “as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo durante a crise (sem alijá-lo dos elementos essenciais dela) até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas” (COSTA-ROSA, 2000, p. 155). Trata-se de considerar o sujeito como “‘analizando/questionando’ da situação de crise que experiência” (COSTA-ROSA, 2019, p. 50), portanto capaz de, por meio de uma ação intercessora, realizar um trabalho subjetivo que possibilite o “reposicionamento dos indivíduos nos conflitos e contradições de que vieram se queixar” (COSTA-ROSA, 2013, p. 24). As intervenções são realizadas no sentido de fazer com que os sujeitos possam historicizar o sofrimento, tendo como efeito um apaziguamento da angústia e a criação de algo novo, de novas possibilidades existenciais.

Vejamos um exemplo sobre o atendimento às situações de crise a partir de uma situação vivida por mim enquanto trabalhadora-intercessora no CAPS. Ao chegar ao CAPS me deparei com André, sujeito constituído por forclusão na sobremodalização da melancolia, em franco episódio de mania, juntamente com sua irmã, que trazia a demanda para interná-lo

como modo de aplacar sua megalomania. A equipe do CAPS já o havia acolhido e preparado o pedido de internação involuntária, entretanto, André explicitou que não pretendia ir, o que ocasionou um impasse entre o que fora combinado pela equipe com sua irmã e seu desejo. Naquele momento, o CAPS estava posicionado no PPHM vislumbrando a internação (asilamento, mesmo que em curto prazo) como resposta à situação de crise. Minha intercessão consistiu em sustentar, junto à equipe, a necessidade de ele ser escutado e de não o internar contra sua vontade, isto é, em sustentar um desejo não-manicomial, no horizonte do PPS.

Como André se recusava a ser atendido dentro do CAPS, pois tinha medo sair dali direto para a internação, combinamos de conversarmos em frente ao estabelecimento. Ofertei a escuta e minha intercessão inicialmente, que consistiu em fazer algumas perguntas para localizar o momento em que André se encontrava e o que teria desencadeado a crise. Ele pode falar de uma série de problemas, inclusive do tratamento e da injunção que viveu e originou a crise: o término de um relacionamento amoroso proposto por ele. Com isso, se tranquilizou e combinamos uma nova escuta para o dia seguinte e a possibilidade de fazer um acompanhamento por meio de uma sessão semanal. Ele retornou para falar de si, inclusive do desejo de estudar informática e da relação que mantinha com a medicação. A internação não foi efetivada e André seguiu com sua vida. Apesar de não frequentar as atividades ofertadas pelo CAPS no momento, tem no dispositivo um lugar para ser acolhido e escutado.

Levando em conta que a demanda de tratamento havia sido realizada pela irmã de André, mantive contato com ela durante os primeiros dias para acolhê-la e sustentar a continuidade do tratamento dele no território, sem a internação. Com relação à equipe técnica, a intercessão foi escutar a angústia dos trabalhadores (que acreditavam que a internação era a única via de tratamento possível) e propor outro modo de operar a atenção naquele caso, uma vez que naquele município, durante décadas, a única oferta de tratamento consistia em internação. A intercessão com o sujeito incluiu uma oferta de escuta a partir de um posicionamento específico: o Discurso do Analista (LACAN, 1992) tal como propõe a Psicanálise do campo de Freud e Lacan.

Calazans e Bastos (2008) nomeiam por “urgência subjetiva” um dispositivo particular de Atenção aos sujeitos em situação de crise que são encaminhados (por familiares, vizinhos, outros estabelecimentos, dentre outros) para cuidado emergencial do sofrimento psíquico nos estabelecimentos de Saúde Mental. Os autores demarcam uma diferença entre urgência generalizada e urgência subjetiva, servindo-se da distinção entre encaminhamento e demanda. Os casos compreendidos como de urgência são da ordem do encaminhamento, “uma vez que

a irrupção de um acontecimento que se torna traumático não afeta tão-somente o sujeito, mas também o Outro social e institucional” (p. 645).

Nesse primeiro momento, trata-se de uma urgência generalizada. A característica desse tipo de demanda é ela ser endereçada mais aos estabelecimentos de Saúde Mental, na forma de encaminhamento, do que na forma de uma demanda realizada pelo próprio sujeito por conta de um sintoma/impasse. Para Calazans e Bastos (2008)

a urgência nos dias atuais é definida a partir do princípio da utilidade e do bem-estar e tem como prática a medicalização em seu amplo aspecto — da farmacopeia aos condicionamentos — e como critério de eficácia a redução dos chamados transtornos - não esquecendo que a noção de transtorno aponta para uma ordem estabelecida ou uma ordem a ser seguida (p. 646).

A urgência só se torna subjetiva ao passar pela mediação de um trabalhador orientado pela psicanálise do campo de Freud e Lacan, quando ela se estabelece em torno de alguns significantes. A urgência subjetiva pode ser entendida como fenômeno a ser construído por meio do dispositivo cuja função é “tornar possível a estratégia — a transferência — que possibilitará o tratamento pela via da singularidade” (CALAZANS; BASTOS, 2008, p. 647). Portanto, esse dispositivo é da ordem do encontro com um psicólogo/analista que, ao não responder pela via do imaginário, sustenta uma escuta que possibilita que o sujeito apareça e invente outras saídas para seu impasse. Aposta na implicação do sujeito com o seu sofrimento, ou seja, supõe que o sujeito, sobre transferência, produz um saber sobre seu padecimento e com isso algum reposicionamento subjetivo e reordenamento do gozo.

Esse dispositivo de Atenção à crise não se confunde com a emergência psiquiátrica, não pretende responder pelo princípio da utilidade e do bem estar, como a eficácia e a redução dos “transtornos” e nem com a prática a medicalização. A validade do dispositivo “urgência subjetiva” em um CAPS “compreende a diminuição dos casos de internação e de reinternação, embora esse recurso algumas vezes se mostre necessário à promoção de uma modalidade de cuidado alternativo (CALAZANS; BASTOS, 2008, p. 650).

Embora a trabalhadora-intercessora tenha pontualmente tomado a frente ao propor o cuidado no território, foi fundamental a pactuação junto à equipe do CAPS, pois, sem isso, sustentar uma clínica não-manicomial se tornaria uma conduta inviável. Realizar o manejo de situações de crise de um modo não pautado na restrição (de espaços, de possibilidades e de direitos) é uma ação complexa e envolve aprender a dialetizar as contradições existentes na própria equipe. Conforme ressaltam Nicácio e Campos (2004, p. 76) “traduzir cuidar em

liberdade em práticas concretas não significa imaginar um campo sem tensões e contradições, mas desnaturalizar as diversas formas de restrição da liberdade”.

Nossa ação intercessora foi realizada no plano da micropolítica, por meio da ocupação de uma brecha, uma aposta na alternatividade cujo horizonte é o PPS. Por se tratar de um pequeno “movimento instituinte” (BAREMBLITT, 1996) na direção contrária a lógica asilar, temos claro que a cada situação de atenção à crise, seja de um mesmo sujeito ou de outro diferente. A cada novo caso que chega ao CAPS é preciso recomeçar sempre a reflexão crítica e o modo de operar singular e inventivamente por meio da ocupação das brechas.

Articular a Rede de Atenção à Saúde e promover a circulação do caso na Rede Intersetorial

Nenhum estabelecimento de atenção em Saúde Mental tem efetividade se fechado em si mesmo. Trata-se, necessariamente, de considerar o tema da incompletude institucional. No cotidiano do trabalho de atenção em um CAPS, nos deparamos com diversas possibilidades de ação e com alguns limites referentes ao próprio objetivo e as características do estabelecimento. Nem tudo pode ser cuidado nesse estabelecimento. Há um conjunto importante de outros cuidados em Saúde que são ofertados pelos diferentes estabelecimentos que são constituintes das Redes de Atenção à Saúde (RAS) instituída pela Portaria GM nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010). As RAS constituem uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que consigam responder às demandas de saúde da população com qualidade, eficiência e equidade (OLIVEIRA, 2015).

As RAS estão organizadas sob a forma de uma rede horizontal de cuidado em saúde, por consequência, não existe uma hierarquia entre os diversos pontos de atenção, todas as instâncias têm a mesma importância, sendo diferenciados somente pelas densidades tecnológicas que os caracterizam. Na RAS, que inclui a própria Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Atenção Básica (AB), também denominada Atenção Primária à Saúde (APS), consiste no centro de comunicação das redes. A APS é responsável por atender mais de 85% dos problemas de saúde, sendo onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, tais como as que dizem respeito às mudanças de estilo de vida relacionados à saúde (MENDES, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006; 2012), cujos estabelecimentos de atenção são Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias Saúde da Família (ESF), inclui uma vasta gama de cuidados em saúde, tanto a nível individual como

coletivo, que engloba desde a promoção e a proteção de saúde, inclui a prevenção de agravos, o tratamento, até a recuperação, tendo por objetivo a integralidade do cuidado.

A atenção primária ou atenção básica constitui-se no primeiro ponto de atenção à saúde e tem, como um de seus objetivos, o alcance de certo grau de resolução de problemas, que possa, além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de situações mórbidas que demandem ações de maior complexidade (GONDIM *et al*, 2011, p. 95).

Em vista disso, a AB tem por função realizar o cuidado do sujeito nas diversas problemáticas que ele apresente, e, quando não for possível, se responsabilizar pela articulação e acompanhamento do cuidado ofertado em outros pontos da rede, como os estabelecimentos do nível de atenção secundário (Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escola) ou do nível de atenção terciário (hospitais gerais), ambos constituídos de tecnologias de maior densidade tecnológica. Por isso, um sujeito pode estar em tratamento no CAPS e continuar a ser cuidado pela UBS ou ESF.

Um sujeito que possui um sofrimento psíquico não está livre de ter problemas de saúde que necessitam serem cuidados em outros estabelecimentos, inclusive na própria AB. Assim sendo, ele pode ser diabético e/ou hipertenso e necessitar de acompanhamento contínuo, possuir uma ferida que precisa ser tratada, um dente que precisa ser restaurado, uma visão que demanda uso de óculos, dentre outros exemplos. Entretanto, pode acontecer de um sujeito não ter seu discurso validado em um estabelecimento quando solicita cuidado por conta de ser atendido pelo CAPS, como se tudo o que ele sentisse fosse “da cabeça” ou tudo fosse responsabilidade daquele único estabelecimento.

Como podemos operar diante desse tipo de situação? Trazemos uma pequena vinheta que ilustra algumas possibilidades de equacionamento. Mayra, mulher analfabeta e conhecida por ter “problema na cabeça”, era atendida pelo CAPS desde que foi inaugurado, o que já ocorria há 2 anos. Ela participava ativamente das oficinas, assim como dos demais atendimentos propostos. Costumava procurar os estabelecimentos de saúde, inclusive a AB, quando sentia que algo não ia bem. Ao longo de algumas semanas, durante a oficina pela qual eu era responsável, reclamou de dor nas pernas e de dor de cabeça. Uma de suas pernas inchava muito e em alguns dias deixou de ir à oficina pela dificuldade em caminhar. Nesse período, foi até a ESF de sua referência, mas o médico passou um remédio que não surtiu efeito de melhora, tendo se recusado a encaminhá-la para um especialista. Diante disso, coloquei o caso de Mayra em reunião de equipe e decidimos conversar com a ESF de

referência de Mayra para relatar nossa preocupação com relação à sua saúde física. Coube, inicialmente a mim, dar voz à queixa de Mayra para a equipe do CAPS, pois até então os demais técnicos não haviam prestado atenção às queixas quanto às dores por parte de Mayra. Após discutirmos o caso em equipe, nos incumbimos de assegurar que ela fosse ouvida com mais cuidado na ESF. Para tal, realizamos contato com a unidade para relatar o caso e reafirmar o discurso de Mayra. O efeito do diálogo com a ESF foi uma reavaliação do caso e o encaminhamento para consulta com um médico vascular e com ginecologista, que culminou na indicação de duas cirurgias, uma para retirada de uma artéria da perna (que já foi realizada) e outra para retirada de um cisto no útero.

Isso significou acionar recursos do território, estabelecer pontes, tecer redes, com vistas ao cuidado integral para com a saúde de Mayra. Para Dias (2013), a atenção em rede “implica num estimável avanço em relação à centralidade excessiva e isoladora do CAPS” (p. 10), tornando a rede como o espaço de cuidado. A potência de um dispositivo institucional é ampliada quando se articula em rede. Mais do que a atenção direta aos sujeitos com graves impasses de subjetivação, os CAPS tem valor estratégico no estabelecimento de redes de atenção (BRASIL, 2004). Trabalhar em rede³ potencializa a garantia da integralidade, um dos princípios do SUS.

Conhecer as andanças de Mayra pelos estabelecimentos constituintes da rede do município, estabelecer o diálogo com os atores da rede, nessa situação especificamente relacionada com a ESF, foi o que possibilitou a circulação do caso e a construção de um cuidado mais compartilhado com vistas à produção de saúde integral. Nesse caso específico, não foi necessário articular a rede intersetorial, uma vez que tínhamos conhecimento de que Mayra era acompanhada em outros dispositivos como, por exemplo, o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Há casos em que a rede teria que começar a ser tecida e a ponta do fio pode ter início no CAPS e prosseguir com enlaces outros.

Haja vista que os Determinantes Sociais de Saúde são “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; FILHO, 2007, p. 78), na Atenção aos sujeitos é imprescindível considerar os diversos aspectos da vida, que inclui as oportunidades de escolarização, de trabalho, de moradia adequada, de acesso a cultura e lazer,

³ A estratégia do trabalho social em formato de rede e o trabalho em rede de saúde possuem seus impasses, ambiguidades e perigos, parecendo ser uma interessante inovação produzida pela Sociedade de Segurança (BENELLI, 2016; BENELLI; COSTA-ROSA, 2010; BENELLI; FERRI; FERREIRA Jr., 2015).

bem como de acesso a renda, para além apenas de acesso a RAS. A saúde⁴ articula-se com condições de vida, por isso a consideramos homóloga a cidadania (SHIMOGUIRI, 2021), logo, sua produção não se limita a oferta de serviços preventivos e curativo-reabilitadores tal como postula o “paradigma flexneriano”⁵ (MENDES, 1999), ela requer o investimento de outros setores no âmbito geral das políticas públicas.

Para promover o avanço da RPb, é imprescindível a constituição de uma rede de estabelecimentos integrada entre si e aos demais dispositivos e recursos sociais existentes no território, entretanto, “ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutiva, onde o trânsito dos usuários é facilitado e o mesmo é acolhido em suas diferentes demandas” (DIMENSTEIN, 2009, p. 5). A construção da intersectorialidade é um desafio posto ao CAPS, pois problemas complexos não podem ser enfrentados apenas pelo setor da Saúde. Delgado e Couto (2010) demarcam que “práticas intersectoriais são necessárias no enfrentamento de problemas reais e complexos, frente aos quais as respostas calcadas em tradições setoriais ou estritamente especializadas não têm se mostrado satisfatórias” (p. 272).

O que caracteriza a intersectorialidade não é a mera justaposição de diversos setores ou áreas para atender um sujeito e sim a “possibilidade de uma síntese dada pela predisposição à intersubjetividade e ao diálogo e, conseqüentemente, a sua pedagogia é a comunicação” (MENDES, 1999, p. 252). Intersectorialidade, portanto, pode ser entendida enquanto estratégia por meio da qual os diversos setores sociais se articulam e integram, constroem um agir compartilhado, com o objetivo de garantir o cuidado integral a um sujeito. Para Mendes (1999), ela não anula a singularidade do fazer de cada setor ou estabelecimento para instituir uma polivalência impossível, ela reconhece os domínios de cada campo, explicita-os para a construção de uma síntese.

Podemos debater o tema da intersectorialidade a partir de uma vinheta de construção do caso. No CAPS recebemos um documento do judiciário requisitando a internação compulsória de uma jovem gestante Carolini portadora da HIV e usuária de substâncias

⁴ O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986) deixa claro que a saúde se define em um determinado contexto histórico de uma sociedade, sendo resultante das condições de vida de uma população, que incluem: emprego, renda, habitação, alimentação, educação, lazer, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

⁵ O paradigma flexneriano foi consolidado por meio das recomendações do Relatório Flexner, publicado pela Fundação Carnegie, em 1910. Esse relatório vingou por conta da aplicação, por parte de fundações privadas americanas, de um montante de aproximadamente 300 milhões de dólares, entre 1910 e 1930 e repercutiu na formação médica e, sobretudo, no funcionamento do sistema de saúde. Um conjunto de elementos coexistentes e complementares expressa esse paradigma, a saber: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo (e exclusão dos aspectos sociais), a especialização (via da divisão técnica do trabalho), a tecnificação (calcada no ato médico como mediação) e o curativismo que prestigiava o processo fisiopatológico em detrimento da causa. O conceito de saúde enquanto ausência de doença é coerente com esse paradigma (MENDES, 1999).

psicoativas, sob a justificativa de que a internação visava proteger o bebê. Nosso primeiro passo foi realizar uma visita domiciliar para a família de Carolini a fim de conhecê-la e lá soubemos que a internação foi pedida pela própria família, mas que Gabriela discordava da internação. Visando articular o cuidado no território, nos reunimos com a equipe de atendimento para as pessoas com HIV para falar sobre a medicação que ela não estava tomando (porque a medicação era forte e lhe causava mal estar) e também conversamos com o médico que era responsável por acompanhar a gestação. Ele nos relatou que a gravidez de Carolini tinha um desenvolvimento normal e havia uma frequência regular nas consultas por parte da jovem. Fizemos uma conversa com o Centro de Referência de Assistência Social e com o Conselho Tutelar que acompanhavam o caso (por conta da gestação) para sensibilizar tais equipes sobre a importância de não desconsiderar Carolini em prol do olhar para a criança que ela carregava no ventre. Fizemos, também, contato com o Hospital para pactuar a oferta de um cuidado específico para gestante de risco, parceria que se mostrou muito frutífera. Por conta de ser uma demanda judicial, não foi possível impedir sua internação, mas a articulação que realizamos junto à rede do município e ao próprio judiciário possibilitou que a internação da jovem ocorresse em um momento posterior, de modo acolhedor e com sua concordância. Ainda continuamos a acompanhá-la durante a internação, por meio de visita e de contatos telefônicos com a equipe do hospital.

Figueiredo (2010), ao discorrer sobre o trabalho em rede, menciona que a contribuição possível, subsidiada pela psicanálise, consiste em ampliar o dispositivo da “construção do caso” ao promover a “circulação do caso” enquanto recurso permanente de sua construção. Esse trabalho de ampliação é uma tarefa mais complexa por envolver um número maior de trabalhadores de diversos setores. Tendo em vista que o sujeito circula pelos diversos estabelecimentos da rede – e cada um o faz a seu modo –, é condição indispensável acompanhar seu movimento pela rede para “tecer a própria rede ao tecer o caso” (p. 15).

O CAPS, enquanto estratégia, não pode estabelecer uma relação de cegueira nem de surdez com relação aos recursos existentes no território, precisa ver e ativar os variados recursos e estabelecer alianças para promover o cuidado (YASUI, 2008, 2010). Esses recursos não se resumem as ofertas específicas do campo da saúde, se expandem para uma diversidade de outras possibilidades no campo das demais políticas públicas (Assistência Social, Educação, Esporte, Habitação, Lazer) e dos recursos comunitários (associações de usuários e familiares, associações de bairro e cooperativas de trabalho, por exemplo).

Concordamos com Yasui (2008) quando assinala que um CAPS que pretenda se responsabilizar isoladamente por toda a demanda dos sujeitos – e, por consequência, da

complexidade da vida – não tem uma organização muito diferente da proposta autoritária de um Hospital Psiquiátrico. Produzir cuidados em Saúde implica em “diversificar a rede de ações, abrindo para novas possibilidades de encontro por meio da ampliação da rede de circulação e utilização dos recursos existentes” (p. 147). A lógica do território deve guiar o processo de organização do trabalho. O CAPS precisa ser compreendido como estratégia, como processualidade dinâmica e não como um dispositivo isolado, caso contrário não conseguirá ir muito além do modelo Manicomial.

Há tanta vida lá fora: a visita domiciliar⁶ como tática não medicalizadora

Diferentemente do período em que o tratamento estava centrado no modelo asilar, a produção do cuidado na Atenção Psicossocial se baseia em ações intercessoras no território. O território não se resume a um espaço geográfico determinado, é onde se desenvolve a vida cotidiana dos sujeitos e suas famílias, por isso sua constituição inclui as pessoas que nele vivem, seus vizinhos, suas instituições/estabelecimentos, seus cenários, interesses e conflitos, problemas e possibilidades. “O conceito de território é central para a saúde, pois não se trata apenas de uma área geográfica, mas também de um determinado espaço onde se desenvolvem relações sociais, afetivas e histórico-culturais” (BRASIL, 2016, p. 6). Assim, o território é um espaço para intercessões psicossociais.

Cabe ao CAPS, dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização e na reorientação das práticas de atenção, transcender os muros do estabelecimento para implementar um cuidado territorial. Para isso, é essencial a construção não somente de um novo olhar/escuta para o processo saúde-doença-atenção e ao território como a criação de estratégias de intercessão que possibilitem a ampliação da contratualidade social do sujeito. Uma modalidade de atendimento que garante o acesso ao cuidado, na perspectiva da integralidade, é a visita domiciliar (VD).

A visita domiciliar (ou atendimento domiciliar) é um importante instrumento de acompanhamento do sujeito em seu território. Ela consiste no atendimento, por um trabalhador, do CAPS aos sujeitos e/ou sua família na casa e pode ter um conjunto de funções: compreensão de seu contexto e de suas relações, acompanhamento do caso e atenção em situações em que outra modalidade de atendimento não é possível (BRASIL, 2015). Para

⁶ A visita domiciliar inventada e aprimorada pelos Assistentes Sociais, tornou-se a nova tática de vigilância capilar e personalizada do coletivo social que habita o território em liberdade: a família pobre e sua casa estão sitiadas pelos mais diversos trabalhadores sociais: CT, agente comunitário de saúde, educador social, psicólogos e assistentes sociais do CRAS e do CREAS, polícia. Essa tática não costuma fazer parte das técnicas ensinadas aos psicólogos na sua formação e representa um desafio considerável para eles.

Santos e Kirschbaum (2008, p. 225-226) “a visita/assistência no domicílio são fundamentais a considerar as peculiaridades individuais e contextuais na relação usuário/profissional/família”. Logo, ela é capaz de promover a articulação da equipe com o sujeito acompanhado, com sua família e o território onde vive.

Na realização das visitas domiciliares, a equipe lida com a imprevisibilidade referente aos processos de produção subjetiva do sujeito e do modo de funcionar da família, por isso pode encontrar um cenário favorável a encontros ou de desencontros. Em vista disso, os trabalhadores podem se deparar com situações de difícil manejo, o que exige condições teórico-técnicas para que possam ser contornadas, e podem se encontrar com situações de requerem intervenções que não são possíveis naquele momento, sendo necessário articulá-la *a posteriori*. Portanto, não há um modelo de como realizar uma visita domiciliar, “a clínica em saúde mental contribui para que a VD escape aos modelos previamente estabelecidos” (MORAES; GUIMARÃES; ALVES; MONTEIRO, 2021, p. 1161-1170), o que exige do trabalhador a capacidade de acolher e escutar o sujeito em sua singularidade, o conhecimento do território e de sua articulação.

Apresentamos duas situações para ilustrar a questão das visitas/atendimentos domiciliares. Começamos com Ana Flávia. Ana Flávia, senhora de aproximadamente 38 anos, foi encaminhada ao CAPS pelo pronto atendimento após um episódio em que saiu na rua desorientada e sem roupas e com um discurso aparentemente sem lógica. Fui a técnica de referência que a recebeu no primeiro atendimento. Na ocasião, Ana Flávia estava acompanhada pelo filho e observava atentamente cada gesto meu e, principalmente, cada anotação que eu fazia. Quando perguntei o que a trazia ao CAPS, disse as pessoas tinham inveja e riam dela. Referiu que ninguém queria ficar por perto, pois ela tinha cheiro de ovo podre e o ovo era a verdade, sendo que a verdade era o amor. Contou que de fato saiu na rua daquele modo, pois havia saído para procurar as pessoas da sua família. Pouco antes, havia tido uma visão dos pais mortos e saiu na rua para procurá-los. Seu pai, de fato, já tinha falecido há anos.

Após escutá-la dizer sobre o quanto ela era invejada pelas pessoas, já situada em uma hipótese sobre sua possível estrutura clínica, a convidei para voltar no dia seguinte para participar de uma oficina e/ou de um atendimento individual. Ana Flávia respondeu que não iria, pois não era louca e o CAPS era lugar de louco. De fato, ela não retornou. Tentamos contato telefônico com ela e família, mas não conseguimos. Diante disso, decidimos que seria necessária uma visita para acompanhá-la e resolvemos que eu e o educador físico ficaríamos responsáveis pela tarefa.

Na mesma semana, fomos à residência de Ana Flávia e a encontramos junto com sua mãe, toda desarrumada e com os cabelos sem pentear. Ela nos atendeu bastante desconfiada, nos perguntou o que tínhamos ido fazer em sua casa e afirmou estar bem. Sua mãe disse que Ana Flávia não estava bem e contou que, no dia anterior à crise, ela havia tido um acesso de raiva e quebrado completamente um espelho que tanto gostava. Dado que a mãe tomava a cena da visita, tentando falar pela filha, eu e o educador físico nos dividimos, ele conversou com a mãe e eu me dediquei a escutar Ana Flávia. Ela pôde continuar a falar do amor e dizer da relação que tinha com a própria imagem, servindo-se das minhas características corporais, em particular do meu cabelo encaracolado tal como o seu, da relação com os homens e do desejo de trabalhar para sustentar os filhos. Alguns dias depois, retornamos para uma nova visita e encontramos Ana Flávia tranquila, vestida e com o cabelo penteado, e determinada a não frequentar o CAPS porque ouviu falar que lá era “lugar de louco”. Em nenhum momento, Ana Flávia demandou uma interpretação minha, pois era ela quem fornecia uma interpretação a seus próprios ditos. Naquele primeiro instante, em que chegou ao CAPS, já estava em trabalho psíquico de reconstrução, o que fiz durante a visita domiciliar foi apenas secretariá-la (LACAN, 1988) de modo a propiciar um espaço de elaboração psíquica para que ela pudesse continuar o trabalho de reconstrução de sua *Realität*, para usar aqui um termo freudiano.

Na visita domiciliar, o psicólogo – ou outro trabalhador – orientado pela psicanálise, por sua formação diferenciada, possui uma condição particular: pode ofertar escuta, procurando ser intercessor. “Para poder escutar é preciso, ainda, compreender a especificidade radical das demandas no campo subjetivo; é preciso também reconhecer a singularidade do saber (saber inconsciente e saber sobre o não sabido) único que é capaz de operar na resposta a tais demandas” (COSTA-ROSA, 2013, p. 106). Nessa perspectiva, o trabalhador é um coadjuvante que faz uso de saber-fazer para propiciar a produção do saber pelos agentes principais, isto é, do sujeito do sofrimento.

Acompanhemos uma curta cena do caso de dona Marcília, uma senhora idosa encaminhada ao CAPS por ser acumuladora, fato de incomodava a própria Rede de Saúde. Para conhecê-la e entender de fato o motivo do encaminhamento eu, conjuntamente com outra psicóloga e a agente comunitária de referência, fomos à casa da senhora Marcília. A agente comunitária foi quem facilitou nosso primeiro contato e, quando a idosa estava mais à vontade com nossa presença, pudemos perguntar sobre sua relação com as coisas que acumulava. Marcília pode falar de problemas concretos, tais como juntar recicláveis para vender e juntar dinheiro para a compra de um celular, mas principalmente do sentido que havia em acumular inúmeros retalhos de tecido que, inclusive, obrigavam que dormisse apenas no cantinho da

cama por ocuparem quase todo o espaço. Ela pode dizer da tristeza que sentia por não ter mais os pais, do sonho que tinha em aprender a costurar (a mãe era costureira e não a ensinou), do quanto não foi investida pelos pais (era analfabeta, enquanto os irmãos estudaram), da saudade que tinha de sua única filha retirada dela há diversos anos pelo ex-marido que a maltratava e da solidão em que vivia.

Essa escuta, na qual o trabalhador (técnico) está posicionado de modo que o sujeito ocupa o lugar de agente principal do processo de produção da subjetividade da saúde, proporciona a esse sujeito momentos de subjetivação: aos sujeitos do recalcamento, de produção de saber “não sabido”, posto que inconsciente, e, aos sujeitos constituídos por forclusão, de cifração do gozo e de possibilidade de reconstrução da máquina humana de subjetivar nos casos em que houve o desmoronamento da Realidade Psíquica. Portanto, a VD tem uma dimensão clínica, pode ser situada no âmbito da ampliação da “psicanálise em intensão” (COSTA-ROSA, 2013, 2019; RINALDI, 2017, 2017) na Atenção Psicossocial.

A visita domiciliar constitui importante ferramenta para Atenção do sujeito no território desde que o trabalhador não se coloque na posição saber-poder com o intuito de disciplinar, pedagogizar e ortopedizar o sujeito e sua família. “Trata-se, portanto, de operar a partir de uma ética que possa sustentar, nos avessos da disciplina e do controle, nas brechas do PPHM, os (im)possíveis da Atenção Psicossocial” (SHIMOGUIRI, 2021, p. 208). É nesse cotidiano, nos atos de produção de cuidado que acontece o “processo de transformação do modelo assistencial, na perspectiva da promoção e defesa da vida” (YASUI, 2010, p. 136) e tendo como horizonte a produção de sujeitos singulares.

Conclusão

Concordamos com Yasui e Costa-Rosa quando afirmam que “A equipe é o alicerce, o principal instrumento de intervenção, invenção e produção dos cuidados em Atenção Psicossocial” (2008, p. 34), pois, nesse espaço coletivo, se realiza a pactuação do cuidado por meio da “construção do caso clínico” (VIGANÓ, 1999, 2010), assim como se organizam as ofertas de atendimento do CAPS. Conforme assinala Rinaldi (2015, p. 318) “Não se pode, portanto, trabalhar sozinho, ainda que a experiência seja sempre de cada um, que deve se responsabilizar pelo seu ato”. A consequência do trabalho partilhado em equipe é a ausência de controle sobre o caso (FIGUEIREDO, 2019), pois sua gestão fica pulverizada entre outros técnicos do estabelecimento.

É no trabalho em equipe que podem existir movimentos instituintes que questionem as formas de operar pautadas no automatismo das normas rígidas ou mesmo na inércia dos

trabalhadores, promovendo uma abertura para novas práticas que reencontrem a dimensão da clínica para além da pura inserção e da reabilitação social. Partilhamos da proposição de Viganò (1999) de que a “separação entre a terapia e a reabilitação é puramente formal, não respondendo a uma lógica científica” (p. 40). No humano, a realidade psíquica opera na configuração do adoecimento, implicando que o trabalho fundamental para seu equacionamento se processe no campo dessa mesma realidade (COSTA-ROSA, 2019), logo, uma reabilitação que abra mão do “tratamento no nível da comunicação e dos seus sintomas — será uma reabilitação impotente no nível da doença” (VIGANÒ, 1999, p. 40). Sustentar a luta pelo convívio social não significa prescindir da clínica que contemple a dimensão de sujeito do inconsciente. Com Benelli, Périco e Costa-Rosa (2017) sustentamos que:

não existe clínica dessubjetivada – pois se trata sempre da clínica dos processos de subjetivação –, por mais que haja também o real dos humores (neurotransmissores: noradrenalina, serotonina etc.), ou o imaginário, que se expressa nas diferentes formas de aderência do Sujeito ao Outro como ideal (p. 14).

Rinaldi (2015) pontua que, em um CAPS, pode existir equipes mais abertas às interpelações do inconsciente e outras “em que o saber, ainda que proveniente de diferentes formações disciplinares, apresenta-se de forma consistente, fechado a interpelações, cristalizando os discursos” (p. 318). Nessas equipes, a discussão de um caso clínico pode ser conduzida de forma que o sujeito fique no lugar de objeto sobre os quais os técnicos (com seu saber-poder) falam, sem dar espaço para escutar o que é dito pelo sujeito. Disso resulta a “nova cronicidade” que está do lado dos trabalhadores presos a um saber já construído. A burocratização e a rotinização das práticas, assim como a nova cronicidade, mostram o fechamento da equipe para um saber que escapa aos conhecimentos disciplinares, o saber do sujeito.

Figueiredo (2005) destaca a concepção de coletivo não-todo para se contrapor à ideia de uma equipe completa, sem falta, posto que a soma das partes não constitui um todo. Para a autora é justamente “essa abertura, essa fenda, que permite que no interior da equipe o próprio paciente, como o que vem do real, faça furo” (44). Rinaldi (2015) corrobora isso ao afirmar que é nos momentos de impasses da equipe, onde se abre um vazio de saber, ao mobilizar a angústia dos trabalhadores, que é possível inserir a novidade trazida pela psicanálise: “de que há saber inconsciente, isto é saber não sabido, que está do lado do sujeito e não do lado dos técnicos” (RINALDI, 2015, p. 322).

Encontramos na psicanálise três indicações para a realização do trabalho no âmbito da equipe. Os trabalhadores devem estar posicionados subjetivamente como aprendizes da clínica, posição vazia de um saber sobre determinado caso aprioristicamente. O trabalho deve ser organizado a partir da transferência de trabalho, partilhando a responsabilidade e promovendo a circulação do saber que advém do sujeito. A terceira indicação se deduz a partir das duas primeiras: a construção do caso não deve estar baseada na convergência de saberes dos mais variados profissionais (que na melhor das hipóteses constroem um saber sobre o sujeito) e sim nos elementos fornecidos pelo sujeito (FIGUEIREDO, 2010). O ganho nesse trabalho partilhado é, portanto, uma experiência menos solitária e mais resolutiva ou efetiva na ação.

O trabalho do psicólogo orientado pela psicanálise em um CAPS pode ser realizado em duas frentes: no atendimento direto aos sujeitos, no âmbito da psicanálise em intensão (COSTA-ROSA, 2019; PÉRICO, 2014; SHIMOGUIRI, 2021) e no trabalho com a equipe ao operar a partir da ética que coloca o sujeito e seu desejo no centro do trabalho, no âmbito da psicanálise em extensão (PÉRICO, 2014; RINALDI, 1997; LACAN, 2003). É neste último que a ética do sujeito do desejo pode ser sustentada enquanto uma política, “na medida em que ela incide justamente sobre o que não anda, o que faz obstáculo, sobre o impossível do real, no sentido de sustentar esse furo no saber que favorece o reviramento discursivo, que movimenta a instituição e dá lugar à clínica que é sempre de cada sujeito” (RINALDI, 2015, p. 322).

Haver, ao menos, um trabalhador orientado pela psicanálise do campo de Freud e Lacan sustentando, entre os demais da equipe, a experiência a partir da aposta no sujeito do desejo, é a condição para que o trabalho subsidiado teórica, técnica e eticamente pela psicanálise “opere seus efeitos de sujeito e permita que a construção do caso seja de fato um saber em construção” (FIGUEIREDO, 2010, p. 17). Esse trabalhador pode exercer a função de matriciador, de supervisor ou mesmo ser um trabalhador-intercessor entre os demais da equipe, aliás — e agora finalizando —, ser um entre os demais é o modo mais possível de operar, uma vez que muitos CAPS sequer dispõem de um profissional para supervisão ou matriciamento.

REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 6. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2012.

BENELLI, S. J. A lógica da rede na atenção socioeducativa para crianças e adolescentes na Assistência Social. In: XAVIER, A. L. P.; GHAZIRI, S. M.; TEODORO, D. V S.; SILVA, P. C. T.; ZANIN, R. A. S. (Orgs). *ECA, SUAS e o e o trabalho em rede de proteção à criança e ao adolescente*. Rio de Janeiro: Publit, 2016. p. 40-77.

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. A construção de redes sociais: entre a conexão e a captura na gestão dos riscos sociais. In: CONSTANTINO, E. P. (Org.). *Psicologia, Estado e Políticas Públicas*. Assis: UNESP, 2010. p. 25-85.

BENELLI, S. J.; FERRI, G. G.; FERREIRA Jr., N. Problematizando a noção de rede, suas origens e algumas de suas aplicações atuais. *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 14, n. 2, p.54-73, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v14n2/a06.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2021.

BENELLI, S. J.; PÉRICO, W.; COSTA-ROSA. Por um psicólogo não normalizador no contexto das instituições públicas. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 16, n. 1, p. 1-17, 2017. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/841/822>. Acesso em: 20 dez 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/gs5uTN>. Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 5 mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019. 110p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS): Eixo Políticas e Fundamentos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/sau_de_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em 02 novembro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 10 novembro 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS – Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 640-652, dezembro 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000400010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 abr. 2000.

CNS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório final. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986, p. 1-21. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 29 out. 2018.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 59, n. 1, 2007. p. 94-108. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000100010. Acesso em 31 out. 2020.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013.

COSTA-ROSA. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na Psicanálise do campo Freud-Lacan? *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 18 (número especial), p. 37-54, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000200004. Acesso em: 11 mai. 2020.

COUTO, M. C. V., DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 271-279.

CRUZ, K. D. F.; GUERRERO, A. V. P.; SCAFUTO, J.; VIEIRA, N. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. *Rev. NUFEN*, Belém, v. 11, n. 2, p. 117-132, ago. 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 out. 2020.

DIAS, M. K. Introdução. In: DIAS, M. K. (Orgs.). *Dispositivos de atenção em saúde mental e seus desafios: impasses na consolidação de uma atenção em rede*. Natal: Ed. UnP, 2013. p. 9-18.

DIMENSTEIN, M. M. L. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68442>. Acesso em: 29 nov. 2020.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 6, n. 1, p.60-79, 2007. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>. Acesso em: 30 nov. 2020.

FIGUEIREDO, A. C. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. *Psicologia Política*, v. 19, n. 44, p. 78-87, jan - abr, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v19n44/v19n44a09.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

FIGUEIREDO, A. C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O. (Orgs.). *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba: CRV, 2010. p. 11-18.

FIGUEIREDO, A. C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 43-55, nov. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2020.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Relume-Dumará: Rio de Janeiro, 1997.

FIGUEIREDO, A.C.; ALBERTI, S. Apresentação. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p.7-18.

FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 65-86, dez. 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982000000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 set. 2020.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. In: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr-jun, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em 22 novembro 2020.

GALIEGO, A. H. B. *O dispositivo intercessor como modo de produção de conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas*. 2013. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97528/000721719.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jun. 2020.

LACAN, J. *O seminário: livro 3: As psicoses*. (1955-56). Tradução Aluisio Menezes. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Tradução de Ari Roitman. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: LACAN, J. *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 197-213.

LACAN, J. *Outros escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LEVCOITZ, S. Grupos de recepção ambulatorial: uma introdução ao tema. *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental (Rio de Janeiro), v. 6, n. 17, p. 21-29, 2000.

MEHRY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEHRY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2009. p. 278-284. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf. Acesso em: 06 dez. 2020.

MENDES, M. C. S. *Repercussões da “Recepção-Escuta” no atendimento à porta dos serviços de Saúde Mental Coletiva e em seus projetos terapêuticos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. 2004. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97669/mendes_mcs_me_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 26 abr. 2020.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em: 29 nov. 2020.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 233- 300.

MONTEZUMA, M. A. Transferência e encaminhamento na instituição de saúde mental. *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 06, n. 17. p. 116-123, 2000.

MORAIS, A. P. P.; GUIMARES, J. M. X.; ALVES, L. V. C.; MONTEIRO, A. R. M. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, mar, 2021. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/producao-do-cuidado-na-atencao-psicossocial-visita-domiciliar-como-tecnologia-de-intervencao-no-territorio/17335?id=17335>. Acesso em: 13 dez. 2020.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup.* Univ. São Paulo, v.15, n.2. p. 71-81, maio/ago., 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13942/15760>. Acesso em: 05 mai. 2020.

OLIVEIRA, N. R. C. (org.). *Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes*. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2015. Disponível em: https://www.unasus.ufma.br/wp-content/uploads/2019/12/isbn_redes01.pdf. Acesso em: 29 nov. 2020.

PÉRICO, W. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: A clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/134191>. Acesso em: 24 set. 2018.

PÉRICO, W. Psicanálise, transdisciplinaridade e Atenção Psicossocial: a necessária formação de trabalhadores de Saúde Mental de um novo tipo. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 18 (n. esp.), p. 121-140, 2019. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1545/1355>. Acesso em: 02 dez. 2020.

PINHO, L. B.; RODRIGUES, J.; KANTORSKY, L. P.; OLSCHOWSKY, A; SCHNEIDER, J. F. Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 14, n. 1, jan/mar, p. 25-32, 2012. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/14352/13501>. Acesso em 28 nov. 2020.

RINALDI, D. L. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 315-323, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015202.17332013. Acesso em: 24 out. 2020.

RINALDI, D. Ética e desejo: da psicanálise em intensão à psicanálise em extensão. Reunião Lacanoamericana da Bahia, Salvador, out. 1997 e publicado em Papeis – *Revista do Corpo Freudiano*, n. 7, dez. 1997. Disponível em: http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/intparticipantes/doris_rinaldi/Doris_Rinaldi_Etica_desejo.doc. Acesso em: 13 set. 2020.

RODRIGUES, M. S.; MUNOZ, N. M. Entre angústia e ato: desafios para o manejo da urgência subjetiva na clínica psicanalítica. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 90-98, Sept. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982020000300090&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 dez. 2020.

RECHTAND, M.; LEAL, E. M. Notas sobre a emergência psiquiátrica. In: *Cadernos IPUB. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental* (Rio de Janeiro), v. 6, n. 17, p. 92-100, 2000.

SANTOS E. M; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n. 1, p. 220-227, 2008. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/8014/5797>. Acesso em: 04 nov. 2020.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 nov. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento na saúde coletiva*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/134320/shimoguari_afdt_me_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em 13 abr. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. *O saber-fazer da terapia ocupacional psicossocial: ampliação da clínica de Marx a Freud-Lacan*. Tese (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2020. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/202764/shimoguari_afdt_dr_assis.pdf?sequence=5. Acesso em: 11 abr. 2020.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental (Rio de Janeiro), v. 6, n. 17, p. 79-91, 2000.

VIGANÒ, C. A Construção do caso clínico em Saúde Mental. *Curinga*, Belo Horizonte, p. 50-59, 1999. Disponível em: https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf. Acesso em: 18 dez. 2020.

VIGANÒ, C. A. A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana on line*, ano I, março de 2010. Disponível em: [http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/A construção do caso clínico.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/A%20construcao%20do%20caso%20clinico.pdf). Acesso em: 12 dez. 2020.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, vol. 32, núm. 78-79-80, janeiro-dezembro, 2008, pp. 27-37. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2020.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidados. In: *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, pp. 113-160. Loucura & Civilização collection. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623-05.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro, 2006. 208p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ. 2006. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/ve_Silvio_Yasui_ENSP_2006.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.

ENSAIO 4

PSICOTERAPIA PARA TRATAR AS NEUROSES GRAVES NO CAPS: A PSICANÁLISE DO CAMPO DE FREUD E LACAN¹

Resumo: Neste ensaio, visamos apresentar a psicoterapia para o tratamento de sujeitos do recalçamento com graves impasses de subjetivação, conhecidos como sujeitos neuróticos, em um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS. Parte-se, aqui, de nossa experiência enquanto psicóloga orientada pela psicanálise do campo de Freud e Lacan a fim de explicitar, brevemente, o processo de constituição nessa modalidade subjetiva. Para tanto, discutiremos as três funções das entrevistas preliminares, os cinco modos de interpretação, as sobremodalidades estruturais (histeria e neurose obsessiva) e a direção do tratamento. Além disso, pontuaremos a possibilidade da psicoterapia em grupo, tratando da dimensão temporal dessa modalidade terapêutica. Buscaremos levantar indícios de que essa modalidade, em especial, quando sustentada pela ética do bem dizer e balizada pela transferência, possibilita aos sujeitos se separarem dos significantes que os alienam, permitindo-lhes assumir um novo posicionamento na relação com o próprio desejo.

Palavras-chave: Psicoterapia; Sujeito do recalçamento; Psicanálise do campo de Freud e Lacan; Psicanálise em intensão.

Considerações iniciais

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um estabelecimento para atendimento dos casos graves, como os representados pelos sujeitos constituídos por foraclusão, especificamente quando do desmoronamento da sua realidade psíquica e da configuração de uma das três modalizações para o que se costuma denominar de psicose: esquizofrenia, paranoia e melancolia. Um outro caso considerado grave, e que é atendido pelo CAPS, é o dos sujeitos do recalçamento que apresentem impasses críticos da ordem da neurose. De acordo com Calazans e Bastos (2008), a clínica com sujeitos do recalçamento com sofrimento psíquico grave inclui questões sobre o momento de desencadeamento de crises neuróticas graves que aparecem, fenomenicamente, sob a forma de sintomas como: depressão, ansiedade, pânico variados, dores no corpo, paroxismos obsessivos, gozos compulsivos comuns, anorexias, *acting out*, dentre outros. Em virtude da gravidade dos impasses e do sofrimento apresentado, nos casos referenciados ao CAPS, os sujeitos requerem acolhimento urgente e o início imediato de processos de tratamento, diferentemente dos casos que são referenciados para atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), em que se demanda uma

¹ Neste ensaio, operamos de modo orientado pela psicanálise do campo de Freud e Lacan e, para evitar redundâncias, quando nos referirmos às práticas de atenção que desenvolvemos como psicóloga no CAPS, o leitor deve ter em mente que esse é o nosso posicionamento teórico, técnico, político e ético específico.

escuta não necessariamente imediata (evidentemente, não desconsideramos a importância do atendimento no momento pontual em que emerge a demanda).

Os indivíduos – seres sociais, culturais e subjetivados – comparecem aos estabelecimentos da instituição de Saúde Mental Coletiva (SMC) em decorrência dos diversos impasses em sua Realidade Psíquica, nomeada por Freud de *Realität*. Trata-se de uma realidade que é composta de sentido (consciente e, principalmente, inconsciente) e de corpo pulsional, portanto, que não se reduz a um corpo orgânico e uma realidade neuronal, nem a um psiquismo centrado numa personalidade racional. Essa Realidade psíquica trabalha tanto na conformação do problema que afeta tais sujeitos quanto nos processamentos para seu equacionamento. Em decorrência disso, o trabalho fundamental do processo de tratamento deve ocorrer, justamente, no campo dessa realidade psíquica (COSTA-ROSA, 2019).

A apreensão dos impasses dessa *Realität* pode ser feita pelo conceito de acontecimento-sujeito. Costa-Rosa (2019) define acontecimento-sujeito como:

figuras visíveis/audíveis que permitem a um trabalhador-intercessor supor processos de subjetivação que o indivíduo que veio se queixar está pondo em movimento, com maiores ou menores possibilidades e desenvoltura, decorrentes de eventos, injunções, que a impactaram numa medida e proporção, obrigando-a a rearranjos específicos (COSTA-ROSA, 200, p. 49).

No momento denominado por Calazans e Bastos (2008) de precipitação, que ocorre quando o sujeito ingressa no estabelecimento de Saúde e solicita tratamento, coloca-se em cena uma urgência generalizada, endereçada à instituição e não a um psicólogo, portanto, existe a “transferência não analítica ou *lato sensu*” (2008, p. 645, grifos do autor). Costa (2018) demarca que a urgência generalizada poderá se tornar subjetiva em decorrência do dispositivo de recepção do sujeito, pelo posicionamento do trabalhador que o recebe e/ou o escuta.

Diante desses casos, que não têm o estatuto de uma loucura, qual seria a modalidade de psicoterapia possível? Neste ensaio, visamos apresentar a psicoterapia subsidiada pelo referencial teórico, técnico e ético da psicanálise do campo de Freud e Lacan, como um dispositivo de tratamento dos sujeitos do recalçamento que estão em sofrimento, no contexto específico de um CAPS. Pretendemos discutir o estatuto dessa modalidade, suas especificidades quanto aos estilos subjetivos e o tempo necessário para realizar o tratamento.

Para tanto, nos servimos do Dispositivo Intercessor (DI), enquanto intercessão-pesquisa, em seus dois momentos: (i) de produção de saber na práxis, em um CAPS enquanto

psicóloga deste estabelecimento e, depois, (i) de conhecimento epistemológico no campo da universidade, especificamente sobre os processos de produção da práxis. De natureza transdisciplinar, o DI-se fundamenta na Psicanálise do campo de Freud (1996) e Lacan (1998, 2008) e no Materialismo Histórico de Marx (2011), bem como na Análise Institucional francesa (LOURAU, 2014), na Filosofia da Diferença, e em particular no conceito de dispositivo de Deleuze (1992). A reflexão sobre nossa práxis, transformada em ensaio, é um recorte da intercessão-pesquisa do doutorado, que obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (Protocolo n. 16824018.8.0000.5401) e atende às exigências éticas previstas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e na Resolução 010/12, do Conselho Federal de Psicologia.

Quem é o sujeito neurótico? Breves apontamentos sobre o recalamento

Um ser humano não nasce pronto, ter um corpo-carne não garante que um indivíduo se torne sujeito. Deixar de ser um corpo-carne para nos tornarmos um falasser (ser-de-fala e ser de desejo², em outras palavras, sujeito do desejo) exige mediação simbólica, demanda o encontro com o outro (semelhante) e com o Outro³ (simbólico). É nesse momento fundamental que surgem as primeiras inscrições psíquicas nesse novo ser, que está em vias de se humanizar. Inicialmente, essa mediação é realizada por quem encarna a função materna para o bebê (mãe ou sua representante). À medida que vai respondendo à demanda do Outro da maternagem, seu psiquismo se estrutura, definindo a estrutura psíquica como resposta ao Outro. Diz Lacan, exatamente nesse sentido: “Se se deve definir em que momento o homem se torna humano, [...] é no momento em que, por menos que seja, entra na relação simbólica” (2009, p. 207).

Lacan (2008a) enuncia duas operações fundamentais de causação do sujeito: a alienação e a separação. No começo do processo primário de estruturação subjetiva, o *infans* se aliena ao Outro da maternagem, sendo ele “o primeiro objeto satisfatório [do sujeito], seu primeiro objeto hostil, além de sua única força auxiliar” (FREUD, 1996a, p. 384). Há uma “escolha forçada” (FINK, 1998), pois ou o sujeito se aliena ou fica fora da linguagem. É no

² O Desejo diz respeito à dimensão pulsante que movimenta o eu para escolher objetos. Essa dimensão se forja no *infans* ao passar de natural para sujeito humano, por intermédio da linguagem e do Outro como semelhante. Nos dizeres de Lacan (1995, p. 352) “[...] o desejo nada mais é do que a metonímia do discurso da demanda”.

³ O grande Outro, escrito com inicial minúscula, se distingue do pequeno outro. O Outro diz respeito ao discurso inconsciente. É o registro dos ditos do conjunto de outros (familiares, amigos, professores etc.) que foram importantes para o sujeito no tempo da infância, logo, contém as “determinações simbólicas da história do sujeito” (QUINET, 2012, p. 21). Nos matemas lacanianos, ele é representado pela letra A, do termo *Autre*, na língua francesa. Em A, como um lugar simbólico, “as cadeias significantes do sujeito se articulam determinando o que o sujeito pensa, fala, sente e age” (QUINET, 2012, p. 22).

encontro com o Outro, com seu banho de linguagem, que o corpo pulsional advém enquanto corpo imaginário e simbólico, como efeito da inscrição dos significantes. Esse conjunto de significantes advindos do Outro marcam o sujeito com um “tu és”.

Para que o sujeito ingresse no Simbólico e no laço social, precisa se separar estruturalmente do Outro. Essa separação ocorre por meio da instauração da Lei simbólica, que proíbe a mãe de tomar o filho como objeto, significando, para a criança, que sua mãe também está submetida a uma lei. É o significante Nome-do-pai que simboliza essa lei, significante da castração simbólica. O Complexo de Édipo consiste, portanto, na operação da metáfora paterna pela qual o significante Nome-do-Pai substitui o significante Desejo-da-mãe⁴. O resultado dessa metáfora é “a inclusão do Nome-do-Pai (conjunto de significantes) no Outro e o acesso à significação fálica” (QUINET, 2012, p. 29). Se, por um lado, a operação abre o mundo para o sujeito, ela instaura por outro uma falta, nomeada por Freud (1996b) de castração⁵. O preço que se paga para advir como sujeito (parcialmente) separado do Outro é a divisão subjetiva (*Spaltung*), pois uma parte de si fica inconsciente. Tais processos se localizam no campo da neurose, isto é, da constituição da subjetividade por meio do mecanismo do recalçamento.

O sujeito estruturalmente constituído por recalçamento (*Verdrängung*)⁶, no seu processo primário de constituição, realizou uma separação do Outro, porém, de forma insuficiente. Por conta disso, ele se mantém em demasia na dimensão subjetiva da alienação (PÉRICO, 2014). Quinet (2012) ressalta que existem alguns significantes que possuem força de determinação, que se apresentam como um “Tu és”, funcionando como etiquetas com as quais um sujeito se identifica. Logo, os recursos de subjetivação “tendem à estaticidade, à tautologia típica ao registro Imaginário” (PÉRICO, 2014, p. 33). Dessa forma, “a demanda do Outro assume a função de objeto da fantasia do neurótico” (FINK, 1998, p. 224), o que gera um conjunto de impasses críticos de subjetivação capazes de serem visualizados nas figuras de inibições, sintomas e angústia. Em outras palavras, quando precisa responder a uma

⁴ “O papel da mãe é o desejo da mãe. É capital. O desejo da mãe não é algo que se possa suportar assim, que lhes seja indiferente. Carreia sempre estragos. Um grande crocodilo em cuja boca vocês estão - a mãe é isso. Não se sabe o que lhe pode dar na telha, de estalo fechar sua bocarra. O desejo da mãe é isso” (LACAN, 1992a, p. 118).

⁵ “A castração é a construção pela qual o ser humano procura dizer a falta, mas, por isso mesmo, ela ilustra que não se pode dizer a falta enquanto tal. Dizer a falta já consiste, de uma forma ou de outra, em preenchê-la” (ANDRÉ, 1998, p. 10).

⁶ Freud ([1915]1996c), ao explicar o aparelho psíquico, propôs dois tipos de recalçamentos: o recalçamento primário ou originário (*UrVerdrängung*) e o recalçamento secundário ou recalçamento propriamente dito (*Verdrängung*). O recalque originário corresponde ao momento lógico da inscrição no Simbólico, entrada do sujeito na linguagem, inaugurando a cadeia significante do inconsciente do sujeito. Enquanto o recalçamento propriamente dito é um processo que pressupõe a divisão subjetiva (entre inconsciente e consciência). “Ele é efeito do conflito entre o sistema inconsciente e o sistema pré-consciente-consciente, sendo que a partir deste último que ele é exercido” (GARCIA-ROZA, 2009, p. 163).

injunção da realidade, por estar preso aos significantes do Outro (representantes do desejo do Outro), o sujeito do recalçamento só pode fazê-lo via repetição (*répétition*).

Na vivência dos sujeitos do recalçamento, “a realidade imperativa do real tem precedência sobre tudo o que o atormenta infinitamente” (LACAN, 2008b, p. 25). Para lidar com o gozo, o sujeito do recalçamento constrói o sintoma e a fantasia. A fantasia “é aquilo mediante o qual o sujeito se sustenta no nível de seu desejo evanescente, evanescente porquanto a própria satisfação da demanda lhe subtrai seu objeto” (LACAN, 1998, p. 643). O sintoma pode ser compreendido como uma resposta do psiquismo, cuja finalidade é a de manter a realização da pulsão⁷, ou seja, fazer a pulsão continuar a circular pelos circuitos da realidade psíquica (*Realität*), configurando, em última instância, uma forma de satisfação substitutiva. O sofrimento correlacionado ao sintoma aparece quando o equilíbrio entre a pressão do conteúdo recalçado e a contrapressão se desfaz, deixando vazar o gozo angustioso. “O conceito de gozo implica a ausência de barreira entre o princípio de prazer e seu para-além” (QUINET, 2012, p. 43). Esse gozo incide e insiste em se repetir no sintoma-que-faz-sofrer, motivo que pode levar um sujeito a buscar por tratamento psicoterapêutico.

As entrevistas preliminares e seus dois tempos e três funções

O encontro entre uma pessoa e um psicoterapeuta, em determinado estabelecimento institucional, não traz garantia de que um tratamento possa se realizar. Concordamos com Freud quando assinala que “Há muitas espécies de psicoterapia e muitos meios de praticá-la” (FREUD, 1996d/1905[1904], p. 246). O modo como cada profissional se posiciona frente à demanda que aparece, empiricamente, nos pedidos de ajuda, determina não somente o curso do tratamento, como também os efeitos éticos que dele derivam. Em que consistiria, então, uma escuta ofertada por um psicólogo prevenido pela psicanálise do campo de Freud e Lacan, para um sujeito em um CAPS?

Freud (1996e) nomeou o início do processo psicoterapêutico como “tratamento de ensaio” e afirmou que a construção da transferência⁸ é um aspecto prévio necessário ao tratamento. Lacan, ao avançar nas formulações psicanalíticas, denominou esse primeiro momento como “entrevistas preliminares”. As entrevistas preliminares duram um tempo particular, que se inicia com a demanda de tratamento e termina com a entrada em análise

⁷ Segundo Lacan, a pulsão “é precisamente essa montagem pela qual a sexualidade participa da vida psíquica, de uma maneira que se deve conformar com a estrutura de hiância que é a do inconsciente” (2008, p. 173).

⁸ Elia (2010) define a transferência como “a própria presentificação do inconsciente sob a forma de uma relação de objeto, ou seja, o modo pelo qual o inconsciente se ‘atualiza’”. Em outras palavras, a transferência é um campo constituído por meio da experiência psicanalítica, onde são trazidas à cena “as configurações produzidas pela fantasia (e não pelas vias significantes do sintoma)” (p. 27).

propriamente dita (PORTILLO, 1989). Ambos visam “assegurar a transferência e sua ancoragem” (WACHSBERGER, 1989, p. 30).

E qual seria o posicionamento do psicólogo nas entrevistas? A associação livre, regra fundamental da psicanálise, deve ser mantida durante as entrevistas preliminares. A recomendação freudiana é que, durante esse tempo, o psicoterapeuta deixe que o analisando fale quase todo o tempo, abstendo-se de comunicar qualquer saber sobre seu sintoma, antes que a transferência esteja instaurada (FREUD, 1996e). Sua tarefa consiste em “relançar o discurso do analisante” (QUINET, 2000, p. 14). As entrevistas preliminares possibilitam, assim, localizar onde está o analista do paciente (FREDA, 1989) e, apesar de possuírem a mesma estrutura da análise, distinguem-se dela. Quinet (2000) demarca três funções para as entrevistas preliminares: sintomal, diagnóstica e transferencial. Trata-se de uma forma didática de apresentação, uma vez que elas coexistem em um mesmo plano na cena analítica. Vejamos como cada uma se configura:

a) Função Sintomal

Para compreender essa função, é necessário entender o que é o sintoma. Para Freud, o sintoma é uma “formação de compromisso” (1996f, p. 170) entre o desejo e a consciência. O tipo de satisfação alcançada por intermédio dele tem “em si muitos aspectos estranhos ao sintoma” (FREUD, [1916-1917], 1996g, p. 368). Lacan (2008b) afirmou que o sintoma é uma mensagem a ser decifrada: “O sintoma como tal é uma linguagem definida por sua estrutura. O sintoma de um sujeito particular é uma fala, fala amordaçada, inconsciente para o sujeito” (p. 62-63). Para ele, a natureza de sua formação é dupla: está intimamente vinculada ao inconsciente e indissoluvelmente ligada à pulsão. Em psicanálise, sua abordagem consiste em “elaborá-lo pela particularidade da história desse sujeito” (LACAN, 2008b, p. 63).

O sintoma pode ser compreendido em três tempos (MILLER, 1989). No primeiro, não é reconhecido como tal, tendo estatuto imaginário. O sujeito o sente como algo que faz parte de seu estilo, uma particularidade, identificando-o com a realidade cotidiana porque adaptado a ela. Um modo explosivo de resolver os problemas, um medo injustificado de determinadas situações, uma dor no corpo que não tem origem orgânica, leve aceleração no pensamento que provoca dificuldade de sono, uma tristeza leve e cotidiana, dificuldade persistente na vida profissional, uma escolha infeliz e repetida de parceiros amorosos, são exemplos relacionados ao fato de que o sujeito posterga em reconhecê-los como um impasse, ainda que sinta algum incômodo. Nesse tempo, o sintoma pode ser considerado um signo (sinal) (QUINET, 2000), de modo que somente se saberá que se trata de um sintoma após o relato do sujeito.

No segundo tempo, o sintoma tem uma mudança de estatuto, passando de imaginário para um estatuto real. Essa mudança é motivada por um abalo na rotina do sujeito, um encontro com o real que provoca um vazamento de gozo. Esse encontro/injunção pode assumir as mais variadas formas: a descoberta de um gozo desconhecido para ele mesmo, um impasse na carreira profissional, um fracasso nas relações amorosas, a perda abrupta de uma pessoa querida, uma mudança radical da situação econômica, dentre outras. Trata-se do tempo concernente à perda da funcionalidade adaptativa do sintoma. Geralmente, é nesse momento que o sujeito começa a se queixar de fato e pode procurar ajuda para aliviar seu mal estar de diversas formas (atividade física, religião etc.), antes de procurar um psicólogo ou analista.

O terceiro tempo é marcado pela demanda do sujeito endereçada ao psicólogo. Seu discurso geralmente inclui “eu venho por isso”, nomeando aquilo que o faz sofrer. “A força motivadora primária na terapia é o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina” (FREUD, 1996e, p. 157). Inicialmente, há uma demanda de alívio do sofrimento, que muitas vezes inclui o pedido de um diagnóstico (tal como o psiquiátrico) e de um conselho (tal como em certas modalidades de psicoterapia), no sentido do que fazer para se livrar do sintoma. Aqui, a demanda se encontra em estado bruto e o sujeito pode estar situado em uma modalidade discursiva nomeada por Lacan (1992a) como Discurso da Universidade (DU). É desse modo que Aline chegou para seu primeiro atendimento comigo: “Eu tentei me matar e às vezes ainda penso nisso, o que eu tenho? O que devo fazer?”.

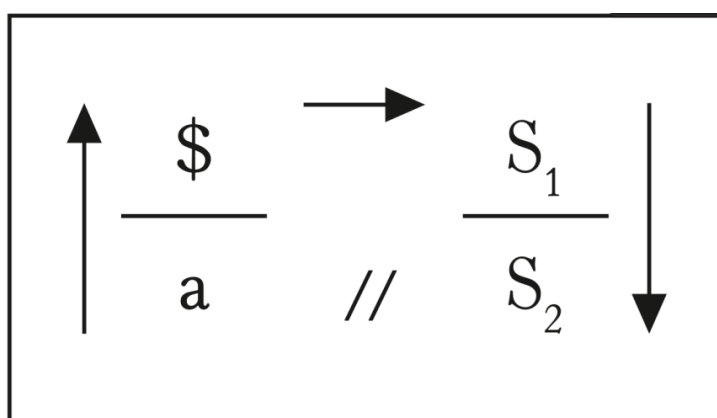
Brousse (1989), por meio da enunciação “Alivie-me, mas sobretudo não toque em nada, não toque em meu ser de sujeito, isto é, no meu fantasma” (p. 69), ressalta que existe uma antinomia entre a demanda de alívio e demanda de análise. O sujeito querer se desvencilhar de um sintoma não é suficiente para o engajamento em uma análise. Essa demanda não deve ser aceita em estado bruto, necessita ser questionada (QUINET, 2000) de modo a buscar a analisabilidade do sintoma, propiciando a divisão subjetiva do sujeito.

Chegamos, assim, à questão do posicionamento do psicólogo nas entrevistas preliminares. Nelas, o seu posicionamento precisa ser de se abster de responder à demanda de saber e de governo do sujeito para abrir a dimensão desejante. Como afirma Lacan: “O analista intervém concretamente na dialética da análise se fazendo de morto [...], seja por seu silêncio, ali onde ele é o Outro, *Autre* com A maiúsculo, seja anulando sua própria resistência, ali onde ele é o outro, *autre* com a minúsculo” (1998, p. 431). Cabe ao psicoterapeuta questionar o sintoma, procurar saber “a que esse sintoma está respondendo, que gozo esse sintoma vem delimitar” (QUINET, 2000, p. 16) e, em seu ato, produzir a *Spaltung*, a divisão subjetiva, causando o desejo (PORTILLO, 1989). É necessário que o sintoma (sinal) enquanto

queixa se transforme em demanda endereçada àquele profissional e que o sintoma mude de estatuto de resposta para o de questão, de forma que o sujeito se sinta instigado a decifrá-lo, em suma, que ele se transforme em sintoma analítico. Para Quinet (2000, p. 29), “é preciso que este apareça ao sujeito como um ciframento — portanto, algo a ser decifrado”.

A passagem de estatuto do sintoma enquanto signo ao do sintoma analítico, por meio do endereçamento ao psicólogo, é nomeado de histerização do discurso, pois o histérico é justamente o nome do sujeito dividido (\$). Para tal, é imprescindível que o psicólogo esteja posicionado na modalidade Discurso do Analista (DA), a fim de que o sujeito se posicione no Discurso da Histeria (DH). O sujeito, com uma questão relacionada ao seu sintoma, por exemplo, “o que isso significa?”, “porque eu sempre faço assim?”, dirige seu enigma ao profissional, que supostamente detém a verdade sobre o seu sintoma. Assim, o psicólogo é incluído no sintoma, completando-o, por isso Lacan afirmou que “o analista completa o sintoma” (QUINET, 2000, p. 18). Vejamos uma esquematização a partir do matema:

Figura 1- Matema do Discurso da Histeria



Fonte: reprodução total a partir de Costa-Rosa (2013, p. 255).

Posicionado no DH, o sujeito (\$) coloca o analista (suposto mestre) (S1) contra a parede a fim de que ele produza um saber (S2) acerca do gozo (a) que está em causa, e que desvela a verdade escamoteada no sintoma. Devido à impotência do saber em resolver a questão do gozo, essa manobra tende ao fracasso, entretanto, constituirá um laço social necessário para que o tratamento se realize. Portanto, provocar a histerização do sujeito nas entrevistas preliminares é condição essencial para que o inconsciente seja posto em exercício.

b) Função diagnóstica

A condução do tratamento depende essencialmente do diagnóstico diferencial, pois, por meio dele, o psicólogo poderá se orientar. Esse diagnóstico se diferencia do psiquiátrico de fundamento nosográfico-fenomenológico, pois, em psicanálise, se realiza o diagnóstico estrutural necessariamente sobre transferência (LACAN, 1951/1998). Por diagnóstico de estrutura, podemos entendê-la como uma leitura “que se dá a partir da fala dirigida ao analista, logo, sobre transferência, onde os fenômenos vão se orientar com referência ao analista como um operador e não como pessoa” (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000, p. 3).

De acordo com Dor, a avaliação diagnóstica deve estar circunscrita na “ordem do ‘dizer’ do paciente, e não ao nível dos conteúdos na ordem do seu ‘dito’”. Daí resulta uma mobilização imperativa da escuta” (1991, p. 16). O que está em questão é o posicionamento do sujeito frente ao Outro, visto que isso se atualiza na relação transferencial com o operador clínico da psicanálise. Para Freud ([1913]1996e), a principal função do diagnóstico é saber se determinado sujeito tem um estilo subjetivo constituído por recalçamento, renegação ou por foraclusão, para então saber se posicionar no laço transferencial. Seu sentido é servir de bússola para o manejo clínico, por meio dele o psicoterapeuta saberá de que modo deve se situar na transferência e, conseqüentemente, na direção do tratamento (LACAN, 1998). Esse diagnóstico diferencial, estrutural, só pode ser feito no registro simbólico, onde se articulam as questões fundamentais do sujeito, a saber: o seu próprio sexo, a diferença entre os sexos, a procriação, a morte (QUINET, 2000).

Por conseguinte, nesse registro, o diagnóstico é realizado por meio dos três modos de negação do Édipo, que correspondem às três estruturas clínicas (neurose, psicose e perversão), sendo que a cada um corresponde uma forma e um local de retorno do que é negado. Há dois modos de negação (recalçamento e renegação) que, ao negarem, conservam o mesmo elemento, implicando a admissão da Castração Simbólica, ao passo que o terceiro modo (foraclusão), ao realizar a exclusão do simbólico, não conserva, arrasa. Cada modo de negação determina um tipo de retorno na realidade subjetiva.

A estrutura subjetiva da foraclusão (*Verwerfung*) não conserva o significante negado no Simbólico e o retorno deste ocorre no real, sob a forma de automatismo mental — alucinações e delírios —, de ideias não dialetizáveis que se impõem ao sujeito como certezas, “apontando a relação de exterioridade do sujeito com o significante” (QUINET, 2000, p. 20). A importância do diagnóstico estrutural, no caso dos sujeitos da foraclusão, é para que o psicólogo não conduza a análise tendo como referência o significante Nome-do-Pai e a castração. Na estrutura subjetiva da perversão, a forma de negação do Édipo é a renegação

(*Verleugnung*), na qual ocorre a admissão da castração no simbólico e, ao mesmo tempo, uma recusa, um desmentido, tendo o retorno no simbólico sob a figura de fetiche.

A estrutura subjetiva do recalçamento tem o recalque (*Verdrängung*) como forma de negação da Castração Simbólica, isto é, o significante é conservado no inconsciente, e seu retorno ocorre no próprio simbólico, sob a forma de sintoma, lapsos, sonhos, chistes, atos falhos. O sujeito do recalçamento não tem recordações dos acontecimentos de sua infância (amnésia infantil), contudo, no sintoma, está presentificada a estrutura do Complexo de Édipo vivenciado por ele.

Em se tratando da clínica com os sujeitos do recalçamento, cabe fazer uma leitura em termos de sobremodalidade estrutural, isto é, dos tipos clínicos, a fim de estabelecer a estratégia na direção do tratamento. Existem dois tipos subjetivos: a neurose obsessiva e neurose histérica, sendo que essa última se subdivide em histeria de conversão, referida como a clássica histeria, e a histeria de angústia, conhecida como fobia. Eidelsztein esclarece que:

As estruturas clínicas não são mais nem menos rígidas que os tipos clínicos, implicam outra lógica. Partem de uma clínica em transferência que diferencia entre seus modos possíveis (do laço analista – analisante), mas não tipifica os pacientes, nem os padeceres. Não coincide com nenhuma psicopatologia. Não se refere às pessoas, mas aos laços transferenciais (2010, p. 127).

c) *Função transferencial*

Para que uma psicoterapia se inicie, é imprescindível que haja o estabelecimento da transferência, pois a ida a um psicólogo não garante que um tratamento vá ocorrer. Ainda que a demanda já constitua um indício de uma transferência, esta é distinta da transferência própria à situação analítica. A decisão de procurar ajuda profissional se relaciona à hipótese de que existe um saber em jogo no sintoma ou no impasse do qual a pessoa almeja se desvencilhar. É por sua captura, no Discurso do analista, que o sintoma se constitui como analítico (MILLER, 1988). A transferência é função do sujeito, mas cabe ao psicólogo saber manejá-la.

Diferente da clínica analítica particular, onde os analisandos escolhem seu analista, essa escolha não é possível nos estabelecimentos de Saúde Coletiva. Alguns CAPS, por exemplo, só possuem um psicólogo, situação semelhante acontece nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Desde modo, a condição para que a psicoterapia seja possível é o sujeito estabelecer a transferência com aquele profissional. Vejamos uma situação vivenciada por nós: uma senhora de aproximadamente cinquenta anos, que solicitou tratamento no CAPS,

antes mesmo de me conhecer, já descartou o atendimento psicológico que poderia ser realizado por mim. Sua justificativa: o fato de eu ser jovem. Sabemos que isso é uma questão que poderia ser trabalhada pelo sujeito no processo psicoterapêutico, mas sua hipótese impediu que se dispusesse a experimentar um primeiro atendimento, não considerando que eu a pudesse ajudar.

A atribuição, a um psicólogo, de um saber que nenhum sujeito saiba, posto que é um saber inconsciente, estabelece a transferência (de saber). Para Freud ([1914]1996h), a transferência, em sua versão inicial, acontece como repetição, manifestando-se não como recordação, mas em ato na sessão: “[...] o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acting-out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo” (FREUD, 1996h, p. 165). Na transferência, a realidade sexual inconsciente se manifesta por conta do objeto (a) maravilhoso – *agalma*. A transferência, quando estabelecida, funciona enquanto mola fundamental do tratamento, para que o sujeito produza um saber sobre seu inconsciente.

Em *Função e campo da fala e da linguagem*, Lacan ([1953] 1998) explicita a questão da transferência do saber. De início, aquele que demanda tratamento acredita que sua verdade está dada no psicoterapeuta que já a sabe (primeira versão da transferência, de estatuto imaginário). O estabelecimento da transferência por intermédio da suposição de saber é “correlato à delegação àquele que é seu alvo de um bem precioso que causa o desejo, causando, portanto, a própria transferência” (QUINET, 2000, p. 31). Trata-se de um “erro subjetivo” decorrente da própria alienação estrutural do sujeito. Outrossim, para o psicólogo, “o paciente é um sujeito suposto saber, e o desejo do analista é perfurar o mistério para além do muro da linguagem” (COTTET, 1999, p. 27).

O efeito do estabelecimento do sujeito suposto saber é o amor de transferência. O amor de transferência quer saber, mas sua finalidade não é essa e sim o objeto, causa de desejo (objeto a). Em decorrência desse amor, a demanda transitiva — de se livrar de seu impasse ou sintoma, por exemplo — se transforma em uma demanda intransitiva — demanda de presença, essencialmente demanda de amor. Esse amor possui o “aspecto de resistência ao desejo como desejo do Outro” (QUINET, 2000, p. 29). É mediante o aparecimento do desejo no formato de uma questão, por meio da qual o sujeito oferta como resposta o amor, que o psicólogo maneja a transferência, para que nessa demanda surja a dimensão do desejo, como desejo do Outro.

Diante da suposição de saber por parte do sujeito, qual deve ser a posição do psicólogo no manejo da transferência? Ele sabe que a demanda dirigida a ele, suposto saber, está apresentada como demanda de transferência de saber. Ao emprestar seu ser para encarnar essa suposição, não deve se identificar com essa posição de saber (imaginária), mas também não deve desfazê-la. É preciso um posicionamento de ignorância, mas não a ignorar e sim a doura — saber que sabe os seus limites, principalmente sabe que não pode saber pelo outro. Ao psicoterapeuta, cabe se fazer de “causa do desejo do analisante” (LACAN, 1992a, p. 39), seu apagamento como sujeito possibilita que venha a se prestar a objeto (a) do sujeito do tratamento. Por meio da presença do psicólogo, que se abstém de responder à demanda imaginária de modo a produzir um vazio de significação, conduz-se à subjetivação da demanda endereçada a ele. Pretende-se, dessa forma, restituir “um lugar de sujeito” (CALAZANS; BASTOS, 2008).

No percurso das entrevistas preliminares, o sujeito do tratamento, enquanto fala, diz de sua posição na realidade, inscrita na família, no trabalho, em uma relação amorosa. Ao falar de seu impasse/sintoma, o apresenta como algo dado em sua realidade, como sofrimento provocado por outrem sem sua participação, não existindo uma implicação nisso que o faz sofrer, exercendo, assim, a negação de sua posição subjetiva. Lacan (1998), no texto “Intervenção sobre a transferência”, explicita que não se deve ficar preso à realidade do sujeito, mas ouvir a verdade do sujeito. No texto “A direção do tratamento e os princípios do seu poder”, ele ainda destaca, no manejo freudiano, uma modalidade particular de interpretação, que tem por função “introduzir o paciente numa primeira localização de sua posição no real, mesmo que acarrete uma precipitação” (LACAN, 1998, p. 602): a primeira inversão dialética.

Na escuta desse sujeito, sustentada pela transferência, é essencial discernir o motivo pelo qual ele procurou o tratamento bem como qual é a relação dele com o sintoma/impasse, pois é sobre esse ponto que incidirá a primeira inversão dialética. Qual demanda implícita está presente na solicitação de psicoterapia? Os fios associativos existentes nas primeiras sessões podem ser um começo de tratamento, entretanto, para ser propriamente uma análise ou uma psicoterapia orientada pela psicanálise, é necessário um ato analítico que retifique a ordem das coisas, apontando a divisão do sujeito (\$). Esse ato é tarefa do psicólogo.

A inversão dialética “parte dos dizeres do sujeito para voltar a eles, o que significa que uma interpretação só pode ser exata se for... uma interpretação” (LACAN, 1998, p. 607). Nesse manejo clínico, o psicoterapeuta suscita a responsabilização do sujeito na escolha da neurose e em sua submissão ao desejo enquanto desejo do Outro. Essa primeira inversão no

andamento das entrevistas, nomeada por Lacan de “retificação subjetiva”, introduz o sujeito na dimensão do Outro, portanto, na dimensão ética. A retificação subjetiva consiste na construção, por parte do sujeito, de uma implicação em sua queixa inicial e na produção de uma questão acerca de sua posição como sujeito. Assim, a fala que parte do sujeito do tratamento retorna a ele. Não se trata aqui da “ética dos bens” e sim da ética do desejo como “resposta à patologia do ato que a neurose tenta solucionar escamoteando-a” (QUINET, 2000, p. 32).

Portanto, diferentemente de certas psicoterapias que procuram compreender a pessoa e adaptá-la à realidade social e familiar das quais ela se queixa — muitas vezes até reinserindo-a de modo alienado no mundo do trabalho e do consumo —, em psicanálise “Não se trata de adaptá-la a esta, mas de mostrar que ela está mais do que adaptada nela, uma vez que concorre para sua fabricação” (LACAN, 1998, p. 602). Por meio da retificação subjetiva, o sujeito passa à implicação subjetiva, pois se dá conta de uma responsabilidade sua na “escolha” da neurose, e dessa forma, pode começar a se reposicionar, de modo singular, quanto aos seus impasses.

A interpretação como “um dizer nada”: a pontuação, o corte, a alusão, o equívoco significativo e o semidizer

Nem toda intervenção de um psicólogo é uma interpretação, ela somente será caso tenha produzido efeitos. Somente se saberá se uma intervenção teve valor de interpretação *a posteriori* (*Nachträglichkeit*). Martinho (2012) demarca que “uma interpretação é um ato que produz como efeito um levantamento do recalque, algo do inconsciente se torna consciente” (p. 79). O efeito que se espera desse ato é a produção de sentidos novos pelo sujeito do tratamento, uma abertura do sentido. A interpretação analítica, “não é feita para ser compreendida; é feita para produzir ondas” (LACAN, 1976, p. 35). Lacan, no percurso de seu ensino, indica vários modos de interpretação: a pontuação, o semidizer, o equívoco significativo, a alusão e o corte.

Lacan (1953/1998) demarca que “a ausência de pontuação é uma fonte de ambiguidade; a pontuação colocada fixa o sentido” (p. 315). Ao pontuar algo na fala de um sujeito, colocando uma interrogação, uma exclamação, o psicólogo marca um sentido determinado, possibilitando novas associações que podem desembocar na enunciação de um sentido novo. Essa pontuação não deve ser feita ao acaso, mas no lugar específico da cadeia significativa, pois “a interpretação não é aberta a todos os sentidos [...]. O essencial é que o

sujeito veja, para além dessa significação, a qual significante — não-senso, irredutível, traumático — ele está como sujeito, assujeitado” (LACAN, 2008a, p. 243).

Outro modo de interpretação é o corte, uma interrupção na linearidade, seja ela de palavras, frases ou de sessões, sendo oposto à pontuação, pois introduz o não sentido, o *non-sense*. O corte opera por efetuar uma divisão radical entre dois conjuntos de pontos, desvelando a estrutura do sujeito dividido. O efeito para o sujeito é a precipitação de sentidos outros, novos e/ou significação. Um exemplo é quando o psicoterapeuta corta o discurso do sujeito no meio da frase, impedindo a pontuação. Essa ação promove o surgimento do intervalo na cadeia significante, sinalizando a falta no Outro e o não-sentido. Para Triska e D’Agord (2013, p. 364) “o que a interpretação trata de fazer é o corte que transforma a estrutura contínua e não-orientável em descontínua e orientável, atualizando o consciente em relação ao inconsciente”.

A interpretação alusiva é referida por Lacan (1958/1998) no texto “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”. A alusão é um enunciado de caráter enigmático que designa algo sem nomear. Essa modalidade de interpretação é ilustrada por Machado (2013) a partir de uma vinheta clínica:

A analistante diz: minha vida agora está difícil, fico só por conta da casa, marido e filhos, muito diferente do que eu era. Quando era criança eu era de parar o carrinho de rolimã com o tênis! A analista diz: “com o tênis?” (mas ao pronunciar esta palavra o faz com certa flexão que esconde o p. Algo mais ou menos assim: “Puxa, com o ‘ênis’, mas que potência, hein?” Ela ri e fala: “pois é, mais agora o buraco é mais embaixo”. A analista diz: “é isso, agora o buraco é mais embaixo” e interrompe a sessão. Ela ri muito e sai dizendo: “puxa vida, eu achava mais fácil ser homem, né?” Nada se falou ali as claras, tudo por alusão (p. 116).

A interpretação como equívoco é proposta por Lacan (1973/2003) em “O Aturdido”. Essa modalidade se serve da pluralidade de sentidos de modo a deixar uma abertura para diversas significações, sendo que a escolha do sentido é feita pelo sujeito do tratamento. Há três tipos de equívoco: da gramática, da homofonia e da lógica. A homofônica se relaciona à sonoridade e ao sentido de um termo da língua, isto é, quando duas ou mais palavras tem sentido e grafia diversos, mas a mesma pronúncia (ouve/houve, por exemplo). Essa interpretação “faz aparecer um elemento latente na cadeia intencional do sujeito e faz com que ele se dê conta que há mais no enunciado do que ele pode perceber” (MARTINHO, 2012, p. 80). A da gramática tem suporte na relação polissêmica entre as palavras e as frases e visa ao ato de dizer. “Convoca a causa do dito, o real, do qual o sujeito é efeito” (MARTINHO,

2012, p. 81). Já a lógica diz respeito aos muitos sentidos possíveis, originada dos paradoxos lógicos que emergem dos ditos, sendo que esse tipo de interpretação “não revela o objeto, mas a consistência lógica do objeto que é o impossível de dizer” (MARTINHO, 2012, p. 81).

Para Lacan (1991, p. 108) “A verdade [...] só poderia ser enunciada por um semi-dizer”. A interpretação enquanto semidizer pode ser encontrada no “Seminário 17”, no qual Lacan (1991) localiza a interpretação entre o enigma e a citação. O enigma é a enunciação de saber latente, “um dizer sem dito, sem proposição” (MARTINHO, 2012, p. 80). A citação consiste no recurso de se servir do discurso do autor para validar determinada questão. Na psicoterapia, trata-se de sublinhar algo que foi enunciado pelo sujeito do tratamento. A interpretação costuma ser constituída por um enigma colhido no discurso desse sujeito e que só pode ser completado por ele, enquanto a citação é feita tal, como foi enunciada pelo seu autor, e pode ser considerada uma confissão dele.

Soler (1991) demarca que o “dizer nada” (p. 32) é o traço comum das modalidades de interpretação. À medida que o psicólogo não responde no nível do significado, opera por um efeito de suspensão da resposta. A interpretação não visa formar as identificações, mas presentifica a pergunta sobre o desejo (*Che vuoi?*) sob sua forma de *x*, isto é, sob forma de desconhecimento. Ela diz respeito ao objeto causa, mas enquanto esvaziado. As interpretações podem ser recebidas pelo sujeito do tratamento com incompreensão, familiaridade, surpresa e até mesmo perplexidade; ele entende o que pode. Em uma interpretação, o que é dito pelo psicoterapeuta/analista “não se refere ao analista no lugar de sujeito, mas no lugar de objeto a, causa de desejo” (MARTINHO, 2012, p.79). Em razão de que a interpretação não é aberta a todos os sentidos, o essencial, para Lacan (1964/2009, p. 243), “é que o sujeito veja, para além dessa significação, a qual significante — não-senso, irreduzível, traumático — ele está como sujeito, assujeitado”, como já pudemos indicar.

Mais do que o que é dito pela boca do psicólogo, importa o efeito que isso produz no sujeito do tratamento. Para que a intervenção possa operar, isto é, para que o sujeito possa produzir uma resposta suportada pela transferência, é imprescindível um tempo. Se uma interpretação é feita e incide precocemente sobre algo, antes que o sujeito tenha condições subjetivas de dizer, “o efeito é a resistência que só faz obstruir o caminho” (FIGUEIREDO, 1997, p. 153) – ora, a elaboração demanda um caminhar.

As sobremodalidades estruturais e o manejo clínico

Na condução de um tratamento psicoterapêutico, é imprescindível que o psicólogo, além da leitura das estruturas clínicas, construa uma hipótese quanto ao tipo clínico, isto é, da sobremodalidade estrutural. Esse diagnóstico do tipo clínico tem suporte na transferência, uma vez que o sujeito do tratamento o convoca a ocupar “o lugar do Outro do sujeito a quem são dirigidas suas demandas” (QUINET, 2000, p. 23). Cada uma das sobremodalizações estruturais apresentam especificidades no que diz respeito a: posição com relação ao falo, ao desejo, um modo de funcionar da economia desejante, questões inconscientes e tipo do sintoma. É a partir da compreensão da modalidade da relação do sujeito com o Outro, de sua posição quanto ao desejo e da modalização do gozo sexual que se institui a estratégia da direção da análise. Dessa forma, o manejo clínico precisa contemplar essas questões próprias ao estilo de cada um. Ademais, o psicoterapeuta não aguarda uma certeza em termos de diagnóstico e de compreensão quanto ao tipo clínico para depois se posicionar, isto é, à medida que formula as hipóteses já assume uma posição quanto à direção do tratamento.

O sujeito da sobremodalização da neurose obsessiva possui um modo de economia desejante na qual o desejo carrega o selo exigente e imperativo da necessidade. Seu modo de resolver a questão do esvaecimento do seu desejo é tornando um desejo proibido (LACAN, 1999). Para o obsessivo, o Outro detém um gozo que para ele está proibido. Seu desejo está sustentado pelo Outro precisamente pela proibição. Trata-se de um Outro que comanda, vigia e a quem nada falta, logo, que não deve desejar. Uma vez que ele se instala no lugar do Outro, marca seu desejo pela impossibilidade. E por se situar no lugar de objeto de gozo do Outro, aparece a impossibilidade de demandar. Segundo Alvarenga (2019) não é a identificação ao falo o determinante e sim a estratégia em relação ao desejo do Outro: “ela se caracteriza pelo esvaecimento e a afânise do desejo, pois destruindo o desejo do Outro, é seu próprio desejo que o sujeito ataca” (p. 44).

Para que o gozo do Outro não emergja, o obsessivo procura preencher todas as lacunas com significantes, por isso estão sempre calculando, duvidando, pensando. Ele crê dever tudo ao Outro, e se esforça em atender às demandas ao “reduzir o enigmático desejo do Outro ao que o Outro lhe pede evitando assim se perguntar sobre o que ele, o sujeito, deseja” (MESS, 1999, p. 39). O sujeito obsessivo “não se toma pelo mestre, mas supõe o mestre saber o que ele quer” (ALVARENGA, 2019, p. 44). Por situar o Outro como mestre e senhor, o obsessivo ocupa a posição de escravo, tentando dar mostras das boas intenções em seu trabalho, acreditando que por meio dele terá acesso ao gozo. Conforme destacou Lacan (1999) “No obsessivo, o trabalho é poderoso, sendo feito para liberar o tempo de navegação a todo plano que será de férias — e a passagem das férias revela-se, habitualmente, quase perdida. Por

quê? Por que se tratava de obter a permissão do Outro” (p. 430). Em se tratando da modalidade do gozo sexual, no obsessivo, ela ganha conotação de mais prazer. Inconscientemente, o sujeito obsessivo se questiona acerca de sua existência a partir da pergunta “estou vivo ou estou morto?”, uma vez que se sente em dúvida se chegou ou não a ser amado/desejado/demandado.

Em se tratando dos sujeitos da neurose obsessiva, as intervenções se situam no plano da retificação da causalidade. Freud (1996i), no caso Homem dos Ratos, faz uma retificação que obriga seu analisando a perceber que adoeceu para não ter de escolher entre se casar com uma mulher rica que não amava ou uma mulher pobre que gostava. O obsessivo faz uma inversão da ordem das coisas e a causa do adoecimento é apresentada como uma consequência. Bem como todo neurótico, o obsessivo, ao falar, situa-se além e aquém daquilo que o determina, e por mais esforço que faça para não deixar nenhum furo em seu discurso, suturar a falta no Outro, ele falha, tropeça. A interpretação visa justamente a esse sujeito.

Como as palavras e o sintoma podem ser compreendidos de modo polissêmico, e os obsessivos são especialistas em costurar as diversas significações, amarrar os significantes, de modo a manter certo ceticismo em relação seu próprio dizer, Chemama (1995, p. 35) indica que “em vez de validar demasiado depressa as idéias [sic] que surgem, temos, aí mais do que em outros casos, de jogar com o corte, de parar as sessões sobre alguma coisa que se integra mal ao que o analisante tenta dizer”.

O sujeito da histeria⁹ crê que o “Outro é o Outro do desejo, marcado pela falta e pela impotência em alcançar o gozo” (QUINET, 2000, p. 24). Para o histérico, o outro não tem o falo, por isso se põe a interrogar infatigavelmente a atribuição fálica. Ele tampouco possui o falo, no entanto, faz o jogo do faz de conta de tê-lo. Segundo Dor (1991), “toda a economia desejante do histérico se esgota sintomaticamente na colocação à prova desse ‘dar a prova’” (p. 66). O histérico se engaja em causar o desejo do Outro, “fazer-lhe desejar este objeto fascinante que se dá a ver como o objeto que poderia preencher sua falta” (DOR, 1991, p. 73), e dele se furtar enquanto objeto, uma vez que se trata menos de desejar o Outro e mais de

⁹ A histeria pode se apresentar em duas sobremodalizações: a histeria de conversão e a histeria de angústia. Na histeria de conversão, o sujeito converte o gozo inconsciente intolerável em um sofrimento situado no corpo. Nesta sobremodalização, o sujeito sente que foi desejado/amado de modo insuficiente, podendo se tornar demandante dessa diferença. Já na histeria de angústia, o sujeito projeta o gozo inconsciente intolerável em um objeto do mundo externo, o objeto fóbico. Nessa segunda sobremodalização, o sujeito, em seu processo de se tornar sujeito, por ser confrontado com a angústia do desejo do Outro, tem necessidade de inventar um objeto para transformar a angústia impossível em um medo possível de subjetivar. Tanto na histeria de conversão como de angústia, o sujeito fez a passagem do ser ao ter o falo (equivalente universal do valor do desejo), enquanto na sobremodalização da neurose obsessiva o sujeito ficou aprisionado no tempo de ser o falo do Outro.

fortalecer a identificação imaginária do falo. Causar o desejo do Outro e dele se furtar como objeto é o que funda a marca de insatisfação em seu desejo.

O sujeito da histeria está sempre à procura de um mestre, mas não para se submeter a ele e sim para reinar, sinalizando as falhas na mestria. A instituição do lugar do mestre existe “na medida em que ele é suposto saber aquilo que o histérico se esforça em desconhecer sobre a questão de seu desejo” (GARCIA-ROZA, 1991, p. 70). Na cena de sedução de sua fantasia sexual, é concedido o lugar de dominante ao Outro, a histérica estaria presente não enquanto um sujeito e sim como objeto. Na clínica, isso aparece enquanto uma reivindicação ao Outro a quem a histérica nada deve. Quanto à modalização do gozo sexual, ganha conotação de menos prazer/desprazer. O sujeito da histeria inconscientemente possui uma questão sobre a sexuação: “sou homem ou mulher?”, subsumida pela questão “o que é ser mulher?”, tanto na histeria feminina como na masculina.

Os sujeitos histéricos estão permanentemente na posição de sujeito barrado, que não sabem e demandam saber. Esse desejo de saber é o que guia o sujeito à procura de um psicólogo. Esses sujeitos interrogam o psicoterapeuta, colocam o mestre contra a parede, cabendo a este último saber manejar a transferência. A única forma de resposta possível de ser dada é “não o saber, mas o não-saber, não interpretação fornecendo um sentido, mas invenção transmitindo um não-senso” (ANDRÉ, 1998, p. 155). Se os histéricos se entregam sem grande dificuldade à associação livre, é porque sabem bem que uma palavra pode ter mais de um sentido, mas isso não significa que a entrada em psicoterapia seja quase automática.

Na psicoterapia, apesar do predomínio da enunciação (dizer), o sujeito mantém distância em relação a seus ditos. Não é porque o sujeito diz alguma coisa que ele sabe o que está dizendo, devido à ação do recalque. Os histéricos mantêm uma certa indiferença em relação ao seu sintoma, a famosa indiferença histérica. No tratamento dos sujeitos da histeria, a questão a ser colocada é “qual tua parte naquilo de que você se queixa?”. Freud (1996j), no tratamento de Dora, a jovem que se queixava de ser objeto de troca odiosa entre o pai e o senhor K, realizou esse manejo que fez surgir um desenvolvimento da verdade, ou seja, de que ela mesma era cúmplice e protegia a relação do pai com a senhora K aceitando ser cortejada pelo senhor K. Tendo em vista que na histeria existe uma satisfação em insatisfazer-se, isto é, na evitação de uma perda (de alguma satisfação) vivenciada na realização de um desejo, a proposta da psicanálise consiste em suportar a insatisfação. Visto que o desejo não pode ser satisfeito por completo, caberá ao sujeito ter de lidar com satisfações parciais.

A direção do tratamento

Na neurose, “o Outro é o lugar onde *isso* fala” (LACAN, 2005, p. 71), ainda que só se manifeste por meio de metáforas e semidizeres devido à barreira do recalçamento. Os lapsos, sonhos, chistes, são fenômenos que, por terem transposto a barreira do recalçamento e se exteriorizarem, atestam a presença do inconsciente. No caso do sonho, posto que há o afrouxamento da censura consciente em virtude do estado de sono, significantes recalçados podem emergir, ainda que distorcidos. Quanto mais uma representação (significante) estiver afastada de sua representação original, maior a possibilidade de escapar à ação da censura e de ter acesso à consciência.

A regra fundamental (e única) da psicanálise, denominada associação livre, propõe que o analisando realize o trabalho inverso ao trabalho de condensação (metáfora) e metonímia (deslocamento) com a finalidade de romper a barreira do recalçamento e consentir o acesso à representação (significante) inconsciente. Garcia-Roza demarca que a associação livre “nada mais é do que um convite a que o analisando produza derivados que, por sua distância no tempo ou pela distorção a que foram submetidos, possam romper a censura e servir de acesso ao material inconsciente” (2009, p. 164). Associar livremente é permitir que derivados, ainda que distantes do recalçado original, possam ser comunicados ao psicoterapeuta ou analista.

Em um processo de psicoterapia “fazer falar é provocar e evocar os traços ou marcas da vida amorosa, das relações de objeto; é evocar o objeto perdido, busca incessante, motor do desejo” (FIGUEIREDO, 1997, p. 139). Na clínica com os sujeitos do recalçamento, a intervenção terapêutica será efetiva somente “se conseguir desmobilizar a economia neurótica do desejo, ou seja, se levá-la ao nível estrutural para além das manifestações periféricas (os sintomas)” (DOR, 1991, p. 69). Importa menos saber o porquê daquele sintoma (uma vez que não existe sintoma universal) e mais o como o sujeito construiu aquele sintoma.

Como o sintoma consiste em uma formação de compromisso, ele comporta, por um lado, um sofrimento e, por outro, uma satisfação substitutiva (da pulsão). Portanto, se o sujeito vem se queixar inicialmente de um sintoma, de algo que vai mal e o faz sofrer, é imprescindível que o manejo do psicólogo possibilite uma virada no discurso do sujeito, uma transformação de queixa em um sintoma analítico, reconhecendo uma implicação sua no sintoma. Uma psicoterapia tem por função implicar o sujeito como autor responsável por seus atos, a fim de que algo possa ser reconstruído pelo sujeito no decorrer do tratamento. Poder se haver com seu lugar em sua própria história, representa, para o sujeito, poder se deslocar do lugar de vítima na vida. Isso não significa culpar o sujeito pelo seu próprio fracasso, mas criar

condições para que ele possa perceber *isso* que escapa a qualquer controle e se posicionar diante disso enquanto desejante (CARRERA; FERREIRA, 2000).

Cabe ao psicólogo “introduzir o sujeito em sua responsabilidade na escolha de sua neurose e em sua submissão ao desejo como desejo do Outro” (QUINET, 2000, p. 34). Ao falar, o sujeito (\$) coloca o sentido em movimento ($S1 \rightarrow S2$), realiza um deslizamento significativo que produz sentido simbólico e opera a extração do gozo. É por meio da fala endereçada ao psicoterapeuta, e do manejo do analista por meio das interpretações, que o sujeito poderá realizar um trabalho de decifração e cifração de seu sintoma e, conseqüentemente, alcançar o equacionamento dos impasses subjetivos que o fazem sofrer. A interpretação, enquanto tática do analista, parceiro do inconsciente, busca o caminho da decifração (NOMINÉ, 2012). O trabalho de decifração consiste em, por meio de associações construídas pelo sujeito, rememorar vivências recalçadas, repetir na transferência e elaborar esses conteúdos. Ao passo que se decifra um sintoma, se realiza a cifração (inscrição) do que insistia em não se inscrever, ou seja, do gozo angustioso que se gozava na dissipação (mais-gozar).

Vejamos a vinheta de um caso atendido por mim no CAPS. A senhora Vanessa, encaminhada pelo psiquiatra, chegou à primeira entrevista após ter vivenciado uma crise de angústia no ambiente de trabalho (uma escola), e relatou ter sentido uma forte dor no peito e falta de ar, além de cotidianamente estar triste. Essa crise havia se repetido algumas vezes nas semanas anteriores. Repetindo o Discurso Médico, nomeou um sintoma construído por ela: “tenho depressão”. Ela demandou uma psicoterapia, concebida como conselhos e explicações, e lhe propus algumas entrevistas. Nas primeiras entrevistas, se ocupou com a descrição de sua depressão, com frases como “não tenho mais ânimo de pintar ou cortar o cabelo” e “só tenho vontade ficar na cama”, isto é, se queixava do sintoma em sua forma bruta, ocupando com isso boa parte do tempo das sessões, sendo o restante dele dedicado a contar o quanto as pessoas (marido, irmãos, mãe, colegas de trabalho) demandavam dela e que ela se colocava sempre na condição de responder ao que (supunha que) o outro lhe pedia. Em um desses momentos sensíveis, quando declarou viver em função de agradar os outros, pontuei seu dizer e fiz um corte na sessão.

Nas sessões seguintes, o seu trabalho consistiu na elaboração do sintoma, sobre transferência, que passou ser nomeado como “tristeza” e não mais depressão, e depois passou a chamá-lo de “vazio”, endereçando a mim a questão “porque eu sinto esse vazio enorme?”, demandando uma resposta. Eis um primeiro momento de “histerização” do discurso de Vanessa e cabia não atrapalhar seu trabalho. Desde a posição do analista, me abster, não

respondendo à sua demanda imaginária; ao contrário: devolvi-lhe a pergunta e cortei a sessão, ato analítico que marcou uma virada no sujeito. A interpretação, não apenas como técnica, mas também como tática do discurso do analista, busca a decifração, em outras palavras, visa pescar os significantes que marcaram e determinaram a vida do sujeito, significantes em relação aos quais o sujeito encontra-se alienado. Podemos representar o ponto em que Vanessa se encontrava por meio do matema $S1(S1(S1(x)))$, sendo que x está no lugar de um dos significantes aos quais ela se encontrava alienada, logo, demandava mais trabalho para decifração.

Por meio da associação livre, Vanessa realizou um trabalho para decifrar seu “vazio”, como um enigma. Um dos sentidos que deu para o vazio se relaciona com a perda de um filho ainda bebê, história da qual há muito tempo não se lembrava. Contou que não pôde chorar a morte do filho, pois o então seu marido, não suportando ouvi-la chorar, colocou-a diante de uma escolha: ou parava de chorar ou ele iria embora, situação que a fez escolher “engolir o choro”. Ao longo das sessões seguintes, Vanessa intercalou fatos da vida atual nos quais “engoliu o choro” com a história de sua infância, trazendo à cena analítica sua relação com a mãe que a obrigava a fazer os serviços domésticos desde os seis anos de idade, batendo nela caso não fizesse tudo de seu gosto e dentro de um tempo estabelecido. Contou sobre uma situação em que não conseguiu terminar a faxina e apanhou da mãe. Apanhou também em diversas outras situações e não pôde chorar, uma vez que no discurso materno havia a ameaça de apanhar mais caso chorasse, o que a fazia “engolir o choro” repetidas vezes. Daquela sessão em diante, Vanessa referiu uma diminuição na sensação de “vazio” e começou a ter vários sonhos que passou a relatar em suas sessões.

O trabalho subjetivo que Vanessa fez pode ser representado pelo matema $S(S1(S1-S2))$, no qual o significante $S1$, nomeado como “vazio”, foi desdobrado até chegar ao significante $S2$ “engolir o choro”, produzindo mudanças na relação do sujeito com o sentido do sintoma. Seu trabalho em psicoterapia durou aproximadamente dois anos e, ao longo do processo, com a diminuição de seus impasses e seu reposicionamento frente ao outro, foi diminuindo a quantidade de medicação ingerida, assim como passou a assumir alguns de seus desejos.

Em um processo psicoterapêutico, em alguns momentos o inconsciente se esconde, em outros ele se mostra. O psicoterapeuta, ao interpretar, promove o levantamento do recalque, ou seja, algo do inconsciente se mostra ao sujeito, produzindo efeitos. Esses, só podem ser sabidos *a posteriori* (*Nachträglichkeit*), conforme ressalta Lacan (2009, p. 211): “o que

vemos sob a volta do recalcado é o sinal apagado de algo que só terá seu valor no futuro, pela sua realização simbólica, a sua integração na história do sujeito”.

No seminário intitulado “A transferência”, Lacan (1992b) explicita que as intervenções do analista devem visar restituir a função do desejo, ou seja, provocar um esvaziamento do gozo. Trata-se de levar o sujeito a questão “qual o teu desejo?” e de endereçá-lo para o lugar do desejo. Assim, a psicoterapia psicanalítica com os sujeitos do recalçamento opera na maximização do processo de separação do Outro. “O que constatamos em nossa prática quotidiana é que a análise libera as significações fixadas interrogando o sentido, sublinhando o não-sentido, fazendo ouvir o duplo sentido, resumindo, remobilizando-o” (NOMINÉ, 2021, p. 25). Esse manejo da escuta possibilita ao sujeito se escutar e se apropriar dos efeitos de seu dizer, “reposicionando-se subjetivamente em relação a suas mazelas e suas escolhas” (COSTA, 2018, p. 54).

Não cabe ao psicólogo realizar a promessa de felicidade ou mesmo tentar oferecer aquilo que um dado sujeito vem solicitar. É somente *a posteriori* que poderemos saber dos efeitos dos atos analíticos e das interpretações operadas. Lacan (1995) demarca que a psicanálise não possui como ideal trazer a felicidade, ainda que essa seja a demanda do sujeito. O efeito de uma psicoterapia, por fazer um barramento do gozo que insiste na repetição sintomática, é o sujeito poder renunciar a uma satisfação na forma de impasses — sintomas, angústias, inibições —, se desprender de certas identificações alienantes e se tornar capaz de construir respostas singulares, obtendo satisfação no exercício da criação do novo.

O grupo psicoterapêutico: breves apontamentos

Diante da elevada demanda de tratamento por parte dos sujeitos, concebemos o grupo psicoterapêutico como um dispositivo tão importante quanto necessário no campo da Saúde Mental Coletiva. Longe de significar simplesmente um aumento na quantidade de indivíduos atendidos, aspecto que geralmente é cobrado dos psicólogos no serviço público, chamado de “produtividade”, consideramos essa modalidade de atendimento preciosa por ser capaz de “interferir nas diferentes demandas de ajuda, que se expressam na forma dada dos circuitos doença-cura traduzidos em outros circuitos mais imediatos, como queixa-internação, queixa-medicação, queixa-suprimento, entre outros [...]” (COSTA-ROSA, 2013, p. 235). Isso decorre da ética que sustenta esse dispositivo, a saber, a ética do sujeito do (desejo) inconsciente.

De imediato, esclarecemos que “não é uma terapia individual em grupo, mas uma terapia através do grupo, e que, portanto, também supõe a própria construção do grupo e suas transformações” (PRATA; COSTA-ROSA, 2011, p. 684). Mas, como o grupo se transforma

em dispositivo de atenção ao sofrimento psíquico intenso, qual seria a função do psicoterapeuta num grupo? Começamos pelo modo como os sujeitos se apresentam nele. Assim como nas psicoterapias individuais, de início, os sujeitos, por uma projeção imaginária, esperam principalmente do psicoterapeuta, mas também em certa medida dos participantes do grupo, respostas — no campo dos enunciados — que possam aplacar seu sofrimento. Trata-se, inicialmente, de uma transferência anônima, um investimento imaginário na figura do psicólogo como “alguém que ocupa um lugar de Ideal, ou ainda investida na fantasia que o sujeito faz daquilo que seja um grupo psicoterapêutico psicanalítico” (COSTA-ROSA; PASTORI, 2011, p. 17). Cabe ao psicoterapeuta saber manejar essa transferência anônima, o que em outras palavras, implica não responder (imaginariamente) a essa suposição e ao, mesmo tempo, não a desbancar, já que essas projeções servem para que se estabeleça a transferência analítica.

Em um primeiro momento, o psicoterapeuta possui como tarefa acolher aquilo que é do imaginário de cada sujeito e oferecer continência ao sofrimento, por meio de uma escuta para além do enunciado. E para que um grupo se constitua como um dispositivo de trabalho coletivo, é imprescindível que o psicoterapeuta suspenda a suposição de saber depositada nele, assim como, por meio de suas falas e pontuações, vá produzindo o “barramento dos outros indivíduos que podem ser solicitados a ocupar essa posição de suprimimento imaginário” (COSTA-ROSA; PASTORI, 2011, p. 14).

No segundo momento, a tarefa do psicoterapeuta é ser um catalizador de modo a fomentar a grupalização, “construção do grupo como dispositivo de trabalho coletivo” (COSTA-ROSA; PASTORI, 2011, p. 19). À semelhança da psicoterapia individual, o analista opera por meio das entrevistas preliminares de modo a produzir uma mudança de estatuto do sintoma enquanto queixa para o de questão/pergunta, dando início a implicação subjetiva; estabelecer a transferência analítica e elaborar as hipóteses quanto aos tipos clínicos (recalcamento, forclusão e renegação) ou como demarcam Prata e Costa-Rosa (2012, p. 676) “situar-se em relação à especificidade das demandas de produção de sentido em cada caso” para poder se posicionar.

Nas entrevistas preliminares, o psicoterapeuta promove o surgimento e a circulação da palavra, relançando a enunciação que emerge nos enunciados de cada sujeito. Posicionado no Discurso do Analista (DA), ele faz semblante de objeto, trabalha para fazer nascer a produção do dispositivo de grupo (grupalização) e o sentido novo produzido pelo grupo (PRATA; COSTA-ROSA, 2011). Produzir o silêncio interrogativo, diferentemente de um silêncio *a priori*, trata-se de uma posição construída gradativamente, propiciando que surja um novo

saber nos sujeitos, por meio de suas próprias interrogações. O processo de grupalização vai ocorrendo por meio das identificações com as queixas e as histórias de vida comuns aos participantes, momento em que passam a entender que aquele espaço é para trabalhar esses problemas.

Por ter claro que o único saber capaz de equacionar o sintoma só pode ser produzido pelo próprio sujeito, posto que é inconsciente, o analista/operador neutraliza o saber de mestre (de estatuto consciente) ao suspender sua resposta (à demanda de saber) para que o saber se desloque de saber do outro (psicólogo como mestre) ao saber do Outro (inconsciente). Segundo Costa-Rosa (2019, p. 71) “a estratégia consiste em fazer o sujeito ‘concluir’, por exercício da própria produção de saber inconsciente, que o saber de que se trata é atributo e encargo seu”. No horizonte, está a possibilidade de funcionamento do grupo no DA.

Ao estar posicionado no DA, o psicoterapeuta cria a possibilidade de que os sujeitos realizem um giro no discurso, “no sentido de encaminhar o grupo para uma posição de trabalho na qual este seja responsável pela produção significativa” (PRATA; COSTA-ROSA, 2011, p. 682), deslocando a transferência imaginária para a transferência analítica. Esse processo faz com que o sujeito — ainda que cada um a seu tempo — comece a questionar seu sintoma e se abra para a dimensão do inconsciente. Com esse deslocamento, os sujeitos podem produzir um saber — significantes mestres (S1) — sentidos novos, que possibilitam mudanças com relação ao gozo e são capazes de dar conta dos impasses inconscientes.

As interpretações realizadas pelo psicoterapeuta no grupo não são laudatórias, o operador se utiliza da pontuação, do semidizer, do uso do equívoco significativo, da alusão e do corte para relançar os sentidos da enunciação e conduzir o sujeito ou os sujeitos à significação e à significantização dos impasses que engendraram a busca por tratamento (COSTA-ROSA, 2019). Costa-Rosa e Pastori (2011) consideram que tanto as produções advindas do recalco das histórias singulares, quanto a produção de um novo sentido por um ou mais sujeitos, constituem parte da dimensão simbólica da produção do grupo.

Assim como Costa-Rosa (2019), em nossa experiência como psicoterapeuta notamos que a associação livre tende a se estabelecer mais rapidamente quando produzida pelos participantes de grupo do que nas psicoterapias individuais. Isso não significa uma coletivização do inconsciente, posto que os significantes tocam cada sujeito de modo individual. No que diz respeito à produção-apropriação de saber produzido no e pelo grupo, Costa-Rosa (2019) demarca que “não é apenas de cada um para si, ou de um para todos, mas de ‘todos’ para ‘cada um’” (p. 78). Cada sujeito se serve dos efeitos do trabalho do grupo de modo singular, uma vez que, conforme pontuam Costa-Rosa e Pastori (2011, p. 16) “embora

esteja instalada uma lógica do funcionamento coletivo, dentro dessa lógica, em cada um de seus momentos, cada sujeito se situa de modo singular”.

A pertinência do grupo psicoterapêutico está em tratar de sujeitos do sofrimento, cujo impasse se presentifica na impossibilidade de dar uma resposta simbólica, através da reposição da capacidade produtiva inerente ao processamento subjetivo (COSTA-ROSA; PASTORI, 2011). A despeito do seu aparente desprestígio, principalmente por parte dos trabalhadores, em especial dos psicólogos, esclarecemos que o grupo pode ser realizado de uma forma que permita alcançar os mesmos objetivos da psicoterapia individual, a saber, o engajamento desejante, permitindo o reposicionamento dos sujeitos nos impasses, conflitos e contradições que atravessa e pelos quais também é atravessado.

Qual o tempo para a psicoterapia em um CAPS?

Nos estabelecimentos públicos, há algumas diferenças com relação ao consultório particular: na maioria dos serviços de Saúde existe uma lista de espera, em certos casos não é possível encaminhar o sujeito a outro profissional por só haver um psicólogo, além de que muitas equipes técnicas de gestão dos estabelecimentos estão mais preocupadas com o aumento da produtividade do que com a qualidade do atendimento. Situados nesse cenário, faz-se imprescindível refletir, mesmo que sucintamente, sobre a dimensão temporal implicada no processo psicoterapêutico: quanto tempo de duração tem uma psicoterapia no CAPS? Essa pergunta pode ser desdobrada em diversas questões: a) o tempo de cada sessão de psicoterapia, b) a frequência dos atendimentos e os agendamentos e c) o período do tratamento no estabelecimento assistencial.

Começamos pelo tempo de cada sessão. Diferentemente das psicoterapias em geral, que possuem uma duração de sessão pré-determinada, geralmente de cinquenta minutos na clínica particular, e no caso nos estabelecimentos de Saúde Coletiva, comumente de trinta minutos, as sessões psicanalíticas orientadas pelo campo de Freud e Lacan não possuem tempo determinado, posto que não estão estabelecidas no plano da burocracia e “sim o da lógica do inconsciente e da ética da psicanálise” (QUINET, 2000, p. 49). Trabalha-se com o tempo lógico, pois são os dizeres do sujeito do tratamento que orientam as ações do psicólogo. O analista pode prolongar o tempo na espera por novas associações ou pode encurtar esse tempo, pois “Diante do sintoma todo relógio é mole, como o do quadro de Dali. Impor um tempo ao sintoma é uma ingenuidade se não for uma impostura” (QUINET, 2008, p. 15). Assim, uma sessão pode durar aproximadamente uma hora como também pode durar

quinze minutos, uma vez que o corte da sessão/encerramento não depende dos ponteiros do relógio e sim daquilo que emerge na fala do sujeito do tratamento.

A prática de sessões curtas está relacionada a dois aspectos. O primeiro deles é: como o sujeito entra em uma sessão sem saber seu tempo de duração, por estar sob o impacto da pressa, precipita o “*momento de concluir*” (LACAN, 1998, p. 210). A análise é um processo contínuo e não se restringe ao tempo das sessões. Esse tempo de concluir não está atado ao final de uma psicoterapia e sim aos tempos que permitem ao sujeito fazer retificações subjetivas. O sujeito do tratamento ou analisante faz elaborações fora das sessões, sendo o psicoterapeuta o depositário dessas elaborações ou associações. O segundo aspecto se relaciona ao ato do psicoterapeuta de corte da sessão, que Quinet (2000) situa como uma “tentativa de buscar a libertação do sujeito dos significantes que o determinam” (p. 67).

Em relação à frequência dos atendimentos e o manejo dos agendamentos, nos estabelecimentos de Saúde se convencionou agendar sessões semanais de modo a garantir atendimento a um amplo número de pessoas, entretanto, nos CAPS, por conta da gravidade dos casos, para alguns sujeitos há a necessidade de haver não somente um tempo menor entre as sessões, como de uma flexibilidade quanto aos agendamentos. Pode acontecer, inclusive, do sujeito, diante de uma “urgência subjetiva” (CALAZANS; BASTOS, 2008), se direcionar ao serviço sem que esteja agendado um horário de atendimento e solicitar uma escuta naquele momento pontual. Diante disso, cabe ao psicólogo realizar o manejo da transferência, buscando equacionar a demanda do sujeito com as possibilidades do estabelecimento. Para tal, uma estratégia possível é o psicólogo não preencher todos os horários de atendimento de forma a deixar uma brecha para encaixes que possam ser necessários. Concordamos com Figueiredo (1997) quando demarca que é somente se a burocracia dos estabelecimentos for muito inflexível que a frequência dos atendimentos consistirá em um problema.

O período de tratamento é uma questão que ainda ressoa no campo da psicanálise. Fomos prevenidos por Freud (1937/1996k) que a psicoterapia precavida pela psicanálise “é um assunto que consome tempo” (p. 229). Logo, dois instrumentos são fundamentais: a paciência e a espera (FIGUEIREDO, 1997). O tempo não deve ser fixado, uma vez que “O tempo na psicanálise (a sua duração, a frequência e tempo das sessões) decorre da temporalidade do sujeito do inconsciente (intemporal)[...]” (FINGERMAN, 2009, p. 60). Isso não significa que a psicoterapia na Saúde Coletiva levará até a travessia da fantasia, momento culminante de uma psicanálise, mas apostamos que, durante o período de tratamento, algo de travessia possa se processar. Em se tratando de um CAPS, pela característica do dispositivo institucional que visa atender apenas os casos graves e necessita

manter certa rotatividade de pessoas atendidas para cobrir uma grande demanda, o sujeito poderá ser escutado por um tempo suficiente e necessário para que ele possa se desvencilhar dos sintomas/impasses mais acentuados que o fazem sofrer.

Temos por hipótese que os sujeitos do tratamento, por passar muito tempo em atendimento no CAPS, podem ficar marcados com o significante vinculado a esse estabelecimento (nesse caso “ser louco ou problemático”), isto é, “fixa-a como uma alienação justamente ao significante do qual o sujeito tem que se se desvencilhar” (FIGUEIREDO, 1997, p. 121-122). Assim sendo, após um tempo de trabalho subjetivo que sirva para equacionar alguns impasses, pode ser importante encaminhá-lo — sob transferência — para dar continuidade ao tratamento na Atenção Básica. Do mesmo modo, em algumas situações em que a equipe supõe que determinado sujeito poderia ser encaminhando à Atenção Básica, pode ser que o psicólogo que o atende perceba que seria importante continuar trabalhando mais algumas sessões. Caberia a esse profissional se posicionar na reunião de equipe e pactuar que se aguarde ainda um tempo, para só depois encaminhar o sujeito na transferência – jamais de forma prescritiva.

Considerações finais — ou porque a psicanálise em um CAPS

Em um CAPS, a psicoterapia consiste em um importante dispositivo para o tratamento de sujeitos com impasses graves no campo da neurose, somando-se com outros dispositivos (oficinas, grupos, atendimentos individuais). Propomos uma psicoterapia pelo fato de que um sujeito demanda tratamento justamente por impasses localizados na sua realidade psíquica, portanto seu equacionamento só pode ocorrer a partir da realização de um trabalho psíquico (produção de sentido ou saber inconsciente), feito necessariamente sob transferência (COSTA-ROSA, 2019).

O dispositivo psicoterapêutico, ao operar a fala-escuta por meio da transferência, produz um deslocamento da fala enquanto queixa para um plano reflexivo, convocando o sujeito a desfiar as cadeias significantes que constituem sua história e assim realizar um trabalho de decifração e cifração dos sintomas-que-fazem-sofrer. Em suma, a psicoterapia na Saúde Coletiva, situada no PPS, visa interceder na relação do sujeito com o significante e com o gozo de modo que ele possa construir respostas singulares para lidar com o sofrimento e se reposicione quanto ao desejo.

Na psicoterapia em um CAPS, não se visa a uma análise levada a termo, ou seja, que o sujeito faça a travessia da fantasia, uma vez que o tratamento dura um determinado período

naquele estabelecimento. Mas, isso não impede que algo de travessia se processe nesse tempo em que está sendo escutado por um psicólogo, permitindo ao menos algum “[...] reposicionamento do sujeito nos significantes que o representam [implicação subjetiva], e do indivíduo nos conflitos e contradições em que ele é atravessador-atravessado [implicação sociocultural]” (COSTA-ROSA, 2013a, p. 267). Como efeito desse processo (e não como meta), os sintomas apresentados pelo sujeito podem diminuir sua intensidade ou até mesmo desaparecer.

Devido às especificidades desse estabelecimento de Saúde Mental, a psicoterapia em um CAPS rompe com o *setting* tradicional, colocando o desafio já preconizado por Freud (1919[18] 1996l) de adaptar a técnica a novas condições, sem renunciar a seus preceitos fundamentais: a regra da livre associação e a transferência como motor do tratamento, pois o que está em questão não é o *setting* e sim a ética do sujeito (do desejo) inconsciente. Como postulou Freud “qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa” (FREUD, (1919[18] 1996l, p. 181).

Em um CAPS, onde opera o saber proveniente de diversas formações profissionais, principalmente o Discurso Médico que pretende a padronização por meio dos diagnósticos psiquiátricos, a principal contribuição de um psicólogo para o tratamento dos sujeitos com graves impasses da neurose é justamente a escuta daquilo que é singular, “a escuta dos significantes que representam um sintoma e um sujeito” (BURSZTYN, 2008, p. 132). Trata-se de um trabalho clínico rigoroso, sustentado pela ética do bem dizer, que podemos nomear, finalmente, de ampliação do campo da “psicanálise em intensão” (COSTA-ROSA, 2012, 2019; ELIA, 2010; RINALDI, 2015).

REFERENCIAS

ANDRÉ, S. *O que quer uma mulher?* Tradução de Duque Estrada. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

ALVARENGA, E. *A neurose obsessiva no feminino*. Belo Horizonte: Relicário, 2019.

BROUSSE, M. H. Por que é que ele vem? *Revista Opção Lacaniana*, v. 2, n. 4, mar, 2011. p. 1-7. Disponível em: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_4/Porque_que_ele_ve_m.pdf?fbclid=IwAR2zMxPihbNCHzUaIKC12nAMipewJKyUWSIEah6pLMgBlLTDzC7iMwoftk. Acesso em: 16 fev. 2020.

BURSZTYN, D. C. O tratamento da histeria nas instituições psiquiátricas: um desafio para a psicanálise. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, abr. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2020.

CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 640-652, dezembro 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000400010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 abr. 2000.

CARRERA, C. J. S.; FERRERA, I. X. Do grupo de recepção ao grupo regular: que grupo é esse? *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental (Rio de Janeiro), v. 6, n. 17, p. 107-116, 2000.

COSTA, M. F. O Dispositivo Clínica da Urgência na Atenção Hospitalar: Sofrimento, Escuta e Sujeito. *Revista Subjetividades*, v. 18, n. 2, p. 45-58, agosto 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/6513>. Acesso em: 22 abr. 2000.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na Psicanálise do campo Freud-Lacan? *Revista da Psicologia da Unesp*, v. 18 (número especial), p. 37-54, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000200004. Acesso em: 11 mai. 2020.

COSTA-ROSA, A. O Grupo psicoterapêutico no discurso do analista: um novo dispositivo na clínica da Atenção Psicossocial. *Revista da Psicologia da Unesp*, v. 18 (número especial), p. 55-87, 2019b. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000200005. Acesso em: 14 ago. 2020.

COSTA-ROSA. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013.

COSTA-ROSA. Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In: DIONÍSIO, G. H.; BENELLI, S. J. (Orgs.). *Políticas públicas e clínica crítica*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 15-31.

COSTA-ROSA, A.; PASTORI, F. O grupo psicoterapêutico além do Imaginário: a psicanálise de Lacan, laços sociais e revoluções de discurso. *Revista da Psicologia da Unesp*, N. 10, v. 1, p. 1-23, 2011.

COTTET, S. *Freud e o desejo do psicanalista*. Tradução de Ari Roitman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

DOR, J. *Estruturas e clínica psicanalítica*. Tradução de Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Timbre, 1991.

EIDELSZTEIN, A. A estrutura é da linguagem. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, 38, 126-132, jan/jun. 2010.

ELIA, L. *O Conceito de Sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Relume-Dumará: Rio de Janeiro, 1997.

FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 65-86, dez. 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982000000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 set. 2020.

FINGERMAN, D. O tempo na experiência da psicanálise. *Revista USP*, n. 81, p. 58-71, março/maio, 2009.

FREDA, F. H. Sobre o núcleo central do tratamento. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Clínica Lacaniana: casos clínicos do campo freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 63-68

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica (1950[1895]). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 1. p. 341-354.

FREUD, S. A dissolução do Complexo de Édipo (1924). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 19. p. 193-204.

FREUD, S. Repressão (1915). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 14. p. 147-164.

FREUD, S. Sobre a psicoterapia (1905[1904]). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. v. 7. p. 241-254.

FREUD, S. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. v. 12. p. 135-148.

FREUD, S. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa (1896). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. v. 2. p. 159-186.

FREUD, S. Os caminhos da formação dos sintomas (1916-1917). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996g. v. 16. p. 361-378.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise) (1914). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996h. v. 12. p. 159-171 .

FREUD, S. Análise terminável e interminável (1937). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996k. v. 23. p. 223-270.

FREUD, S. Linhas de progresso da terapia psicanalítica (1919[18]). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996l. v. 10. p. 137-211.

FREUD, S. Notas sobre um caso de neurose obsessiva (1909). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996j. v. 17. p. 201-273.

FREUD, S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905[01]). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996j. v. 17. p. 201-211.

GARCIA-ROZA, A. *Estruturas e clínica psicanalítica*. Tradução de Jorge Bastos e André Teles. Rio de Janeiro: Tanus-Timbre, 1991.

LACAN, J. *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, J. O Aturdido (1973). In: LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 448-497.

LACAN, J. *O mito individual do neurótico*, ou, A poesia e verdade na neurose. Tradução Cláudia Berliner. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008b.

LACAN, J. *O Seminário 1: Os Escritos Técnicos de Freud (1953-54)*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

LACAN, J. *O seminário 17: o avesso da psicanálise*. Tradução de Ari Roitman. Rio de Janeiro, Zahar, 1992a.

LACAN, J. *O seminário 5: as formações do inconsciente*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Zahar, 1999.

LACAN, J. (1959-1960). *O seminário 7: a ética da psicanálise*. Tradução de Antônio Quinet. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LACAN, J. (1960-1961). *O seminário 8: a transferência*. Tradução de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992b.

LACAN, J. *O seminário 11: os quatro conceitos fundamentais em psicanálise*. Tradução de M. D. Magno. Rio de Janeiro: Zahar, 2008a.

LACAN, J. Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines. *Scilicet* 6/7. Paris, Seuil, 1976.

MACHADO, Z. Diztrincar a interpretação. *Stylus* – Revista de Psicanálise, n. 27, p. 113-119, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/stylus/n27/n27a11.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2020.

MARTINHO, M. H. A interpretação psicanalítica: um dizer nada. *Stylus*. Rio de Janeiro, n. 24, p. 77-84, junho 2012. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2012000100008. Acesso em: 01 mai. 2000.

MESS, L. A. A neurose obsessiva. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n. 17, novembro, 1999.

MILLER, D. As três transferências. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Clínica Lacaniana: casos clínicos do campo freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 44-50.

MILLER, J. A. C.S.T. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Clínica Lacaniana: casos clínicos do campo freudiano*. (p. 9-13). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 9-13.

NOMINE, B. O analista frente ao inconsciente. *Stylus* (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 25, p. 15-28, nov. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676157X2012000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2021.

PÉRICO, W. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia outra: a clínica do sujeito na saúde coletiva*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). 164f. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” — Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2014. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/110673/000781535_20160130.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 23 jul. 2020.

PORTILLO, R. Ana entre dois significantes. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Clínica Lacaniana: casos clínicos do campo freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 39-43.

PRATA, N.; COSTA-ROSA, A. O grupo psicoterapêutico e a interpretação na abordagem lacaniana: reflexão e redefinição de possibilidades e modos de atendimento na Saúde Coletiva. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 14, n. 4, p. 672-689, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 jan. 2021.

QUINET, A. Perante o sintoma todo relógio é mole. In: *Anais do V Encontro de Internacional da Internacional dos Fóruns-Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano – Os tempos do Sujeito do Inconsciente: a psicanálise no seu tempo e os tempos na psicanálise*. São Paulo, 2008. p. 15-16. Disponível em: <http://www.campopsicanalitico.com.br/biblioteca/anais.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.

QUINET, A. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

QUINET, A. *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro, Zahar, 2012.

RINALDI, D. L. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 315-323, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0315.pdf>. Acesso em: 24 out. 2020.

RINALDI, D. *A ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

SOLER, C. *Artigos clínicos*. Tradução Elena Lopes Córd. Fator: Salvador, 1991.

TRISKA, V. H. C.; D'AGORD, M. R. L. O corte interpretativo em psicanálise. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 29, n. 4, p. 361-367, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722013000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 mai. 2020.

WACHSBERGER, H. Função das entrevistas preliminares. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Clínica Lacaniana: casos clínicos do campo freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 26-31.

ENSAIO 5

QUE CLÍNICA PARA A LOUCURA NO CAPS?

O TRATAMENTO DO SUJEITO CONSTITUÍDO POR FORACLUSÃO

Resumo: Neste ensaio discutimos a loucura e o tratamento que pode ser ofertado pelos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) aos sujeitos que a manifestam. Para tanto, partimos de três pressupostos: (i) a loucura não será considerada uma “doença” e, a partir de uma perspectiva biológica e química, tampouco tratável apenas com remédios, pois sua consistência é de ordem psíquica; (ii) a loucura não será considerada destituída de sentido; e, por fim, (iii) consideraremos que não é qualquer sujeito que pode ficar louco, já que é preciso ter condições subjetivas estruturais para enlouquecer. A fim de prosseguir com essa discussão, situamo-nos a partir da psicanálise do campo de Sigmund Freud e Jacques Lacan, que possui uma teoria e uma técnica clínica capazes de orientar efetivamente os trabalhadores de Saúde Mental, especialmente no manejo e no acompanhamento dos casos diagnosticados como loucura. Nossa hipótese é a de que, por meio do trabalho precavido e eticamente situado, os sujeitos tidos como loucos podem encontrar caminhos de estabilização e de convivência social, dentro de suas condições singulares.

Palavras-chave: Clínica; Psicose; Psicanálise de Freud e Lacan; Tratamento.

Considerações iniciais

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) e a consolidação da *Lei da Reforma Psiquiátrica* - Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) estabeleceram um redirecionamento no modelo de Atenção¹ à Saúde Mental no país, operando uma mudança no estatuto dado aos sujeitos considerados loucos, que passaram a ter o direito de viver nas cidades e de ter a sua existência social reconhecida. Para a oferta de tratamento em estabelecimentos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, foi construída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)² (BRASIL, 2011), tendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)³ (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b) como um importante componente. Esses estabelecimentos viriam representar um novo modo de operar a Atenção em Saúde, com configurações opostas às manicomiais, por meio de uma

¹ Costa-Rosa (2013) propõe o termo Atenção, com inicial maiúscula, para aludir ao conjunto de ações no campo da Saúde Mental que geralmente recebem os nomes de cuidado, promoção, tratamento e mesmo de atenção.

² Em razão das últimas mudanças na RAPS, realizadas entre 2016 e 2019, consideramos que nem todos os estabelecimentos que a compõem estão de acordo com o que propõe a ética da Atenção Psicossocial e as perspectivas fundamentais do próprio movimento da Reforma Psiquiátrica.

³ O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – tributário das experiências históricas internacionais de contestação ao manicômio e da reforma da Psiquiatria Asilar, em particular da Psiquiatria Democrática italiana, da Psicoterapia Institucional francesa e da Antipsiquiatria inglesa – foi, desde seus primórdios, idealizado como um espaço de tratamento para sujeitos considerados loucos, substitutivo aos antigos manicômios. Sua função consiste em ofertar uma diversidade de atendimentos fundamentais, que podem ser individuais, em grupo, oficinas, familiares, acolhimento de crise, consultas e atividades recreativas e de socialização. Por meio desses atendimentos, busca-se permitir que os sujeitos vivam e convivam com sua família e a comunidade, circulando no território como cidadãos.

proposta de superação do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e da afirmação do Paradigma Psicossocial (PPS) (COSTA-ROSA, 2013).

Entretanto, como concluem vários autores⁴, o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), alicerçado no Discurso Médico, mantém, ainda, sua hegemonia, mesmo nos estabelecimentos institucionais em que uma nova política de saúde mental passa a figurar. Nesse sentido, o atendimento a esses sujeitos ainda enfoca a avaliação psiquiátrica e a prescrição/consumo de medicamentos como forma de apagar e/ou de corrigir, supostamente, as manifestações características da loucura. O Discurso Médico (CRAVREUL, 1983), sobretudo o da psiquiatria⁵ nos moldes de Medicina Mental, que desconhece e desconsidera o processo de constituição do sujeito e suas modalidades clínicas, toma, sob o signo de fenômenos de adoecimento, aquilo que é mais singular na psicose, encarando-os como indícios da não-normalidade. Assim, a principal investida do Discurso Médico é a tentativa de apagar os fenômenos da loucura, por meio de uma ortopedia social.

De modo geral, a hegemonia do Discurso Médico tem, como efeito, levar os trabalhadores a operarem a partir do viés da doença-cura⁶, segundo práticas que visam calar e desaparecer com os sintomas tidos como anormais. Por um lado, se, com a RPb, houve um avanço importante e necessário em direção à valorização da liberdade física dos sujeitos ditos loucos, considerando que eles possuem o direito de viver no seu território e de exercer suas possibilidades de contratualidade social, por outro lado, esses sujeitos passaram, cada vez mais, a ser contidos via fármaco mediante os avanços da indústria químico-farmacêutica. O manicômio, que antes tinha feições arquitetônicas, agora funciona como manicômio químico! Desse modo, os considerados loucos:

Podem conviver socialmente, se convenientemente diagnosticados, efetivamente medicados, sob a chancela de laboratórios farmacêuticos que alardeiam a eficácia de novas medicações chamadas de ressocializantes, como se fossem um tipo de laço social em pílulas! Os estranhos deixam de ser estranhos, têm um lugar reconhecido e claramente rotulado, porém devem, em troca, renunciar à categoria de sujeitos (SAGGESE, 2006, p. 78).

⁴ Cf.: Shimogui (2019a; 2019b; 2016); Santos e Shimogui (2019); Pagnano (2018); Devera e Costa-Rosa (2018); Goto (2018); Costa (2016; 2017); Shimogui e Costa-Rosa (2017a; 2017b; 2017c); Périco e Costa-Rosa (2015); Shimogui e Périco (2014); Périco (2014); Galiego (2013); Pereira e Costa-Rosa (2012); Pereira (2011); Mondoni e Costa-Rosa (2010); Yasui e Costa-Rosa (2008); Costa-Rosa (1987; 1999; 2000; 2011; 2012; 2013).

⁵ A psiquiatria atual, ao passo que desvaloriza o estudo da psicopatologia por meio da psicanálise, livrou-se da subjetividade se tornando organicista e adotando o princípio do determinismo bioquímico (COSTA-ROSA, 2013).

⁶ Não é por acaso que o termo “medicalização” não é aplicado apenas ao médico, mas a todo o trabalhador da equipe que consegue interpretar os impasses do sujeito somente sob um prisma médico ou, ainda, no trabalhador que tome ações baseadas na resposta-psicofármaco *a priori* (COSTA-ROSA, 2013).

Sobre a dificuldade que os trabalhadores não-médicos apresentam ao executar um trabalho desvinculado da psiquiatria organicista e biologizante⁷, nossa hipótese é a de que lhes faltam conhecimentos consistentes sobre a especificidade da realidade psíquica, sobre suas modalidades e impasses. Partimos, então, da afirmação de que existem outros modos de tratar esses sujeitos, a partir de uma outra clínica, que tem como referencial teórico, técnico e ético, a Psicanálise do campo de Sigmund Freud e Jacques Lacan, sendo, portanto, capaz de instrumentalizar os trabalhadores, sejam eles psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais ou médicos, para operarem junto aos sujeitos da loucura (BENELLI, 2020).

Neste ensaio, apresentaremos os contornos uma clínica da singularização na Saúde Mental Coletiva (SMC) e, por isso mesmo, evitamos promover aqui o apagamento da loucura. Tendo em vista que discutiremos a clínica *da psicose*, trataremos, especificamente, da constituição/estruturação do sujeito constituído por *foraclusão*⁸ e sobre como operar nessa clínica. Os delírios e alucinações⁹, que são efeitos de um modo de gozo diferente do gozo fálico da clínica das neuroses, possuem especificidades notórias nos sujeitos constituídos por *foraclusão*. Portanto, não se trata de encarar as manifestações fenomênicas da psicose como uma possível doença ou um estado de espírito alterado, que qualquer pessoa poderia apresentar. Longe disso, a psicose diz respeito a uma estrutura psíquica específica, com lógica e rigor próprios, constituindo um modo particular de o sujeito estar no mundo.

Para a Psicanálise, o sujeito, que não se confunde propriamente com a pessoa ou com o indivíduo, não é inato e nem se desenvolve de modo evolutivo: ao contrário, ele se estrutura a partir de sua entrada na linguagem, no plano do Simbólico¹⁰ e do significante (ELIA, 2010), logo, a única coisa universal é justamente a necessidade de se estruturar como sujeito. A estruturação diz respeito ao modo particular pelo qual cada humano construirá sua realidade psíquica (*Realität*), pois é com ela que entrará na realidade compartilhada, respondendo às

⁷ Quanto a isso, estamos de acordo com Benelli, Périco e Costa-Rosa (2017), quando discutem sobre a necessidade de psicólogos/trabalhadores não-normalizadores no contexto das instituições públicas de saúde.

⁸ Inspirados por Costa-Rosa, falamos em sujeitos constituídos por *foraclusão* e não em psicóticos (tal como faz a psicopatologia), pois ser constituído por essa modalidade não significa estar em um estado psicótico: um sujeito pode passar a vida toda sem sequer vivenciar o desmoronamento da realidade psíquica, logo, sem manifestar os fenômenos típicos da psicose.

⁹ Os fenômenos de delírio e de alucinação podem estar presentes em sujeitos da histeria ou da neurose obsessiva com impasses graves, porém, são diferentes quanto ao seu estatuto e seu tratamento. Na neurose, a relação do sujeito com o significante surge de forma velada e o sintoma demanda decifração. Na psicose, o inconsciente se manifesta a céu aberto, numa tentativa de reconstruir uma realidade psíquica habitável.

¹⁰ De acordo com Garcia-Roza (2009, p. 184): “O simbólico é o mediador da realidade e ao mesmo tempo o que constitui o indivíduo como indivíduo humano”. Noutras palavras, o simbólico é uma ordem, diz respeito ao campo da linguagem, regido pela Lógica do Significante, e organiza a vida dos humanos em uma realidade significante. Na constituição do sujeito, o simbólico advém como o que estrutura o desejo como falta-a-ser, introduzindo o sujeito em uma estrutura de trocas simbólicas.

injunções da vida cotidiana que exigem elaboração psíquica. Um sujeito pode se constituir/estruturar em uma destas três modalidades: por recalçamento (na neurose), por renegação (na perversão) ou por forclusão (na psicose), sendo que cada modalidade apresenta sobremodalizações que podem ser nomeadas como estilos clínicos. A modalidade da forclusão tem, como sobremodalidades, a esquizofrenia, a paranoia e a melancolia.

Cada modalidade e sobremodalização constitui modos particulares de o sujeito estar no mundo e de processar psiquicamente os eventos da realidade. Elas são a verificação do processo de constituição universal, processado no particular da história de um sujeito específico, que terá um estilo singular como efeito de seu processamento subjetivo. Como, para a psicanálise do campo de Freud e Lacan, não existe um padrão de subjetivação, a modalização por forclusão é uma possibilidade entre outras, tendo o mesmo estatuto de particularidade que a constituição por recalçamento ou renegação. Essas três modalidades dizem respeito à relação do sujeito com o significante, sendo que o Édipo é, justamente, o que divide esses dois campos.

Não é louco quem quer, apenas quem é constituído por forclusão

Ao tratar dos processos de constituição do sujeito a partir da releitura de Freud, Lacan (1999) descreve as operações constitutivas da alienação e da separação, demarcando o Complexo de Édipo em três tempos lógicos, que serão apresentados aqui de modo sumário, juntamente com suas operações e processos. Visto que o sujeito não nasce pronto e tampouco se desenvolve espontaneamente, o filhote do homem (*infans*) só chega a “falasser” (ou a falta-a-ser) quando realiza sua entrada no campo da linguagem e da cultura pelas mãos de um semelhante sexuado e provido de linguagem. Sendo assim, é necessário que o *infans* atravesse os três tempos do Édipo para constituir-se como sujeito (do desejo) inconsciente.

O primeiro tempo, o da maternagem, é operado pela função materna e caracterizado pela aspiração do *infans* à completude, sendo, também, caracterizado como o tempo da construção do Imaginário. A função materna é a operação produtora da erogeneização do corpo da criança, configurando a primeira representação que o *infans* constrói sobre si (enquanto objeto de desejo do agente da maternagem). Ela é responsável, também, por promover a instauração do falo como objeto mítico(ϕ). Para que um *infans* possa se tornar sujeito, é imprescindível que o agente da maternagem – não necessariamente a mulher que lhe deu à luz – se ocupe, evidentemente, de atender suas necessidades fisiológicas e nutricionais, mas, sobretudo, que faça esse cuidado de modo a convocar o pequeno bebê a ocupar um lugar privilegiado no desejo materno, um lugar fálico. É o agente da função materna que irá

significar cada choro, cada pedaço de carne, cada movimento da criancinha, antecipando ilusoriamente o que ela ainda não é. Para esse agente, o *infans* terá o estatuto particular de *ser* o objeto fálico, isto é, o objeto da sua completude e, por isso, ocupará o lugar de destinatário de suas demandas de satisfação e de seus investimentos de amor. Os três elementos estão presentes desde o início: mãe, criança e falo imaginário, havendo uma equivalência entre criança e falo (QUINET, 2006a).

Do lado da criancinha, ela poderá se identificar a um ideal materno a cada vez que o agente da maternagem lhe dirigir uma demanda e ela puder encarnar o objeto pulsional dessa demanda. Ser o falo (imaginário) materno é uma ilusão que, por um tempo, acompanhará o agente materno e seu bebê. E, nesse aspecto, o estágio de espelho (LACAN, 1998) constitui um momento fundamental na constituição do sujeito. Nele, o *infans* antecipa uma unidade corporal que ainda não sente e, a partir da confirmação do olhar do outro materno, experienciará uma identificação fundamental: a assunção de uma imagem (do corpo) que estrutura o eu imaginário (Eu ideal - [i(a)]). É esse olhar do Outro materno que lhe permite confirmar a imagem antecipada como totalidade, e que possibilita o reconhecimento do *infans* como sendo o objeto fálico.

Nesse primeiro tempo do Édipo, o agente da maternagem constitui um Outro absoluto para o *infans*. A pequena criança, uma vez identificada ao objeto de desejo da mãe (DM), o falo imaginário, assume esse desejo como sendo seu, ou seja, ela se aliena no desejo materno. E, para que esse processo de alienação da criança seja possível, o agente da função materna deve possuir a inscrição de um furo, uma falta-a-ser. A função-mãe promove a instauração do narcisismo, insere a pequena criança no campo humano, marcando-a com seu desejo ao passo que produz o significante do desejo da mãe (DM). Para que um bebê se torne um sujeito humano, inicialmente ele deverá estar alienado a esse Outro materno (LACAN, 2008), determinado pelo Significante primordial de estatuto imaginário (o significante DM). É imprescindível que haja, então, um momento inicial de fusão com o outro semelhante que encarna a função-mãe, sendo este o Outro para o bebê.

No segundo tempo do Édipo, em que a pequena criança se depara com o desvelamento do caráter cessível da realidade (*Wirklichkeit*), é quando se inaugura o “Complexo de Castração” (LACAN, 1995a). Nesse tempo da construção da intermediação, ao experimentar a alternância entre as presenças e ausências do agente da função materna, a pequena criança começa a notar que esse agente se interessa por outros objetos, isto é, que o desejo materno está alhures, comporta um para além dela. O que convoca o desejo do agente materno? Eis a questão que surge para o bebê. A percepção da diferença presença-ausência enquanto

operador coloca em cena a instância terceira, que não depende da lei materna. É essa instância que opera a função paterna ao interditar o agente da maternagem e frustrar a criança em ser esse objeto fálico. A Metáfora paterna não precisa, necessariamente, ser representada pelo pai da criança, mas por “aquilo que no discurso da mãe representa o pai: o Nome-do-Pai” (QUINET, 2006a, p. 11), podendo ser, por exemplo, o trabalho, o lazer, um outro filho etc. O significante Nome-do-Pai tem por função significar à criança que o Desejo da mãe (DM) se encontra em outro lugar e que o agente materno é submetido a uma lei.

No jogo do *Fort-da* descrito por Freud (2010), a criança, servindo-se de um brinquedo, repete ludicamente as idas e vindas do outro da maternagem, assim, esse jogo fornece indícios do seu ingresso no campo do simbólico. Isso ocorre quando o agente da função materna passa do estatuto de objeto primordial ao de signo e a criança pode, então, simbolizar esse agente por meio de uma palavra. A partir daí, a relação da pequena criança com o Outro materno deixa de ser imediata, pelo fato de existir a mediação simbólica por meio da palavra. A inscrição do significante Nome-do-Pai, de estatuto propriamente simbólico, tem como efeito o recalque do DM, isto é, dos significantes do narcisismo. A criança é deslocada da posição de “ser o falo” para uma posição de “falta-a-ser”, abrindo-se para o acesso ao próprio desejo, ainda que isso lhe custe uma divisão subjetiva, pois uma parte de si mesmo se torna inconsciente¹¹.

O terceiro tempo do Édipo, momento de seu declínio, tem como marca a simbolização da lei e o agente paterno como operador principal, uma instância terceira. Para Lacan (1995a, p. 216) o fim do complexo de Édipo “é correlativo da instauração da lei como recalcada no inconsciente, mas permanente”. Por deixar de ver o pai o como um rival junto à mãe, a criança abandona a problemática de ser (o falo) e ingressa na dialética do ter, sendo convocada a entrar no jogo das identificações (DOR, 1989). Mobilizada por esse jogo, e de acordo com seu sexo, a pequena criança se inscreve de modo distinto na lógica identificatória: o menino acaba por se identificar com o agente da função paterna, que supostamente possui o falo; a menina deixa a posição de objeto do DM e ingressa na dialética do ter sob a forma do não-ter, encontrando, na mãe (que não possui o falo), uma possível identificação para si.

Nos valendo agora de uma repetição inevitável, o significante Nome-do-Pai funciona como ponto de basta ao fazer emergir a significação fálica e permitir à criança, em processo de constituição subjetiva, a significantização de seus significantes e a formação do Ideal de eu

¹¹ O inconsciente é um conceito cunhado a partir daquilo que opera para constituir o sujeito, isto é, do discurso do Outro como conjunto de significantes que marcam o sujeito, sendo estruturado como uma linguagem. Para Lacan (2008, p. 126), “O inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante”.

(I(A)). Em outras palavras, a criança finaliza o processo de metaforização dos significantes do desejo que a marcaram no tempo do narcisismo (denominados significantes do DM), sendo, portanto, de estatuto imaginário, e os eleva a significantes dos ideais socioculturais (denominados significantes do Nome-do-Pai), de estatuto propriamente simbólico. A metáfora paterna que inaugura o acesso da criança ao campo do simbólico também lhe confere o *status* de sujeito desejante, ao possibilitar que escolha objetos fora da célula narcísica, sustentada no modelo do I(A).

A entrada no campo do simbólico corresponde ao que Lacan (2008) nomeou operação de Separação. Já Freud (1996a) nomeia de Recalcamento Primário (*Urverdrängung*) o processo de supressão dos objetos do narcisismo (de estatuto imaginário) e sua elevação ao nível de objetos de desejo, localizados no contexto sociocultural, sendo o Édipo o “preço que se paga para advir como sujeito da linguagem” (QUINET, 2006a, p. 15). A resolução desse complexo tem, como efeito essencial, a divisão subjetiva (*Spaltung*) em consciente e inconsciente. O resultado do processo de constituição subjetiva poderia ser o de um sujeito (ainda criança) constituído por recalcamento (\$). Nesse sentido, por consequência, tendo uma parte de si tornada inconsciente – a saída neurótica –, os sujeitos jamais quebrarão sua realidade psíquica, ou seja, não terão uma crise psicótica, ainda que sofram abalos que demandem respostas de teor simbólico. É preciso ter condições estruturais, de constituição subjetiva, para enlouquecer, sendo exatamente esse o caso dos sujeitos constituídos por forclusão.

O que confere, ao sujeito da psicose, a sua estrutura? O significante Nome-do-Pai, organizador do conjunto dos significantes para os sujeitos, é estrutural, sua inscrição subjetiva possui amplas consequências. “É o significante que dá esteio à lei, que promulga a lei. Esse é o Outro no Outro” (LACAN, 1999, p. 152). Para que a neurose se manifeste, é imprescindível que o sujeito possua a inscrição do significante Nome-do-Pai e (como efeito dessa inscrição) tenha metaforizado os significantes do tempo do narcisismo (do DM). Desse modo, o que confere ao sujeito da psicose a sua estrutura é, justamente, a forclusão do significante Nome-do-Pai no Outro, e o consequente fracasso da inscrição da metáfora paterna.

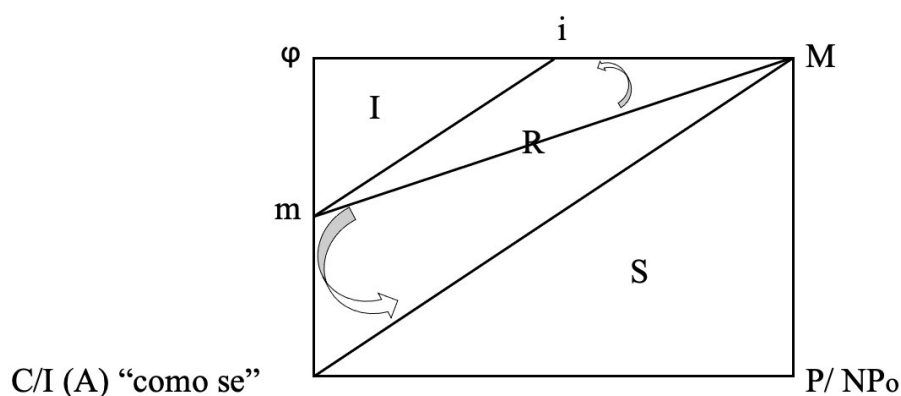
Lacan (1999) toma o termo forclusão do vocabulário jurídico, noção que faz referência a uma situação judicial cuja causa está perdida, prescrita, fora do prazo de recurso. Ao se apropriar dela, cunha, assim, o conceito operatório de forclusão (*Verwerfung*) para caracterizar um tipo de modalização da realidade psíquica, diferente da modalização por recalcamento. A particularidade do sujeito cuja constituição se deu por forclusão é que, para ele, o significante Nome-do-Pai, organizador central do conjunto dos significantes para

qualquer falasser (ser-de-fala), está foracluído do campo do simbólico, não se encontra inscrito nele, o que determina particularidades singulares nos seus processos de subjetivação.

Segundo esse modo específico de constituição da realidade psíquica, os agentes que encarnam as funções subjetivadoras (maternagem e paternagem) apresentam, ao *infans*, um campo simbólico caracterizado pela ausência de um significante em particular: o significante Nome-do-Pai (NP_o). É justamente isso o que impossibilita a inscrição desse significante e faz a metáfora paterna fracassar em sua operação de barrar o DM. O fracasso da metáfora paterna impede, então, que a pequena criança metaforize os significantes relativos ao tempo do narcisismo, por meio do processo de substituição desses significantes (via recalçamento/*Verdrängung*) pelos significantes dos ideais socioculturais, de estatuto propriamente simbólico. Ou seja, para esses sujeitos, há a passagem do narcisismo para o campo do simbólico, mas, de modo particular: sua posição estrutural é a de ser objeto do gozo do Outro (QUINET, 2006a).

A hipótese fundamental¹² da qual partimos é a de que o sujeito constituirá um Imaginário¹³ que possui uma potência simbolizante. Isso lhe permitirá habitar a realidade social compartilhada “como se” fosse um sujeito constituído por recalçamento, mas talvez apresentando algumas características sutis e singulares. Vejamos a representação de como acontece o processo de constituição por foraclusão por meio do esquema R, de Lacan (1999):

Figura 1: Esquema R, de J. Lacan (1999).



Fonte: Lacan (1999, p. 234) com acréscimos nossos.

¹² Nossa afirmação está fundamentada nos avanços teóricos produzidos por Costa-Rosa tanto em suas aulas e supervisões como nos textos curso escritos por ele para a disciplina, mas que não tiveram tempo de ser publicados.

¹³ O imaginário diz respeito ao campo do eu e às suas alienações, está relacionado às imagens advindas do Outro (da maternagem) no momento lógico-subjetivo denominado como “Estádio de Espelho” (LACAN, 1988). Segundo Garcia-Roza, (2009), o imaginário, anterior ao Simbólico, “constituiria o primeiro corte com o exercício pleno da pulsão”, introduzindo o sujeito nos “domínios da subjetividade” (p. 191).

Nesse esquema, “M” corresponde à função materna ou ao agente da maternagem, “i” representa a imagem de corpo (imagem virtual), “(φ)” representa o falo imaginário, “m” corresponde ao eu ideal “[i(a)]”, “C/I” representa a criança/*infans* e “P” corresponde à Metáfora Paterna ou, mais precisamente, à sua ausência, por isso foi grafada como “NPo”. O trapézio formado pelos pontos “imCM” corresponde à realidade psíquica (*Realität*). A linha “iM” representa a primeira fronteira do corpo, a linha “mi” corresponde ao suporte imaginário da realidade, a linha “mC” representa a fronteira do significante de estatuto imaginário simbolizante e a linha “CM” corresponde ao suporte simbólico da realidade. No processo de subjetivação por recalçamento, o *infans* percorre os pontos “M”, “i”, “(φ)”, “m” até chegar no ponto “C/I(A)”, em que é sustentado por “P/NP”. Já para o sujeito que se constitui num campo em que o significante “NP” está foracluído, isto é, “NPo”, o ponto de sustentação do campo do simbólico não existe e então o estatuto do campo significante (linha mC) é modificado, impedindo a amarração do ponto “C/I(A)”, de estatuto propriamente simbólico.

Os sujeitos constituídos por foraclusão habitam uma realidade psíquica cujas balizas são dadas pelos planos “miM”, “mMC”, “(φ)mi” e “PCM”, com a particularidade de que a constituição dos ideais socioculturais permanece situada a partir de horizontes de estatuto imaginário. Esse sujeito realiza uma metaforização dos significantes do narcisismo, nomeada de “suplência da metáfora paterna”, com a particularidade de ser uma metáfora de estatuto imaginário-simbólica, capaz de operar efeitos dessa mesma ordem. Assim, o sujeito constitui uma realidade psíquica cujas balizas são regidas pela potência do Imaginário. Entretanto, como o campo do significante (mC) é um campo imaginário-simbólico, a produção de respostas de subjetivação para as injunções (da realidade compartilhada), que impactam sua realidade psíquica, terá estatuto imaginário-simbolizante.

Em virtude da prevalência do Imaginário, esses sujeitos tendem a se identificar com as imagens-padrão da realidade social compartilhada, sendo impelidos a viver “como se” fossem constituídos por recalçamento. Os sujeitos constituídos por foraclusão podem viver vários anos – alguns, até por toda a vida – em um arranjo imaginário que lhes dá certa consistência subjetiva, podendo habitar a realidade social comum – trabalhar, estudar, casar, ter filhos etc. Enquanto soluções subjetivas, esse arranjo imaginário pode se constituir na forma de uma metáfora delirante ou da invenção, por parte do sujeito, de seu *Sinthoma*, o que, em outras palavras, equivale à construção de uma suplência sintomática.

Lacan (1988), durante um tempo de seu ensino, considerou a constituição de um delírio como a única via possível como suplência ao Nome-do-Pai. No texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (LACAN, 1998), ao abordar a clínica

enquanto uma “clínica da pergunta”, Lacan refere que, na forclusão, trata-se de uma pergunta pelo pai, para qual não se tem resposta. Na década de 1970, ao construir elaborações sobre a Clínica do *Sinthoma*, Lacan (2007) inaugurou uma nova compreensão dos fenômenos da forclusão, servindo-se da teoria borromeana¹⁴ (teoria dos nós). Nessa clínica, que não se pauta no paradigma da neurose, há um deslocamento da ordem fálica como normalizadora de um ideal geral de normalidade, ou seja, a neurose passou a representar apenas mais um dentre outros modos possíveis de subjetivação. Em lugar de uma única versão do Nome do pai, há vários Nomes do pai (LACAN, 2005) que permitem diferentes formas de enlaçamento com a realidade, segundo o tipo de psicose de que se trate – esquizofrenia, paranoia ou melancolia.

Nessa nova perspectiva de construção de uma suplência ao Nome do Pai, podemos vislumbrar uma variação maior quanto às soluções subjetivas por meio da invenção de um *Sinthoma*, isto é, de sua forma singular de gozo (LACAN, 2007). A metáfora delirante passa a ser considerada como uma solução excepcional que não está necessariamente ao alcance de todos. Além disso, na perspectiva borromeana, uma psicose pode não ter necessariamente um desencadeamento tão evidente, demandando um maior rigor ao realizar um diagnóstico diferencial. De acordo com Nieves Soria Dafunchio, “as psicoses implicam reparações do nó que não são borromeanas, de modo que a característica da estrutura psicótica é que as soluções não são borromeanas” (2008, p. 67, tradução nossa).

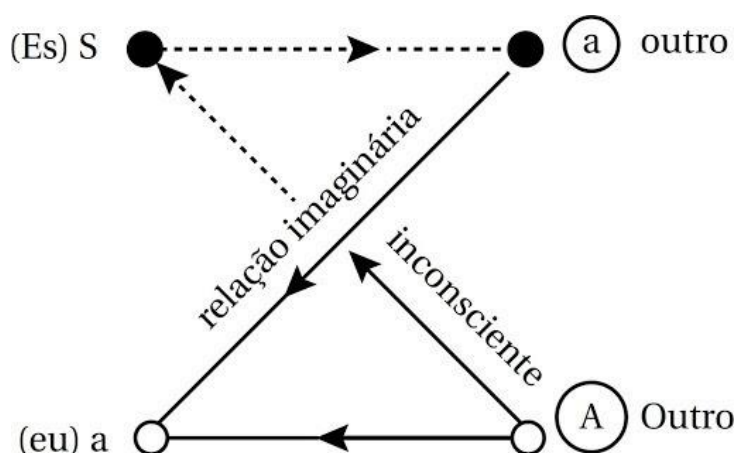
Ao longo da vida de um sujeito, pode haver um conjunto de eventos capazes de impactar a realidade psíquica (*Realität*), exigindo respostas de sentido. Diante desses acontecimentos, o sujeito pode responder com (alguma) potência simbolizante, servindo-se de seu Imaginário. Essas respostas, que podemos denominar efeito-sujeito, podem se situar na sintomática da vida cotidiana, tal como nas modalidades de sublimação artística – que englobam da produção do mais simples artesanato até as mais conhecidas obras de arte (pintura, literatura, cinema, escultura etc.) – enquanto possibilidades de construção de si. Assim, ser constituído por forclusão não significa que o sujeito está fadado a viver o tempo todo apresentando os fenômenos típicos da psicose, momento conhecido como “surto”. Esses momentos de impasses radicais podem acontecer, em circunstâncias específicas, e geralmente são nomeados com os termos esquizofrenia, paranoia e melancolia-mania, devido a suas especificidades oriundas do próprio processo de constituição enquanto sujeito.

¹⁴ Para formalizar seu ensino sobre a psicose, Lacan se serve da topologia borromeana. O nó borromeano é composto por três anéis entrelaçados de modo que, se um dos anéis se soltam, os outros dois se desconectam. Estes três nós correspondem, na teoria lacaniana, aos registros do Imaginário, do Simbólico e do Real.

Os impasses radicais e o desmoronamento da realidade psíquica

Quais seriam, então, as condições para que ocorra um impasse crítico a ponto de o sujeito só conseguir dar como resposta um efeito-sujeito, ou seja, o desmoronamento da realidade psíquica e o consequente trabalho de reconstrução? Isto é, sob quais condições e eventos se manifestam os fenômenos da psicose? Vejamos um pouco mais detalhadamente este processo nos servindo do Esquema L de Lacan:

Figura 2-Esquema L, de J. Lacan (1998).



Fonte: Reprodução total a partir de Lacan (1998, p. 58).

No esquema, “a” representa o sujeito, “a’” representa o Outro e “A” corresponde ao evento crítico vindo do campo do simbólico. Em primeiro lugar, o sujeito precisa ter constituído sua realidade psíquica num campo de subjetivação (apresentado pelos agentes que encarnam as funções materna e paterna) no qual o significante do Nome-do-Pai não está prenhe, impossibilitando a inscrição da metáfora paterna no campo do simbólico. Por causa de seu modo de constituição, esse sujeito (a) permanece numa relação absolutamente imaginária com um semelhante (a’) que, conforme o caso, é amado e/ou odiado.

Em segundo lugar, é imprescindível que um evento crítico, vindo da realidade e originado no campo do simbólico (A), produza uma injunção capaz de pressionar o sujeito a responder simbolicamente, de modo a ultrapassar o limite de suas possibilidades imaginárias. Esse evento, denominado por Lacan (1998) de “Um-pai”, pode ter dois sentidos: de ganho – o nascimento de um filho, o casamento, uma promoção no trabalho, a conquista de uma posição ou a obtenção de algo esperado etc.; ou pode ter o sentido de perda – uma demissão, o término de uma relação amorosa, a morte de um semelhante que ocupava a posição de outro especular para aquele sujeito etc. O “Um-pai” – em posição terceira com relação ao eixo

Imaginário no esquema R – terá essa potência crítica justamente em virtude de o sujeito estar em uma relação estritamente imaginária (a - a'), fusional por conta de sua constituição por forclusão. Para Lacan (1998, p. 584) “Basta que esse Um-pai se situe na posição terceira em alguma relação que tenha por base o par imaginário a-a', isto é, eu-objeto ou ideal-realidade, concernindo ao sujeito no campo de agressão erotizado que ele induz”.

Nessa situação, o sujeito responde com um “acontecimento-sujeito”¹⁵ (COSTA-ROSA, 2019, p. 43), desmoronando sua realidade ao passo que desamarra os pontos fixos – ponto do imaginário ou eu ideal [i(a)] e ponto do simbólico ou Ideal do eu “como se” [I(A)/NPo] – que havia construído. Em outras palavras, o sujeito responde com o desprendimento de um dos registros (Imaginário, Simbólico ou Real), a depender da submodalidade estrutural. As características singulares desse desmoronamento dependerão da sobremodalização (esquizo, paranoia ou melancolia) e das condições particulares (familiar, social e histórica) de cada sujeito. Após o estilhaçamento de sua realidade, restará como possibilidade de saída da crise a reconstrução da própria realidade psíquica, que jamais será igual a anterior.

Processos de subjetivação e os impasses no sujeito da sobremodalização da esquizo

Na “Carta 52”, de Freud (1996b), conhecida pelo “Esquema do pente”, encontramos os fundamentos que permitem pensar sobre o processo de constituição do sujeito. Observemos a representação do seu esquema com os acréscimos dos pontos y e y':

Figura 3 – Esquema do Pente (FREUD, 1996) com acréscimos.

W y Wz y' Ubw Vb B

Fonte: Freud (1996b, p. 288), com acréscimos meus,

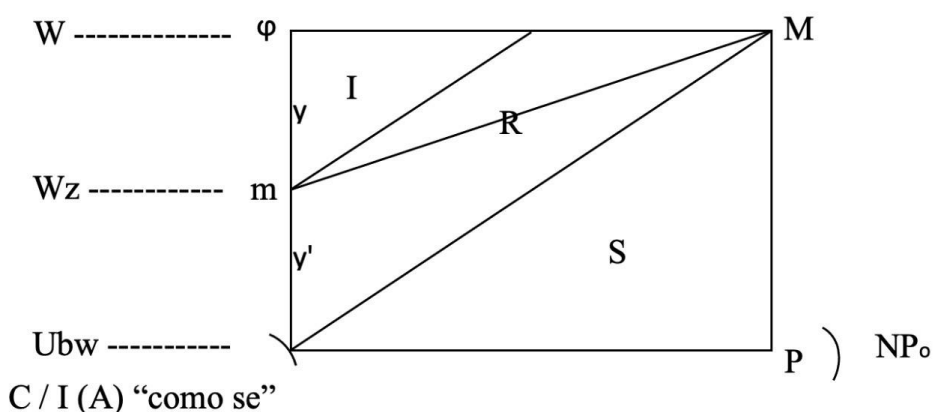
Nesse esquema, W (*Wahrenmungen*) representa as primeiras experiências do *infans*, as marcas mnêmicas, o plano de suas percepções. Nessa etapa se processa a separação Carne-Corpo ou *das Ding*, marcada pelos traços de gozo, *Zug* (y). Esse traço é composto por duas faces: uma que será rejeitada/expulsa pelo *infans* e outra que será assimilada/afirmada por ele. Wz (*Wahrnehmungszeichen*) corresponde aos traços sígnicos ou traços de percepção sígnica,

¹⁵ Costa-Rosa (2019) propõe o conceito de acontecimento-sujeito para se referir aos impasses na realidade psíquica do sujeito, tendo em vista o modo como eles chegam aos estabelecimentos de Saúde Mental nesse contexto e momento histórico.

cuja particularidade é a de subsumir as marcas mnêmicas por meio de seu apagamento, conferindo aos traços-corpo um estatuto de traços sígnicos. Lacan irá destacar um estado de traços sígnicos ao inserir no ponto “y” o Traço unário (*Ensiger Zug*), que se refere a um estado mais elaborado dos signos de percepção, com o *infans* já estando em um momento avançado no plano da alienação ao Outro. O Traço unário consiste na forma significativa que possibilita o sujeito apreender a si mesmo enquanto uma unidade, como algo não dividido. Nas palavras de Lacan (2008, p. 140, grifos do autor), “O traço unário, o próprio sujeito a ele se refere, e de começo ele se marca como tatuagem, o primeiro dos significantes. Quando esse significante, esse um, é instituído – a conta é *um um*”.

Ainda no “Esquema do pente” freudiano, o “Ubw” (*Unbewusstsein*) corresponde ao inconsciente, consistindo no segundo registro das representações de coisas não acessíveis pela consciência, representadas por meio do significante. O ponto “Vb” (*Vorbewusstsein*) representa o registro ligado à representação de palavras que podem se tornar conscientes de acordo com determinadas regras e “B” (*Bewusstsein*) corresponde ao plano do consciente. No processo de constituição subjetiva, o percebido pode ser incorporado por ser sentido como bom ou evitado por ser impalatável, sendo que a assimilação da realidade pode ocorrer por *Bejahung/Ausstossung*. A assimilação do traço *Zug* pode advir por uma incorporação direta do percebido da realidade, gerando uma afirmação (*Bejahung*) ou pode, ainda, ocorrer por uma incorporação resultante da exclusão (*Ausstossung*) de uma percepção de uma parte da realidade. Do mesmo modo, se a incorporação se der por *Ausstossung*, ocorrerá simultaneamente uma *Bejahung*. Voltemos novamente ao “Esquema R”, dessa vez, acrescido do “Esquema do Pente”:

Figura 4: “Esquema R” acrescido do “Esquema do Pente freudiano”.



Fonte: Lacan (1999, p. 234), com acréscimos meus.

O sujeito da sobremodalização da esquizofrenia realiza a inscrição de traços de gozo (y), denominado *Zug*, que são de estatuto imaginário. No entanto, ele os inscreve de forma que esses traços (y) não se processam o suficiente para terem o estatuto de traços sígnicos (y'), denominados de *Spur*. A separação carne-corpo é realizada por um traço de gozo (*Zug*), de estatuto estritamente imaginário. Em seu processo de constituição da realidade psíquica, o sujeito da sobremodalização da esquizofrenia não fez de modo direto a afirmação primária/*Bejahung* de “i(a)”, o primeiro significante da linha (imaginário-simbólica) “mC”. Essa Afirmação/*Bejahung* se processou como resultado de Expulsão/*Ausstossung* dos significantes maternos, causando uma Afirmação mais precária que a situação em que ocorreu a Afirmação responsável por gerar a Expulsão correspondente. O significante “DM/x”, que simboliza as ausências maternas (o que ela deseja lá?), sequer chegou a ser constituído para o *infans*.

Esse sujeito constituiu uma imagem de corpo (i), mas como não pode amarrar o ponto “m”, fica com um impasse na constituição do eu ideal ([i(a)]), o que lhe dá uma potência estritamente imaginária. A consistência da imagem corporal será, portanto, problemática para esses sujeitos, pois, como não existe “[...] um significante-mestre (S1) que represente o sujeito, os significantes se espalham pelo corpo trazendo um corpo sem lei nem coordenação” (QUINET, 20006a, p. 115). Para o sujeito esquizo, o corpo, enquanto lugar do Outro, é o lugar do significante. Apesar desse modo particular de se servir do significante, nas situações que demandam respostas subjetivas, mas sem implicar respostas propriamente simbólicas, os sujeitos sobremodalizados pela esquizofrenia operam “como se”, por se servirem de um Imaginário de potência simbolizante ainda que bastante precário.

Quando do desencadeamento da crise forclusiva, o registro do Imaginário fica solto enquanto simbólico e real continuam unidos, “nós o colocamos então como uma interpenetração entre o simbólico e o real” (DAFUNCHIO, 2008, p. 68, tradução nossa). Nessa situação, a imagem de corpo do sujeito sofrerá um abalo e perderá a consistência. A regressão tópica é tributária das imagens do corpo despedaçado, daquele tempo em que o sujeito ainda não possuía uma imagem de corpo enquanto totalidade, que é uma condição anterior ao Estádio de Espelho. Tendo em vista que o retorno tópico incide no ponto anterior, no “gume mortal” do espelho (*ou o sujeito ou o outro*), surge, então, uma agressividade mortífera própria do narcisismo pré-espelar. O gozo faz o caminho de retorno ao próprio corpo do sujeito, uma vez que acontece um despedaçamento do Outro subjetivado. Os traços de gozo são atualizados como percebido/visto, aparecendo, em retorno, sob a forma de automatismos mentais, fenômenos de corpo despedaçado e alucinações, remetendo o sujeito

às experiências do corpo real. “O que o sujeito ouve são sons que lhe invadem” (QUINET, 2006a, p. 112). Nesse sentido, Lacan (1998) indica que a alucinação é verbal e não propriamente auditiva, portanto, não se trata de um som que entra pelo ouvido, mas sim da letra, do significante que retorna ao Real¹⁶. As alucinações são “tentativas espontâneas de cura por parte do sujeito” (POLO, 1999, p. 153).

O trabalho de subjetivação para a reconstrução da realidade psíquica desmoronada envolve a tentativa de barrar o gozo esquartejante, reconstruindo a imagem do corpo (i) de forma unificada, capaz de estabilizar minimamente o eu imaginário ([i(a)]). Segundo Sternick, o sujeito da psicose “poderá retornar à realidade usando o corpo como um possível anteparo diante do real” (2009, p. 274). Para tal, se servirá dos recursos do automatismo mental e da crença em vozes. Cabe ao trabalhador da Saúde Mental escutar o sujeito da esquizofrenia, auxiliá-lo na invenção de um corpo que não está dado *a priori*, e que precisa ser construído por meio da invenção de um discurso (POLLO, 1999), no trabalho de reconstrução do eu imaginário ([i(a)]).

Processos de subjetivação e os impasses no sujeito da sobremodalização da paranoia

No processo de constituição do sujeito pela sobremodalização da paranoia, ocorre a inscrição de traços do gozo (y) e a passagem destes últimos a um traço sógnico (y') assimilável, isto é, se processou a separação corpo-carne/*Das Ding*. Esse sujeito fez a afirmação primária/*Bejahung* de “i(a)”, o primeiro significante da linha “mC”, de estatuto imaginário-simbólico, amarrando os pontos “i” (da imagem de corpo como totalidade) e “m” (instauração do Eu ideal). Porém, os traços sógnicos (y') não passaram para o plano do significante (Ubw), devido à não-inscrição da metáfora paterna no Outro. O campo de subjetivação apresentado ao *infans* possibilitou que ele realizasse a simbolização primordial (inscrição do primeiro significante) da presença-ausência do agente materno (SOLER, 1999), ao surgir a interrogação sobre o desejo DM/x: o que ela deseja lá onde não estou? Entretanto, como o significante Nome-do-Pai (e não todos os significantes) não existe no campo do simbólico desse sujeito, ele fica à deriva, sem possibilidade da inscrição desse significante de estatuto propriamente simbólico, de modo que a constituição dos ideais do eu “I(A)” permaneceu sob o horizonte de um estatuto imaginário. O que faz de alguém um sujeito da paranoia é, então, a posição que ocupa de objeto do gozo do Outro, pois esse Outro (da

¹⁶ Na teorização lacaniana, o Real compõe um dos três registros do campo humano. Ele não deve ser confundido com a realidade (compartilhada). O Real é aquilo que pulsa, que não cessa de não se inscrever (LACAN, 1988) e retorna sempre ao mesmo lugar, não é passível de simbolização, podendo ser apreendido somente por intermédio do Simbólico.

maternagem) não foi barrado pela operação da metáfora paterna. Por isso, para esse sujeito, o Outro é consistente, “o Outro subjetivado jamais falta” (QUINET, 2006a, p. 109) e goza dele.

Quando o sujeito da paranoia sofre um abalo em sua realidade psíquica, isso ocorre especificamente no ponto do “I(A)”, isto é, naquele significante que estava no lugar do significante “NP” não advindo e que funcionava como ponto de amarração ao campo do simbólico. Esse “I(A)” possui consistência imaginário-simbolizante e sua quebra acaba por abalar a relação do sujeito com o gozo (pulsão) e com a linguagem. No desencadeamento, o registro do Real se solta, permanecendo unidos os registros Imaginário e simbólico (DAFUNCHIO, 2008). A regressão tópica pode ser situada no ponto da vivência do Estádio de Espelho, em que se esboça uma separação sujeito-Outro, ainda que transitiva. Nesse momento, surge o delírio em uma das suas três configurações: (i) delírio de perseguição, na forma Eu o amo – eu o odeio (projeção) – ele me odeia; (ii) Erotomania, na figura Eu o amo – eu a amo (projeção) – ela me ama; e (iii) delírio de ciúme, na forma Eu o amo – Ela o ama (projeção) – Ela me trai (QUINET, 2006a). Essas configurações indicam como o sujeito se encontra: na posição de objeto (de gozo) de Outro.

Em ocasião do desmoronamento da sua realidade psíquica, esse sujeito poderá vivenciar as alucinações verbais, caso em que o sujeito é falado e essa voz é a do Real. Nela, a “cadeia significante se impõe ao sujeito em sua dimensão de voz, manifestando-se a partir de uma atribuição subjetiva” (QUINET, 2006a, p. 16). Lacan (1998) diferenciou duas modalidades desse fenômeno: a de código e a de mensagem. Os fenômenos de código dizem respeito à separação entre o significante e o significado e aparecem sob a forma de: (i) *neologismos*, ou seja, uso incomum tanto na forma quanto no emprego das palavras; (ii) de *intuição*, “que é um efeito de significante em que o vazio linguístico da significação é substituído por uma certeza” (QUINET, 2006a, p. 16) e, por fim, sob a forma de (iii) fenômenos em que o vazio predomina, sem que o significante tenha sentido. Os fenômenos de mensagens têm o caráter de mensagens interrompidas, que deixam ver a quebra da cadeia de significantes. A fala, então, se interrompe no ponto em que se localiza a posição do sujeito a partir da própria mensagem. Nessa modalidade, o sujeito alucina um pedaço da frase e se sente obrigado a completá-la, conferindo-lhe algum sentido.

O trabalho de reconstrução da realidade desmoronada, no caso dos sujeitos da sobremodalidade da paranoia, é realizado por meio da recriação delirante do significante, construindo e repondo um significante que tem função de ideal, ao passo que situa o sujeito para o Outro. Quinet (2006a) assinala que o delírio representa uma “tentativa de cura de uma falha aberta na relação do sujeito com a realidade, permitindo ao sujeito a reconstrução de sua

realidade e uma atenuação do gozo que o invade, pois se encontra localizado no Outro” (p. 110). O delírio não é um problema que deve ser eliminado, ele já é a tentativa de reconstrução de um modo de habitar a realidade compartilhada.

Assim, não se deve procurar abolir o delírio por meio do uso de medicamentos, embora admitimos que não é nada fácil acompanhar o sujeito delirante. O remédio seria um coadjuvante, usado temporariamente, no caso de a angústia ser tão intensa a ponto de o sujeito ficar catatônico, tal a velocidade desbussolada dos significantes. Portanto, “[...] não há sombra de dúvida, a estratégia medicamentosa deve ser colocada na posição de coadjuvante dos processos de produção da Atenção ao Sofrimento Psíquico” (COSTA-ROSA, 2013, p. 212).

Quando o sujeito consegue recriar um significante, capaz de reconstruir o “I(A)/ NPo” – e, assim, a linha “m\C/ I(A)/ NPo” – ocorre a regulação da relação com a pulsão e a linguagem. Por ter regularizado o gozo e o significante, os fenômenos (de código e mensagem) diminuem ou cessam e o sujeito retorna à realidade compartilhada, ao laço social. Mas, é preciso reconhecer que, no caso da estabilização da paranoia, não há propriamente retorno do sujeito ao estado anterior ao evento que ocasionou o desmoronamento. O que ocorre é uma nova construção, com seus respectivos avanços e diferenças.

Processos de subjetivação e os impasses no sujeito da sobremodalização da melancolia-mania

O sujeito da melancolia não passou pela função fálica, não inscreveu o significante Nome-do-Pai no Outro, tendo constituído seu “I(A)” na forma do “como se”. Seu eu ideal “[i(a)]” consiste na união de um Imaginário a um Real, ambos referentes ao objeto, sendo sustentado por um significante de estatuto imaginário (S1) de teor simbólico que faz função de I(A) “como se”. O Outro, próprio do tempo no narcisismo, ou um substituto imaginário equivalente, ocupa esse lugar de suporte para a manutenção da realidade psíquica, protegendo o sujeito do Real. Trata-se de um investimento objetal narcísico, isto é, de uma escolha por identificação ao objeto, de modo que este último ocupará, para o sujeito da melancolia, o lugar de ideal. Como o Ideal de eu é, justamente, o ponto de onde o sujeito se olha e pode se ver como digno do amor do Outro, o objeto acaba por funcionar como uma instância, sendo por meio dela que o sujeito pode se reconhecer (imaginariamente) como amável.

Se, por alguma razão, o sujeito perde esse objeto precioso – o objeto pode ser uma pessoa muito amada ou uma abstração que esteja no lugar dela (FREUD, 1996c) –, ele responderá de modo peculiar, pois perdeu exatamente o que sustentava sua amarração imaginária da realidade psíquica, isto é, o que lhe possibilitava manter os laços sociais na

realidade compartilhada. O sujeito percebe a perda, mas não consegue saber o que está ausente, visto que se trata de uma perda pulsional (QUINET, 2006). Não à toa, de acordo com Dafunchio (2008), o registro do Simbólico fica solto no desencadeamento, permanecendo unidos Real e Imaginário, com cada um prevalecendo num dos polos (melancolia ou mania).

No polo da melancolia, o registro do Real “arrasa sobre o imaginário” (DAFUNCHIO, 2008, p. 71, tradução nossa). Nessa situação, há um completo abandono da catexia objetal: a libido abandona a representação inconsciente da coisa, sobrando apenas a coisa gozosa (*Das Ding*), a pulsão desinvestida de significante. Há uma perda do revestimento narcísico do eu, aparecendo, então, seu estatuto de objeto real. Desvela-se, assim, a dimensão objetal do sujeito, de modo que sujeito e objeto ficam superpostos. Contudo, uma parte da libido que estava investida retorna para o eu e, a partir de então, o eu pode ser julgado (pelo supereu de origem materna) como se fosse o objeto. É dessa forma que “a sombra do objeto cai sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado [...] como se fosse um objeto, o objeto abandonado” (FREUD, 1996c, p. 255).

Diante disso, o sujeito da melancolia nega a si mesmo, vive aguardando seu fim. Para Quinet “a negação na melancolia é um índice da forclusão do Nome-do-Pai: é uma negação da própria existência do que é negado. Trata-se de uma negação que abole, zerifica. Eles não têm nome, não têm idade, não nasceram, não têm nem pai nem mãe” (2006a, p. 148). Esse sujeito vocaliza a perda de energia vital, se autorrecrimina e se deprecia, posicionando-se como o próprio dejetado, ainda que seu eu continue bastante vigilante/presente. Ele se considera nocivo ao Outro. No desencadeamento forclusivo, o sujeito faz uma regressão tópica para o tempo da ambivalência Amor/Ódio ao Outro, próprio do narcisismo infantil. Freud (1996c, p. 262) demarca que, nesse regresso, “travam-se inúmeras lutas isoladas em torno do objeto, nas quais ódio e o amor se digladiam”. O trabalho psíquico de subjetivar essa perda não é consciente para o sujeito, em função, justamente, da ausência de significantes propriamente ditos, uma vez que esse trabalho de subjetivação ocorre na região dos traços de memória de coisa/traços sígnicos (y), ou em WZ, no Esquema da “Carta 52”, de Freud (1996b, p. 287).

No momento que o sujeito consegue elaborar seus processos psíquicos, ele deixa de usar uma parte da energia especialmente com a resolução dos seus conflitos. Essa energia é, então, “liberada” e fica disponível para o uso psíquico. Surge, então, o outro polo da melancolia: a mania. Nele, o registro do Imaginário varre o Real (DAFUNCHIO, 2008) e o sujeito adquire um desmedido entusiasmo, realizando uma série de proezas que não faria em uma situação comum. Para Soler (2007, p. 95), “a excitação maníaca é o gozo que não é regulado pela função fálica”. A manifestação denominada “fuga de ideias”, uma pura

logorreia sem significação possível, é a tentativa do sujeito de refazer as cadeias associativas sem que haja um ponto de basta, dado não existir a inscrição do significante simbólico que impõe um limite ao gozo, o Nome-do-Pai. Na mania, não há uma superação da melancolia, e sim uma superação daquele supereu materno.

Ser um sujeito da melancolia não significa passar o tempo todo alternando entre a melancolia e a mania. Após a realização de um trabalho psíquico, o sujeito poderia repor os Ideais capazes de fazerem a suplência ao Nome-do-Pai, assim o eu ideal retoma sua consistência e ocorre uma nova regulação do gozo e da linguagem. Em suma, ele reconstitui sua realidade psíquica de estatuto imaginário e potência simbolizante, cessando os fenômenos alucinatórios e delirantes para, enfim, poder retornar ao laço social. Mas, devemos reconhecer que, embora essa reconstituição não seja um processo simples, trata-se de um trabalho que pode ser facilitado. Para tanto, é preciso que haja um profissional capacitado para lidar com esses modos de processamento subjetivos, o que não inclui, evidentemente, apenas calar o sujeito via fármacos, ainda que eles possam ser utilizados em casos e momentos pontuais.

“Filho do Arruda”, um nome-do-pai de estatuto imaginário-simbolizante: o instante de ver e o momento de compreender

A título de ilustração, tratarei de um caso que atendi por alguns meses. Chamarei o paciente pelo nome fictício de Miguel, para preservar sua identidade. Miguel, de aproximadamente 40 anos, frequentador assíduo do CAPS, sempre passava para conversar com os trabalhadores e, às vezes, participava de alguma oficina. Sua chegada ao CAPS ocorreu há aproximadamente dez anos (2010-2020), em função do encaminhamento realizado pelo setor judiciário, após ter ficado internado no Hospital de custódia e de tratamento psiquiátrico. Ele vivia sozinho em uma casa, praticamente sem móveis, pois havia vendido tudo o que tinha para viver em outro município por um tempo, retornando depois à cidade que havia deixado. Passava grande parte do dia circulando pela cidade e por algumas rodovias. Em certas épocas, ficava sem tomar banho, o que ocasionava reclamações dirigidas ao CAPS.

Em suas andanças, às vezes ia a uma concessionária de automóveis e se dizia dono do empreendimento, por ser filho do antigo proprietário falecido, conhecido como Arruda. Certa vez, foi até o Fórum da cidade para solicitar um exame de DNA, buscando comprovar ser filho do Arruda. O exame foi negado, pois não havia razoabilidade no pedido e a família do senhor Arruda era muito influente na cidade. Apesar de ser considerado “esquisitão”, em determinado momento, parte da equipe chegou a duvidar se ele necessitava, de fato, do acompanhamento realizado pelo CAPS, ainda que a médica o tenha diagnosticado com

“transtorno esquizotípico” e receitado antipsicóticos (medicação que ele utilizava, muitas vezes, de forma descontinuada, o que era fonte de preocupação de parte da equipe, pois prenunciava uma futura crise).

Sua irmã era quem o ajudava a administrar o Benefício de Prestação Continuada que recebia, motivo de conflitos entre os dois. Nesses casos, geralmente, Miguel solicitava a mediação de um técnico da equipe. Determinado dia, quando não encontrou mediação imediata, num acesso de fúria, quebrou alguns objetos do CAPS (televisão, bebedouro e ventilador). Receando que fosse a outro estabelecimento da Assistência Social e tivesse a mesma atitude, outra psicóloga do CAPS e eu fomos até lá para conversar com ele, a fim de interceder na situação. Após esse episódio, Miguel passou a demandar atendimento pelo menos duas ou três vezes na semana. Algumas vezes, tentava falar-me antes mesmo que eu entrasse no CAPS, esperando-me na porta, principalmente nos momentos de maior irritação.

Algumas vezes, Miguel solicitou minha ajuda para convencer o Fórum a realizar o exame de DNA. Declarava ser “filho do Arruda”, apesar de constar na sua certidão de nascimento o nome de outro homem, que inclusive foi quem o criou. Mediante seu pedido, ao invés de simplesmente dizer não ou concordar com tal solicitação, convidei-o a falar sobre. Após relatar as inúmeras tentativas de ser reconhecido como filho do Arruda, Miguel contou que, quando sua mãe estava grávida dele e passava mal, colocava algumas folhas da erva “arruda” no nariz para se sentir melhor. Então eu destaquei o fato de a “arruda” fazer parte de sua história. Na semana seguinte, Miguel me pediu em casamento. Afirmei que o escutava no CAPS por ser meu trabalho e perguntei por que queria se casar comigo. Segundo ele, se eu me casasse com ele, ele pararia de beber nos finais de semana, momento em que fica ocioso e sem o suporte do CAPS. Pontuei a questão da ociosidade, dizendo-lhe que ele poderia pensar em outras estratégias para não beber. Miguel ainda falou sobre sua sexualidade, contou que namorou uma moça quando jovem, mas que ela o trocou por um homem mais velho e mais rico. Ele supõe que na época a moça tenha engravidado dele, mas não reclama a paternidade da criança.

Certo dia, Miguel me encontrou enquanto separava pedaços de giz de cera e solicitou alguns para levar para sua casa, pois gostaria de desenhar nas paredes. Separei alguns e entreguei a ele. Dias depois, Miguel contou que passou o final de semana desenhando e, por isso, não se ocupou com bebida, inclusive me convidou para ir até sua casa ver sua obra. Nas semanas seguintes, deixei com ele pedaços de giz de cera de cores variadas para que pudesse continuar seus desenhos. Saí de férias por um mês e, quando voltei a trabalhar, Miguel estava em crise, inclusive passou a declarar que não era “filho do Arruda” e sim do homem que

constava em sua certidão de nascimento. Uma semana depois, deixei de trabalhar naquele CAPS e após, alguns dias, soube que ele havia sido internado devido ao agravamento da crise. Recentemente, soube também que voltou a circular pela cidade e se dizer “filho do Arruda”.

Miguel se serviu de um significante (arruda) que fazia parte da história de sua gestação para compor uma nomeação imaginária. Esse significante possui teor imaginário, contudo, tem potência simbolizante (trata-se de, imaginariamente, construir um pai para si). Ser “filho do Arruda” parece constituir uma metáfora delirante que permitiu o estabelecimento de um certo arranjo imaginário-simbolizante frente a ausência do significante Nome-do-Pai. A metáfora delirante, que faz suplência do significante Nome-do-Pai, apesar de não efetuar a castração simbólica, de não barrar o Outro, produz uma modificação no modo como o gozo do Outro (do tempo da maternagem) incide sobre o sujeito, gozo que então é percebido na realidade psíquica como algo palatável.

Essa metáfora opera a regularização do campo do simbólico para esse sujeito, possibilitando que ele ocupe essa posição e, ainda que faça isso via recursos de subjetivação imaginários, de potência simbolizante, pode habitar a realidade compartilhada (laço social). Por isso, na escuta do sujeito Miguel, em nenhum momento tentei convencê-lo de que não era “filho do Arruda”, assim como não o encorajei a buscar uma confirmação, pois não se tratava de confirmar o dado na realidade concreta. Meu posicionamento, ao contrário, foi de secretariar suas produções sem pretender o apagamento de seu enredo delirante, pois:

Se o delírio é o que corresponde ao sintoma na psicose, sua função de suplência na estrutura nos indica que a direção da cura com o sujeito psicótico não está na suspensão do sintoma. Pois este traz um apaziguamento patente do gozo ao qual o sujeito está submetido. Contrariamente, em muitos casos, trata-se de dar a oportunidade ao sujeito de reconstruir uma realidade que forçosamente será distinta de uma realidade comandada pelo Nome-do-Pai, daí ser denominada delirante. O psicanalista, ao deixar-se guiar pela estrutura, deve aprender com o delírio que é uma tentativa de cura. O curável na psicose é equivalente a tentar barrar, delimitar, temperar, apaziguar o gozo que invade o sujeito. Não se trata de um analista delirar com um paciente. Trata-se, antes, de usar o recurso da linguagem na direção de cifrar o gozo, significantizar o real (QUINET, 2006a, p. 100-101).

Em nenhum momento Miguel me pediu para interpretar suas falas, nem me colocou no lugar de sujeito do suposto saber, visto que sua posição estrutural de alienação do desejo do Outro não deixava margem para que ele pudesse se perguntar sobre seu próprio desejo. Na

ocasião em que me pediu em casamento, o manejo da transferência¹⁷ consistiu em não responder via imaginário (ou seja, no lugar de uma mulher desejada por ele) e em não ocupar o lugar de Outro (que gozaria dele, impedindo-o de beber). Ao apontar que o escutar fazia parte do meu trabalho, procurei afastar a transferência da via erotômana. Meu desejo de trabalhadora-intercessora, como desejo advertido, proporcionou-me condições de manejar esse tipo particular de transferência.

O fornecimento de giz de cera se deveu à aposta de que Miguel poderia usar a arte (no caso, fazendo desenhos na parede de sua casa) como recurso imaginário de estatuto simbolizante, cujo efeito o apaziguava. Quanto à sua entrada em crise, ou melhor, o desmoronamento de sua realidade psíquica, não foi possível localizar o evento Um-pai que o produziu, uma vez que, tendo saído daquele CAPS, não pude mais exercer a função de sua analista. Chamou-me a atenção a única fala dele direcionada a mim, no momento que parecia estar com sua realidade psíquica desmoronada: “eu não sou filho do Arruda, sou filho do Valmir¹⁸ e não quero me casar com você!”. O que pude fazer, durante o tempo em que trabalhei naquele estabelecimento, foi assegurar a ele um lugar de endereçamento para suas produções discursivas, tomando seus ditos de forma literal, sem pretender interpretá-los, deixando-me guiar pelas suas indicações.

Pelos relatos dos trabalhadores do CAPS que o acompanham por diversos anos, Miguel sempre reconstrói sua realidade psíquica servindo-se da metáfora delirante “filho do Arruda” para retornar à realidade compartilhada, o que lhe permite circular pela cidade e (re)fazer o laço social, ainda que seja visto como “louco” por reivindicar uma paternidade de um homem já morto e que teve um papel importante na cidade. Soube, pelo relato de um dos trabalhadores, que Miguel ainda pergunta por mim, dando notícia da transferência que ele pôde estabelecer comigo no período em que trabalhava naquele estabelecimento.

O trabalhador como secretário do alienado, possibilidade de uma clínica singular: momento de concluir

Quando um sujeito, cuja realidade psíquica tenha desmoronado e esteja em franco processo de reconstrução delirante, procura ou é levado para atendimento nos

¹⁷ Freud (1996d) compreende a transferência enquanto um fenômeno universal, presente em todas as relações sociais. A relação transferencial se presentifica na situação analítica, sustentando o trabalho de análise, cabendo ao analista manejá-la. Lacan (2008) demarca a transferência como um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Ela é um fenômeno no qual participam, juntos, sujeito e analista, ainda que não estejam incluídos da mesma forma. Seu estabelecimento ocorre por meio do encontro do desejo do sujeito com o desejo do analista, sendo que o desejo do analista está na base da transferência.

¹⁸ Optamos por trocar por um nome fictício de forma a preservar sua identidade.

estabelecimentos da Rede de Atenção Psicossocial, inclusive nos CAPS, é comum os trabalhadores suporem que dispõem de basicamente três recursos para calar o sujeito: a (i) negativa em escutá-lo (inclusive encaminhando para uma internação hospitalar); a (ii) tentativa de convencê-lo de que seu discurso – seu delírio ou alucinação – não possui relação com a realidade e, por fim – e, às vezes, principalmente – a (iii) introdução e administração (*a priori*) do fármaco. O elevado (para não dizer gigantesco) número de consultas psiquiátricas, a (ainda) significativa quantidade de internações hospitalares¹⁹ e, principalmente, a excessiva medicamentação são efeitos do funcionamento institucional, de práticas de equipe de trabalhadores balizadas pelo PPHM e seu corolário, o Discurso Médico. O manicômio clássico, que possuía feições arquitetônicas, agora se tornou predominantemente químico!

Os fenômenos típicos da forclusão – conhecidos pelos trabalhadores, usualmente, como sendo meras manifestações da psicose – consistem, de fato, no trabalho efetivo que o sujeito já está fazendo, na tentativa de reconstruir a realidade psíquica que havia desmoronado diante de si. Em outras palavras, trata-se de um trabalho de reenganchamento dos registros – Imaginário, Simbólico ou Real. Não se trata de uma doença, mas sim de uma posição subjetiva singular na existência, incluindo os intensos sofrimentos que comporta. Portanto, não é o caso procurar uma possível cura e nem de pretender extinguir suas manifestações por meio dos fármacos. Alucinação, delírio e os mais diversos fenômenos elementares, por mais estranhos que aparentam ser, incluem aspectos particulares da história de vida daquele sujeito e dizem respeito à sua verdade.

Por se tratar de um trabalho de elaboração psíquica empreendido pelo sujeito, na busca da reconstrução de sua máquina humana de subjetivar (*Realität*), ele precisa ser escutado e não calado, pois calá-lo significaria obstruir a via de produção dos significantes de estatuto imaginário e, assim, construir uma metáfora ou invenção de seu *Sinthoma* que sirva como suplência ao significante Nome-do-Pai que está foracluído. Trata-se, portanto, de um trabalho que permita enlaçar novamente os registros Imaginário, Real e Simbólico, ou seja, de reparação sintomática. Por isso Dafunchio ressalta que podemos falar em tratamentos possíveis, de modo que “[...] serão tantas as soluções possíveis, que farão também diversificar o tratamento possível das psicoses” (2008, p. 74, tradução nossa).

É importante tomar as manifestações da psicose a título de enigmas que precisam ser equacionados e ofertar ao sujeito um espaço onde ele tenha condições de fazer um trabalho

¹⁹ Supomos que a internação *per se*, sem trabalhadores que possam escutar o sofrimento de tais sujeitos, é muito prejudicial para eles. A internação manicomial e o uso indiscriminado de medicamentos só fazem piorar o estado desses sujeitos: cronificação, institucionalização, carreira moral psiquiátrica e medicamentosa.

psíquico e sua loucura possa ser dita. Trata-se de acompanhá-lo nesse processo. Isso parece pouco, com relação ao sofrimento que há na loucura? A clínica psicanalítica alerta os trabalhadores: a vontade onipotente de curar o outro leva à impotência diante desse impossível, depois a frustração do trabalhador o leva a reagir com dureza, rispidez e até com violência, de forma que “[...] a impotência em sustentar autenticamente uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder” (LACAN, 1988a, p. 592).

Na oferta de tratamento ao sujeito constituído por foraclusão, é imprescindível que não se procure, a todo custo, promover o apagamento dos fenômenos que não estão de acordo com o que é considerado socialmente “normal” (BENELLI; PÉRICO; COSTA-ROSA, 2017). Tentar abolir os sintomas mais evidentes por meio do fármaco dificulta ou até impede o trabalho subjetivo em andamento. O desafio colocado ao trabalhador da Saúde Mental é, justamente, o de poder realizar uma *escuta do sujeito* ao invés de tentar normalizá-lo, isto é, de fazer a ortopedia da sua conduta. Devido ao inconsciente do sujeito se mostrar sem a barreira do recalque, sem censura, escancarado a “céu aberto” (SOLER, 2007), essa escuta pode provocar intensa angústia no trabalhador, dificultando o manejo da transferência. Por outro lado, o tratamento somente poderá ocorrer efetivamente por meio do manejo da transferência, que é diferente em cada estrutura (recalcamento, foraclusão ou renegação).

Em se tratando do manejo da transferência com os sujeitos constituídos por foraclusão, essa deve seguir a via do apaziguamento de um Real que invade (LACAN, 2001). Broca e Duprat (1989) nomeiam a modalidade de transferência como “erotomania da transferência, a erotomania sendo propriamente falando a modalidade do amor de transferência na psicose” (p. 188). Nessa modalidade transferencial, o trabalhador-intercessor (2019), em um primeiro momento, fica como lugar de mensagem, enquanto o sujeito da psicose está em “posição de objeto vocal enunciando um saber” dirigido a ele. Por meio do chamado do sujeito ao discurso, opera-se uma mudança, um momento de balança. Num segundo instante, o sujeito fica na posição de sujeito alienado (aos significantes), e o trabalhador/analista na posição de objeto. Com o engajamento do sujeito na alienação da metonímia significativa, opera-se, em alguma medida, um esvaziamento do gozo. Quanto à interpretação, essa possui outro estatuto: não se refere à uma interpretação significativa – “que traria o risco de produzir um delírio de interpretação, até um delírio a dois – mas, antes, de uma manobra da transferência visando à moderação do gozo” (BROCA; DUPRAT, 1989, p. 189).

Com relação à direção do tratamento, há duas premissas em Lacan (1988). A primeira consiste em assegurar um lugar de endereçamento para criar condições de o sujeito encontrar um lugar de existência. Já a segunda implica que o trabalhador, na transferência, não ocupe a

posição de objeto de desejo ou de grande Outro esmagador, e sim de objeto dejetivo (MONTEIRO *et al.*, 2016). Ao apostarmos em sua produção discursiva, o sujeito poderá dizer sua verdade e construir uma metáfora delirante singular ou um *Sinthoma* que servirá como ponto de amarração de sua realidade psíquica, ainda que esse seja de estatuto imaginário com potência simbolizante e, por isso mesmo, algo instável, que poderá sofrer novos abalos e desmoronamentos. Isso significa que as produções delirantes e inventivas não devem ser suprimidas de modo algum.

O posicionamento do trabalhador deve ser o de “suposto não saber” (ZENONI, 1998, p. 14), visto que ocupar o lugar de quem sabe (sobre o sujeito) é uma atitude que inviabilizará o tratamento. Lacan (1988), no Seminário “As psicoses”, propôs o posicionamento de “secretário do alienado” que consiste em sustentar, de um lado, um lugar de parceria, dando crédito à fala do sujeito e, de outro, um polo de endereçamento para as suas produções, assistindo suas criações e tomando literalmente o que for dito, a fim de oferecer ao sujeito um campo de elaboração psíquica para que ele prossiga com o trabalho de reconstrução de si:

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada. Não é por ter estado longe o bastante na sua escuta do alienado que os grandes observadores que fizeram as primeiras classificações tornaram sem vigor o material que lhes era oferecido? (LACAN, 1988, p. 235).

Como secretário, é importante escutar o sujeito, atendo-se à relação que busca estabelecer conosco. Para isso, é preciso saber em que posição ele está e, igualmente, qual posição nós ocupamos no tratamento, posto que a transferência na forclusão pode ser desencadeante. Com isso em mente, é possível realizar manobras transferenciais – de vínculo frouxo e de “trivialização da transferência” –, intervenções para auxiliá-lo na reconstituição do enganchamento do Imaginário, do Real ou do Simbólico, a depender de qual dos registros tenha se soltado. Assim, (co)operamos para que o sujeito crie uma suplência subjetiva.

É imprescindível que o trabalhador tenha clareza de que o sujeito constituído por forclusão não mudará de estrutura, portanto, jamais poderá se tornar um sujeito do recalçamento. Ainda que possa viver “como se” fosse do recalçamento quando está estabilizado, esse sujeito não estará inscrito na norma fálica, em virtude de não haver inscrito o Nome-do-Pai no Outro. Caso encontre um trabalhador que o escute, o sujeito poderá fazer um trabalho psíquico que envolva encontrar significantes e construir metáforas delirantes ou

até mesmo construir o que Lacan (2007) chamou de *Sinthoma*, a partir de um saber-fazer com o Real, capaz de viabilizar a montagem de um certo arranjo (imaginário) e a reconstrução da realidade psíquica. Consequentemente, poderá retornar à realidade compartilhada, estabelecer laço social, trabalhar, formar uma família etc.

A Ética do desejo (LACAN, 1995b), como é nomeada a ética da psicanálise, coloca o compromisso do trabalhador em não ocupar uma posição de mestre, de modo a propiciar que os sujeitos tomem posse de seu próprio discurso e assim digam sua verdade – que será sempre singular. Não tomar o sujeito como objeto de poder/saber, mais que uma técnica, trata-se de um posicionamento ético! A psicanálise, assim como o PPS, compartilha do mesmo horizonte: a produção de subjetividade singular, motivo pelo qual a psicanálise é um dos referenciais teórico, técnico e ético deste paradigma no campo da SMC.

Considerações finais

A construção da Atenção Psicossocial, sob inspiração dos pressupostos mais radicais da Reforma Psiquiátrica, exige mais do que tirar os sujeitos dos hospitais psiquiátricos e dos velhos manicômios, ou seja, a conhecida desospitalização. A RAPS, principalmente o CAPS, tem papel essencial na oferta de tratamento aos sujeitos constituídos por foraclusão, conhecidos como psicóticos. Formar-se e operar com a clínica psicanalítica, na qual o sujeito é o protagonista do seu tratamento, coloca a necessidade de que os trabalhadores não o reduzam, bem como as suas manifestações fenomênicas, ao conjunto cada vez maior de categorias psiquiátricas e do seu catálogo de doenças – Código Internacional de Doenças (CID-10). Insistir nessa redução significa continuar a reproduzir práticas manicomiais mesmo que em meio aberto, transformando um CAPS em um “Capscômio”.

Concordamos com Costa-Rosa (2013) quando afirma que a luta antimanicomial nos tempos atuais também necessita de ser uma luta antimedicalização. Isso não significa abdicar radicalmente do uso medicamentoso e sim que a resposta farmacológica não poderá ser dada *a priori* e nem configurar o principal tratamento. Há alguns casos pontuais em que a medicação é importante, como nos casos em que o sujeito está momentaneamente colocando sua vida em risco ou em estado de catatonia (especialmente neste último, o fármaco poderá contribuir para auxiliar o sujeito a falar), mas, mesmo assim, a prescrição do remédio deverá ser reavaliada com vistas a sua retirada.

A clínica com os sujeitos constituídos por foraclusão não acontecerá apenas em momentos em que houve uma quebra de realidade psíquica e sua reconstrução, ela poderá existir também nos momentos em que ele se encontra estabilizado, já que alguns

acontecimentos podem produzir angústias, fazendo-lhes necessitar de um espaço de escuta para produzir um trabalho psíquico de criação de significantes de estatuto imaginário-simbólico, que lhes dê condições de se manter no laço social. Nessas situações, essa escuta clínica servirá como um espaço de continência nos casos em que a demanda for de reequilíbrio (HAINZ; COSTA-ROSA, 1999, p. 410). As oficinas terapêuticas, por exemplo, podem ofertar condições de um tratamento da pulsão que invade o sujeito por meio da “construção de uma outra superfície para localização desse gozo – seja o objeto ou o próprio oficinairo, ou mesmo o espaço da oficina” (GUERRA, 2008, p. 53), promovendo um certo apaziguamento para o sujeito.

Uma das principais tarefas do CAPS, na perspectiva da reabilitação psicossocial, é a promoção da reinserção dos sujeitos através do “acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004). Tarefa importante, que exige considerar a pertinência da dimensão clínica, pois os sujeitos constituídos por forclusão costumam ser refratários ao laço social. O trabalhador não deve antecipar a demanda do sujeito em se reinserir e não deve pretender reconstruir os laços sociais por ele (ainda) não demandados, pois essa reinserção depende do trabalho clínico (subjetivo) realizado por cada um. Segundo Quinet, o trabalhador “deve estar atento não só ao seu *furor sanandi*, mas ao seu *furor includenti*, ele deve se precaver contra seu desejo de inclusão do louco nos jardins da polis no intuito de retirá-lo do jardim das espécies da nosografia” (2006b, p. 50).

Propostas de intervenção que visam reabilitar o sujeito, a partir de demandas que não lhes são próprias, desconsiderando seu modo singular de estar no mundo e sua palavra, reforçam sua posição de objeto do Outro, de modo que o seu retorno à sociedade “se resumirá a um adestramento para o laço social que não poderá ser sustentado de forma ativa por esse sujeito. Ou pior, poderá levar ao agravamento de seu quadro clínico” (RINALDI, 2010, p. 133). O risco de uma proposta reabilitadora que desconsidere a clínica, ou melhor, os diferentes modos de constituição do sujeito, é o de funcionar por meio de uma perspectiva ortopédica. Não se trata de negar o compromisso da RPb com a reabilitação e reinserção social, mas de não pretender realizá-la a todo custo, violentando o sujeito. Aprendemos com a psicanálise a necessidade de sustentar uma posição de escuta para que um trabalho possa ser realizado pelo próprio sujeito, sem expectativas de reinseri-lo socialmente a todo custo. Se a reinserção ocorrer, será um efeito de um trabalho capaz modificar a posição de sujeito.

Quando recebemos um sujeito constituído por forclusão para tratamento no CAPS, estamos num cenário institucional onde ocorre o embate entre duas crenças que têm, cada

qual, sua própria certeza: a do Discurso Médico, sobre a doença denominada psicose e a do sujeito, sobre sua loucura. No que diz respeito à psicanálise, sua perspectiva de trabalho está centrada na verdade do sujeito, portanto numa verdade sempre singular. Essa verdade só pode ser dita pelo próprio sujeito, o que nos coloca diante da necessidade de escutá-lo em sua singularidade, fazendo o papel de secretariar o louco. Exatamente por ser uma prática do singular, na qual o sujeito é o protagonista do seu tratamento, a psicanálise do campo de Freud e Lacan está em consonância com os princípios mais caros da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial e pode se constituir como um referencial teórico, técnico e ético do PPS (COSTA-ROSA, 2019).

REFERÊNCIAS

BENELLI, S. J. *Figuras da clínica “psi” na contemporaneidade: o olhar, a escuta e a sensação*. Tese de Livre Docência em Psicologia Clínica. Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, São Paulo, 2020.

BENELLI, S. J.; PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. Por um psicólogo não normalizador no contexto das instituições públicas. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 16, n.1, p. 1-17, 2017. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/841/822>. Acesso em 20 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 189, de 20 de março de 2002*. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002*. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm. Acesso em: 28 mar. 2019.

BRASIL. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. *Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 9 abr. 2001. p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 17 ago. 2014.

BROCA, R.; DUPRAT, C. JCV: uma psicose sob transferência. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Clínica Lacaniana: casos clínicos do campo freudiano*. Tradução Luiz Forbes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. p. 180-196.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do Discurso Médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA, M. F. *A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento: da privatização da Saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente*. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/148827>. Acesso em: 24 set. 2018.

COSTA, M. F. Concepções de rede e estratégia na atenção psicossocial: diferenças, contradições e (inter)conexões. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 9, n. 22, p. 98-112, 2017. Disponível em: <http://stat.elogo.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3369/5005>. Acesso em: 27 dez. 2019.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo de Freud-Lacan? *Revista de Psicologia da Unesp*, v. 18 (número especial), p. 37-54, 2019. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542/1352>. Acesso em: 15 jan. 2020.

COSTA-ROSA, A. Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In: DIONÍSIO, G. H.; BENELLI, S. J. (Orgs.). *Políticas públicas e clínica crítica*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 15-31.

COSTA-ROSA, A. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 032, p. 743-757, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/18.pdf> . Acesso em: 10 jun. 2019.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na Psicanálise do campo Freud-Lacan? *Revista da Psicologia da Unesp*, v. 18, número especial, p. 37-54, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000200004. Acesso em 11 mai. 2020.

COSTA-ROSA, A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013.

COSTA-ROSA, A. Modo Psicossocial um novo paradigma nos Tratamentos Psíquicos na Saúde Coletiva. *Revista Vertentes*, UNESP, Assis, v. 05, p.11-22, 1999.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A. *Saúde Mental Comunitária: análise dialética das práticas alternativas*. 1987. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia, São Paulo, 1987.

DALFUNCHIO, N. S. *Confines de las psicosis*. Buenos Aires: Del Bucle, 2008.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na prática. *Revista de Psicologia da UNESP*. v. 6, n. 1, p. 60-79. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>. Acesso em: 03 jan. 2020.

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ELIA, L. *O conceito de Sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

FREUD, S. Além do princípio de prazer (1920). In: FREUD, S. História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). *Obras completas*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. Vol. 14.

FREUD, S. Repressão (1915). In: FREUD, S. *Edições Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. Vol. 14. p. 147-169.

FREUD, S. Carta 52 (1950). In: FREUD, S. *Edições Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. Vol. 1. p. 287-296.

FREUD, S. Luto e melancolia (1917[1915]). In: FREUD, S. *Edições Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. Vol. 14. p. 245-265.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVII: Transferência (1916[1917]). In: FREUD, S. *Edições Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. Vol. 16. p. 443-448.

GALIEGO, A. H. B. *O dispositivo intercessor como modo de produção de conhecimento: construção do saber na prática de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas*. 2013. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97528/000721719.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 dez 2019.

GOTO, C. S. *A Reforma Psiquiátrica no Brasil Contemporâneo: ensaios da psicanálise lacaniana e da crítica da economia política*. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018. 198 p. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153085/goto_cs_me_assis.pdf?sequence=4. Acesso em: 03 jan. 2020.

GUERRA, A. M. C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C (Orgs.). *Oficinas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. p. 23-58.

HAINZ, C. G.; COSTA-ROSA, A. A oficina terapêutica como intercessão em problemáticas de sujeitos constituídos por forclusão. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 2, p. 405-412, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000200022>. Acesso em: 11 mai. 2020.

LACAN, J. *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, J. *O seminário, livro 3: As psicoses*. (1955-56). Tradução de Aluisio Menezes. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Tradução de M. D. Magno. Rio de Janeiro, Zahar, 2008.

LACAN, J. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN, J. *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1995a.

LACAN, J. *O seminário, livro 7: a ética do desejo*. Tradução de Antônio Quinet. Rio de Janeiro: Zahar, 1995b.

LACAN, J. *O seminário, livro 23: o sinthoma*. Tradução de Sergio Laia. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LACAN, J. *Nomes-do-pai*. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro, Zahar, 2005.

MONDONI, D.; COSTA ROSA, A. Reforma Psiquiátrica e Transição Paradigmática no Interior do Estado de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, n. 26, v. 1, p. 39-47, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/28860>. Acesso em: 14 mar. 2020.

MONTEIRO, C. P.; LINHARES, L. A.; BARRETO, E. K. M.; NASCIMENTO, Z. A. Soluções psicóticas e intervenções analíticas. *Ecos: Estudos contemporâneos de subjetividade*, Campos dos Goytacazes, v. 6, n. 2, p. 188-196, 2016. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/viewFile/2110/1324>. Acesso em: 16 jun. 2018.

PAGNANO, J. R. C. *O hospital psiquiátrico como analisador da saúde mental de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153958/pagnano_jrc_me_assis_int.pdf?sequence=7&isAllowed=y. Acesso em: 19 set. 2020.

PEREIRA, E. C. *Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual Paulista, Assis, SP. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2011. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/97597>. Acesso em: 10 ago. 2020.

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde Soc.*, v. 21, n. 4, p. 1035-1043, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a20.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2019.

PÉRICO, W. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/134191>. Acesso em: 24 set. 2018.

PÉRICO, W.; COSTA-ROSA, A. Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico à clínica da Atenção Psicossocial. *aSEPHallus* (Online), v. 10, n. 19, p. 16-42, 2015. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_19/pdf/do_terapeutico_alienante.pdf Acesso em: 20 mar. 2019.

POLLO, V. A teoria-clínica em um caso de esquizofrenia. Em Alberti, S. *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquize*. Rio de Janeiro: Marca d'água Livraria e Editora, 1999. p. 149-162.

QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997, 2006a.

QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006b.

RINALDI, D. L. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 315-323, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0315.pdf>. Acesso em: 24 out. 2020.

SAGGESE, E. Psicanálise e clínica da psicose: o que não tem sossego, nem nunca terá. In: FIGUEIREDO, A. C. (Org.). *Corpo, sintoma e psicose: leituras do contemporâneo*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006. p. 73-81.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T., COSTA-ROSA, A. A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção. *Psicologia USP*, v. 28, n. 3. p. 389-395, São Paulo, 2017a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-65642017000300389&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 set. 2018.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T., COSTA-ROSA, A. Contribuições do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma análise dialética do fazer e da genericidade humana. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.*, v.1, n. 5, p. 704-720, Rio de Janeiro, 2017c. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/9655/pdf>. Acesso em: 06 jan. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T., COSTA-ROSA, A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 21, n. 63, p. 845-856, São Paulo, 2017b. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160202.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento na saúde coletiva*. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2016. 134 p. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/134320/shimoguiiri_afdt_me_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 09 de jan. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; PÉRICO, W. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 13, n. 1, p. 33-51, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442014000100004. Acesso em: 12 de mar. 2020.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. O Paradigma Psicossocial: parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 18, número especial, p. 198-216, 2019a. Disponível em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1549/1359>. Acesso em: 14 de mar. 2020.

SOLER, C. Autismo e paranoia. In: ALBERTI, S. (Org.). *Autismo e paranoia na clínica da esquizo*. Rio de Janeiro: Marca d'Água: 1999. p. 219-231.

SOLER, C. *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

STERNICK, M. V. C. Saber fazer com o real na psicose: corpo e delírio. In: LIMA, M. M.; COUTINHO JORGE, M. A (Orgs.). *Saber fazer com o real: diálogos entre Psicanálise e Arte*. Rio de Janeiro: Cia de Freud: PGPSA/IP/UERJ, 2009. p. 265-276.

YASUI, S. COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*, v. 32, n. 78/80, p. 27-37, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>. Acesso em: 19 jan 2021.

ZENONI, A. Clínica e comunidade de trabalho. Seminário interno do Instituto Raul Soares, 3, 1998, Belo Horizonte. *Anais [...]*. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 1998. p. 7-20.

ENSAIO 6

A OFICINA TERAPÊUTICA COMO LAÇOS SOCIAIS DE PRODUÇÃO E A OFICINA NO DISCURSO DO ANALISTA

Resumo: Neste ensaio, tratamos da oficina não apenas como um espaço de socialização e de criação de um objeto, mas, especialmente, como uma forma de tratamento para os sujeitos com graves impasses de subjetivação. Partimos de uma breve apresentação do uso do trabalho e da atividade no campo da Saúde Mental, para então discutir as práticas de oficina, tendo por referência as modalidades de laços sociais estabelecidas por Lacan, com destaque especial para a oficina realizada pelo trabalhador posicionado no laço social Discurso do Analista. Nessa oficina, o sujeito é o protagonista do seu tratamento e, o oficineiro, o seu parceiro nesse processo. A oficina tem especificidades, a depender da modalidade estrutural de cada sujeito: para os sujeitos do recalçamento, ela opera via sublimação e como entrevistas preliminares, enquanto para os sujeitos da forclusão, ela opera por meio do saber-fazer com o gozo de cada sujeito. Apesar de ser realizada no coletivo, cada sujeito se serve dela a seu modo, portanto, trata-se de uma prática que tem como horizonte a produção de subjetividade singularizada.

Palavras-chave: Oficina terapêutica; tratamento; Discurso do Analista; dimensão clínica.

Considerações iniciais

Nas últimas décadas, fruto das críticas dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), houve uma tentativa de reduzir a quantidade de intervenções terapêuticas mais tradicionais e de construir novas práticas, tendo como horizonte a ruptura com a lógica manicomial. As práticas terapêuticas que se propõem como práticas alternativas buscam valorizar a dimensão subjetiva e investir nas experimentações a fim de configurar um novo saber-fazer. Os espaços denominados ateliês, laboratórios, bem como as oficinas que ocorrem neles, estão incluídos nessa nova modalidade terapêutica, que surgiu antes mesmo da aprovação da *Lei da Reforma Psiquiátrica* (BRASIL, 2001) e da implantação dos novos estabelecimentos de Saúde Mental, sendo realizados nas brechas abertas de estabelecimentos manicomiais.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estabelecimento estratégico para a efetivação da RPb, responsável pela oferta de tratamento para sujeitos com graves impasses na subjetivação, pode ofertar um conjunto variado de atividades terapêuticas que vão além do par consulta psiquiátrica/psicoterapia, pois se compreende que, para esses sujeitos, são necessárias outras condições terapêuticas, que não as encontradas nos hospitais e ambulatórios. Nesse novo modo de organizar a Atenção, as oficinas passam a ter um “papel primordial, tanto como elemento terapêutico quanto como promotoras de reinserção social,

por meio de ações que envolvem o trabalho, a criação de um produto, a geração de renda e a autonomia do sujeito” (COSTA; FIGUEIREDO, 2008, p. 7).

O Ministério da Saúde (MS) considera a oficina terapêutica enquanto uma das principais formas de tratamento oferecida pelo CAPS (BRASIL, 2004). Essas atividades, geralmente realizadas em grupo, são operadas por um ou mais trabalhadores do CAPS, com formação em nível superior ou médio. De acordo com a publicação “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (BRASIL, 2004), as oficinas podem ser divididas em três modalidades: geração de renda, alfabetização e modalidades expressivas. As oficinas geradoras de renda capacitam o trabalhador por meio do aprendizado de uma atividade específica que, como indica o nome, lhe permitirá gerar renda. Alguns exemplos são o artesanato, a culinária, a produção de bijuterias, o brechó, a costura, o cultivo de horta. As oficinas de alfabetização, por meio do exercício da leitura e da escrita, contribuem para que os sujeitos que não puderam acessar ou permanecer na escola, por meio da aquisição desses recursos, possam (re)construir ou ampliar sua cidadania. Já as oficinas expressivas consistem em espaços de produções discursivas que ocorrem por meio de palavras (poesia, música, teatro, textos etc.), do corpo (dança e teatro) ou de algum objeto produzido (cerâmica, argila, pintura, desenho, fotografia etc.).

De acordo com Lima (2008), o termo oficina tem sido utilizado para nomear novas propostas terapêuticas, fazendo referência a atividades de diferentes formatos e composições. Para Galetti (2004) “o universo das oficinas não se define por um modelo homogêneo de intervenção e tampouco pela existência de um único regime de produção; ao contrário, é composto de naturezas diversas, numa multiplicidade de formas, processos e linguagens” (p. 21). Essa diversidade também diz respeito aos profissionais que operam as oficinas, tais como psicólogos, terapeuta ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, dentre outros, com seus respectivos referenciais teóricos, técnicos e éticos. Assim, uma mesma oficina, dependendo do modo como for operada, terá um sentido e um resultado diferente em termos de produção de subjetividade.

Há um conjunto de trabalhos sobre oficina terapêutica que testemunha a diversidade de práticas adotadas, algumas situadas na lógica da Atenção Psicossocial e outras situadas na lógica manicomial. Ribeiro, Sala e Oliveira (2008), ao analisarem as oficinas em oito CAPS de Mato Grosso, encontraram práticas que se dividem em duas categorias, a saber: “oficinas na lógica da atenção psicossocial” (2008, p. 518) e “face nova para antigas práticas” (2008, p. 519). Cruz e Fernandes (2012), ao observar o fazer clínico de psicólogos em oficinas em CAPS de Salvador, identificaram resquícios da lógica manicomial convivendo com o novo modelo de

cuidado, como em situações de exigência “disfarçada” de trabalho, a expectativa por produtividade e a utilização educativa da atividade. Por sua vez, Cedraz e Dimenstein (2005), ao pesquisar um CAPS em Natal-RN, constataram que as oficinas, muitas vezes, cumprem a função de ocupação do tempo e funcionam como transmissoras de valores socialmente legitimados como corretos. Nas palavras das autoras: “as oficinas terapêuticas preservam em seu funcionamento resquícios sutis de um paradigma inconciliável com os ideais da desinstitucionalização” (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005, p. 301).

Rodrigues (2010), questionou em que medida as oficinas atuais se diferenciam das antigas experiências artísticas que eram encontradas nos estabelecimentos da psiquiatria asilar. Nesse sentido, Galetti (2004) fez um alerta sobre os riscos da naturalização da prática da oficina, por vezes tomada *a priori* enquanto uma ferramenta que, por si só, desconstruiria a prática manicomial, destacando seu duplo efeito: “de aprisionar e de apassivar o dispositivo, mais do que torná-lo disruptivo nas intervenções institucionais” (GALETTI, 2004, p. 22). Essas pontuações colocam em cena a necessidade de as oficinas estarem situadas teórica, técnica e eticamente, porque, caso contrário, correm o risco de desempenharem funções de mero entretenimento, de simples produção de um objeto, e, no pior dos casos, de simples ocupação do tempo ocioso. Nessa perspectiva, como diferenciar uma prática de oficina fundamentada no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador¹ (PPHM) de outra orientada pelo Paradigma Psicossocial (PPS)²?

¹ Costa-Rosa (2013) propôs uma análise lógico-estrutural ao definir os paradigmas do campo da Saúde Mental, baseando-se em quatro parâmetros: (i) concepção de objeto e meios de trabalho; (ii) modos de organização das relações intrainstitucionais e interinstitucionais; (iii) formas da relação da instituição com os sujeitos, com a população, com o território e destes últimos com a instituição; e, por fim, (iv) modos dos efeitos produtivos em termos de terapêutica e de ética. O PPHM tem como objeto a doença nomeada como transtorno e seu meio de tratamento predominante é o medicamento, sendo as outras terapêuticas consideradas apenas como auxiliares. As relações no interior dos estabelecimentos e entre eles são verticalizadas e heterogeridas, modos “herdados das figuras da instituição de SMC baseadas no modo típico de ‘instituições’ organizadas para atender aos fins do Modo Capitalista de Produção (MCP)” (COSTA-ROSA, 2019, p. 44). A relação da instituição com a população é do tipo doente-são, dominantes-subordinados, supridores-carentes e ignorante-sabedor, sendo os estabelecimentos lugar de depositários dos sujeitos “doentes” e de suprimentos. Já os efeitos produtivos, em termos terapêuticos e ético-políticos, consistem na produção de subjetividade serializada. Esse paradigma ainda é hegemônico nos estabelecimentos de Saúde Mental, não por acaso, o tratamento ofertado em muitos CAPS ainda está centrado na consulta psiquiátrica e no uso de medicamentos, sendo as outras terapêuticas entendidas enquanto secundárias, principalmente quando se refere à oferta aos sujeitos constituídos por foraclusão.

² O PPS possui como referente de ação um sujeito com sua realidade psíquica (consciente e, sobretudo, inconsciente), logo, os meios de trabalho são variados (psicoterapias, oficinas, grupos, acompanhamento terapêutico, dentre outros), sustentados por um trabalhador-intercessor que opera no plano do simbólico e manejando a palavra. A relação intrainstitucional e interinstitucional é caracterizada pela horizontalização, base da produção de saúde enquanto reposicionamento do sujeito. Nas formas de relação instituição-território e sua recíproca predominam as relações intersubjetivas horizontalizadas, assim, os estabelecimentos como o CAPS servem como espaços de interlocução com o território. Por sua vez, os efeitos produtivos que estão no horizonte ético desse paradigma consistem no reposicionamento dos sujeitos nos conflitos e contradições, que atravessa e é atravessador, dos quais o sofrimento é um efeito, em resumo, o PPS visa à produção de subjetividade singularizada. Esse paradigma corresponde mais ao horizonte das práticas de Saúde Mental, não estando

Tendo em vista que as oficinas, consideradas como procedimentos terapêuticos, situam-se em um campo híbrido e móvel, composto de experimentações diversas e aberto ao encontro de vários campos e saberes (GALETTI, 2004), nos coube pensar sobre a especificidade da oficina, nesse caso, operada por uma psicóloga, pois essa prática tradicionalmente é conhecida por ser do campo da Terapia Ocupacional. Qual a diferença entre uma oficina coordenada por uma psicóloga orientada pela psicanálise do campo de Freud e Lacan e uma oficina coordenada por outros profissionais? Como esse psicólogo se posiciona? O que é produzido nesse espaço de tratamento? As dimensões da clínica e da política poderiam estar articuladas em uma oficina?

Nesse ensaio, pretendemos discutir a oficina terapêutica enquanto um espaço de intercessão situado no PPS. Para tal tarefa, nos serviremos do Dispositivo Intercessor (DI) como uma forma de operar o trabalho e a pesquisa, ou melhor, a intercessão-pesquisa. O DI não constitui propriamente um método, ele é, antes de tudo, um instrumento que auxilia o trabalhador a se posicionar no campo e na produção de um outro tipo de conhecimento, um conhecimento não colonizador. O DI é composto por dois momentos: i) o da práxis de intercessão no campo, no nosso caso como trabalhadora na Saúde Mental, e, ii) o Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento (DImpc), momento de reflexão teórica sobre as vivências enquanto trabalhadora-intercessora. Esse conhecimento, produzido no segundo momento do DI, não se configura como o “decalque” de uma prática (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 23) e sim como uma produção singular daquilo que foi possível fazer no primeiro momento. Situamo-nos a partir de nossa experiência enquanto operadora de oficinas terapêuticas em um CAPS.

A pré-história da oficina: uso do trabalho e da atividade na Saúde Mental

O uso de oficinas como recurso terapêutico não teve início com o surgimento dos CAPS, portanto, é importante revisitar sua história para compreender sua configuração atual. As bases para as oficinas terapêuticas, segundo Costa e Figueiredo (2008), tiveram como origem as práticas da terapia ocupacional compreendidas enquanto um “‘ocupacionismo’ que contribuía para assegurar ao paciente e ao ambiente psiquiátrico certo nível de tranquilidade” (COSTA; FIGUEREDO, p. 7). Greco (2008) afirmou que o trabalho enquanto terapia possuía diversos formatos, como a laborterapia, a ergoterapia, as experiências nas Colônias Agrícolas, entre outras. Para Shimoguiiri (2021), as tentativas de caracterizar a ocupação-trabalho

enquanto terapêuticas médicas, buscando dar-lhe contornos de cientificidade, foram contíguas à emergência da Psiquiatria e prosseguiram ocorrendo sob o viés do alienismo.

Segundo Guerra (2008), a primeira versão do uso da atividade no contexto psiquiátrico brasileiro, que ainda não recebia o nome de oficina, consolidou-se na década de 1920 com as Colônias Agrícolas, que introduziram o trabalho como recurso de reabilitação. Esse uso da atividade, de caráter eminentemente agrário, tinha como finalidade a ocupação do tempo ocioso dos considerados loucos (especialmente daqueles tidos como irreversíveis), a geração de renda para a manutenção das colônias e a preservação da ordem social. A tendência da psiquiatria científica, na época, era unir a ideia de reabilitação ao modelo de tratamento moral, tendo o trabalho como função central, como meio e de fim do tratamento. Guerra (2008) ainda observa que “[...] já em sua primeira versão as oficinas trazem em seu cerne o dilema capital x trabalho” (2008, p. 33).

Na mesma década, o psiquiatra Osório Cesar, estudioso do pensamento de Sigmund Freud e de Karl Marx, apreciador dos círculos intelectuais paulistanos, nos quais se tornou especialmente próximo dos artistas do Modernismo, se interessou pelas produções artísticas dos pacientes internados no Hospital do Juqueri. De acordo com sua perspectiva, a arte era um refúgio frente à clausura hospitalar. Cesar compreendia as produções artísticas dos sujeitos não somente como expressões da loucura, ao contrário, para ele o que se destacava era a qualidade estética das produções, que manifestavam um parentesco com o que os artistas modernos estavam produzindo naquela época (GALVANESE; D’OLIVEIRA; LIMA; PEREIRA; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2016). Desse modo, “ele encontra nas criações dos internos uma afirmação de suas capacidades e de sua criatividade e na arte um instrumento para reabilitação dos doentes” (LIMA, 2008, p. 65).

Diversas exposições, com obras produzidas pelos sujeitos internados do Hospital do Juqueri, foram realizadas em espaços da cidade e museus, inclusive no Museu de Arte Moderna de São Paulo, em 1948. Em 1943, foi inaugurada a Oficina de pintura que, posteriormente, resultou na criação da Escola Livre de Artes Plásticas do Juqueri. A intenção era ofertar aos pacientes – na condição de alunos e artistas – a possibilidade de profissionalização na arte para que pudessem exercer o ofício quando estivessem fora do hospital (GALVANESE; D’OLIVEIRA; LIMA; PEREIRA; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2016). Nessa Escola, o trabalho se fundamentava em teorias psicológicas e estéticas, uma vez que ele se preocupava não somente com o caráter clínico, mas também com o caráter social do trabalho (LIMA, 2008). No ano de 1972, a Escola Livre de Artes Plásticas do Juqueri encerrou suas atividades. A experiência desenvolvida por Osório, segundo

Shimoguri, “caracterizou a primeira utilização da ocupação com fins diferentes do Tratamento Moral” (2021, p. 234).

Em 1946, Nise da Silveira iniciou seu trabalho no Centro Psiquiátrico Nacional e criou a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR), inaugurando uma terapêutica ocupacional que tinha como marcas: a introdução de atividades expressivas consideradas tão importantes quanto outras opções terapêuticas; a atividade configurada como oferta e não obrigação; o trabalho destinado para pacientes agudos; o rompimento com a reversão da renda do trabalho para a manutenção do hospital e a postura de respeito à produção subjetiva do louco (GUERRA, 2008). Nise, portanto:

inicia o esboço da reforma psiquiátrica, pois na sua prática clínica criou uma técnica para tratar os pacientes esquizofrênicos diferente do contexto de sua época, que utilizava o eletrochoque, depois os medicamentos, reforçando a alienação. Foi uma revolução na abordagem clínica dos pacientes psiquiátricos, principalmente os esquizofrênicos, que geralmente eram isolados e considerados como incompreensíveis em seus delírios e alucinações (BRASIL, 2008, p. 35).

Nise acreditava na importância de ofertar atividades que servissem aos sujeitos do tratamento enquanto meios de expressão, possibilitando uma linguagem não verbal. Ao longo do seu trabalho, ela construiu parcerias com profissionais variados, dentre eles músicos e artistas plásticos, o que configurou uma proposta de caráter interdisciplinar (LIMA, 2008). Nise ainda colaborou para a criação do Museu de Imagens do Inconsciente em 1952, com o intuito de subsidiar sua pesquisa sobre as terapêuticas e de construir outra forma de compreender o sofrimento psíquico e o próprio sujeito. Obras do acervo do Museu foram expostas no país e no exterior, o que conectou as produções com o circuito da produção cultural, conferindo um novo papel (o de artista) aos sujeitos.

No final da década de 1980, período de contestação da lógica asilar e do mandato social da psiquiatria, surgiram as oficinas terapêuticas que tinham como público os pacientes psiquiátricos e que visavam “tanto o estímulo a criatividade, quanto a produção de objetos que pudessem circular na cultura ou no mercado, além de pretender contribuir para a estabilização clínica de seus usuários através de sua inserção social pelo trabalho e/ou pela convivência” (GRECO, 2008). Lima (2008) indica que foram desenvolvidas diversas experiências com atividades semelhantes, no interior de hospitais e de grandes asilos, onde as oficinas adquirem novos contornos, passando a ser elemento articulador entre o interior e exterior do

estabelecimento. Por intermédio dessas atividades os sujeitos puderam se apropriar “das riquezas culturais de sua comunidade, da qual haviam sido excluídos” (LIMA, 2008, p. 69).

O primeiro CAPS do país, denominado CAPS Luís da Rocha Cerqueira, inaugurado na cidade de São Paulo em 1987, diante do desafio de inventar uma nova clínica, protagonizou a criação de oficinas e de ateliês nas quais eram realizadas desde atividades artísticas e expressivas até o trabalho produtivo, sendo que o cotidiano do estabelecimento passou a ser estruturado em torno delas. Inicialmente, as oficinas proporcionavam aos sujeitos o livre contato com materiais (tecido, tinta, papel, argila, dentre outros). A partir dessas experiências, surgiram reflexões acerca da função dessas atividades, dando contorno a uma perspectiva clínica acerca da arte e da dimensão criativa do cuidado (GALVANESE; D’OLIVEIRA; LIMA; PEREIRA; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2016).

A compreensão de saúde como um processo promoveu o deslocamento das intervenções sobre a doença para a consideração da existência complexa do sujeito, tomado especialmente em sua singularidade e processualidade. As oficinas e ateliês possuíam sentidos diferentes, que dependiam da atividade, dos operadores envolvidos, do grupo que participava e do objetivo atribuído pelo grupo ao próprio trabalho. Nessas oficinas, o sujeito participava ativamente do seu processo terapêutico, escolhendo os espaços e as linguagens que lhe interessavam. Oicineiro operava no sentido de acolher as falas, os atos e as formas, sustentando que ali havia um “sujeito com algo a dizer e a fazer, interessando-se por esse algo e esforçando-se por buscar um sentido nesse fazer” (LIMA, 2008, p. 75). A partir da escuta de uma linguagem, às vezes sem palavras, as produções dos sujeitos podiam se tornar linguagem e era possível a criação de novos universos existenciais.

No estado de São Paulo, foram criados os Centros de Convivência (Cecos), estabelecimentos que se configuram como “serviço-fronteira” (GALVANESE; D’OLIVEIRA; LIMA; PEREIRA; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2016) que visam à inclusão, à socialização e à promoção de encontros entre os sujeitos do sofrimento e a população em geral. Aleixo e Lima demarcam que esses Cecos “trazem, em seu núcleo, a ruptura com o modo hegemônico de pensar a saúde apenas como remissão de sintomas” (2017, p. 650). Nesses espaços, que reúnem profissionais de saúde (psicólogos, terapeuta ocupacionais e outros), educadores e icineiros (artistas plásticos e dançarinos, por exemplo), são desenvolvidas oficinas de artesanato, teatro, dança, artes, autocuidado, esportes, dentre outras, tendo como norte o desenvolvimento de potencialidades, a experimentação e a produção de encontros. Desse modo, as oficinas fazem a intersecção entre Saúde Mental, o campo das artes, da cultura e do lazer.

Ao longo das transformações da Atenção em Saúde Mental, o uso da atividade foi recebendo diferentes contornos e funções. Se, em um primeiro momento, a atividade esteve aliada ao tratamento Moral, com a construção de um novo olhar para a terapêutica e a parceria com o campo da arte e da cultura, o fazer ganhou um novo sentido. Seus precursores, como Nise da Silveira e Osório César, abriram caminhos para o trabalho com outras linguagens, outras formas de expressão da subjetividade, isto é, daquilo que é singular. As oficinas foram ganhando um papel privilegiado como estratégia de intervenção terapêutica, especialmente com a implantação dos CAPS no país. Isso tem inspirado outras práticas de oficinas, fundamentais para a construção de uma clínica que “possa ser praticada como um exercício de expansão e aliança sensíveis aos processos de singularização” (LIMA, 2008, p. 78).

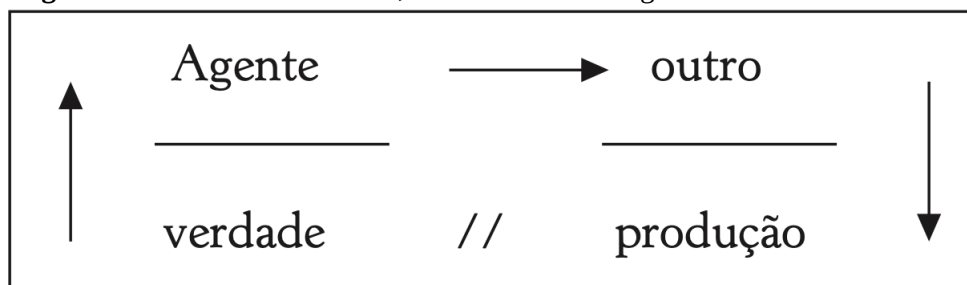
As modalidades de laço social em uma oficina terapêutica

As oficinas se destacam como operador político da RPb, consistindo em um importante instrumento terapêutico e de promoção da reinserção social, situado na interface da clínica e da política. Diante disso, uma questão se apresenta: como diferenciar uma oficina ancorada no paradigma asilar de outra sustentada no horizonte da Atenção Psicossocial? Dito de outro modo, em que modalidades de laços sociais as oficinas realizadas no CAPS podem ser situadas? Do que se trata uma oficina? Para nossa reflexão, servimo-nos dos Discursos como laços sociais de produção. Alertamos ao leitor que se trata de uma separação didática, também atenta ao plano dos efeitos éticos, pois, em uma mesma oficina, podem coexistir mais de uma modalidade discursiva, ainda que uma delas possa ser considerada dominante.

De acordo com os ensinamentos de Lacan (1992a) no “*Seminário 17*”, cada forma de estabelecimento de enlace social é constituída por uma modalidade de discurso. O discurso, como laço social, funda certos tipos de vínculo entre as pessoas e opera sem que esteja, necessariamente, materializado em palavras. Lacan nomeou cada modalidade discursiva: o Discurso do Mestre (DM), o Discurso Universitário (DU), o Discurso da Histórica (DH), o Discurso do Analista (DA) e o Discurso do Capitalista (sendo esse uma derivação do Discurso do Mestre). As três primeiras modalidades discursivas correspondem ao que Sigmund Freud ([1937]1996a) nomeou de “ofícios impossíveis” (*ummöglchen Beruf*): educar (*Erziehen*), governar (*Regieren*) e curar (*Kurieren*). Essas modalidades discursivas estão presentes no campo da Saúde Mental, agenciando práticas mais pedagogizantes, tuteladoras e disciplinares, em sintonia com o PPHM, ou agenciando práticas mais singularizantes, dessa vez em sintonia com o PPS.

Vamos observar agora a estrutura dos discursos, esquematizada no quadro a seguir, para compreendermos, em seguida, como esses laços se organizam:

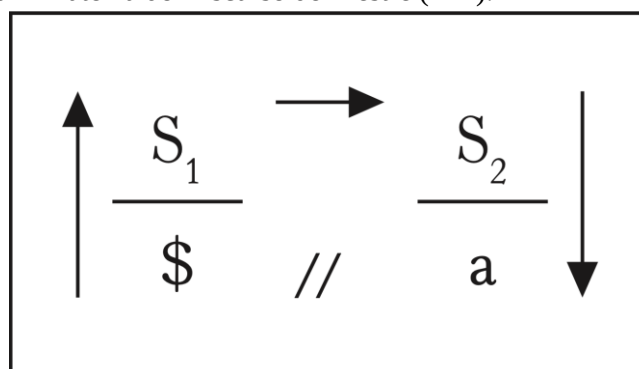
Figura 1: Matema dos discursos, seus elementos e lugares.



Fonte: Costa-Rosa (2013).

Inspirado na “permutação circular” da Lógica dos Conjuntos da matemática, Lacan (1992a) propôs matemas compostos por quatro lugares, sendo eles, o do agente, o da verdade, o do outro e o da produção. Propôs também quatro elementos, quais sejam: o significante mestre (S_1), o saber (S_2), o mais-gozar (a) e o sujeito barrado ($\$$). Cada elemento tem um sentido, a depender de qual posição ocupa na estrutura discursiva. As barras horizontais indicam que o elemento localizado embaixo delas está velado ou suprimido e as barras paralelas (//) indicam uma interdição estabelecida entre produção e verdade. A partir dessa configuração, a estrutura do discurso pode ser lida do seguinte modo: um agente, movido por sua verdade, agencia um outro que, por sua vez, responde com uma produção. A cada um quarto de giro em sentido horário, obtemos a configuração de um discurso, sendo que o elemento posicionado no lugar do agente caracteriza o discurso. Tendo em vista que um dado discurso não pode ser identificado de modo estrito a um desses discursos, propomos uma leitura que diz respeito à sua lógica operativa na cena social. Vamos apresentar considerações analíticas a partir das quais pretendemos caracterizar como ocorreriam as oficinas a partir da dominância de cada um desses quatro discursos. O primeiro deles é denominado Discurso do Mestre (DM):

Figura 2-Matema do Discurso do Mestre (DM).



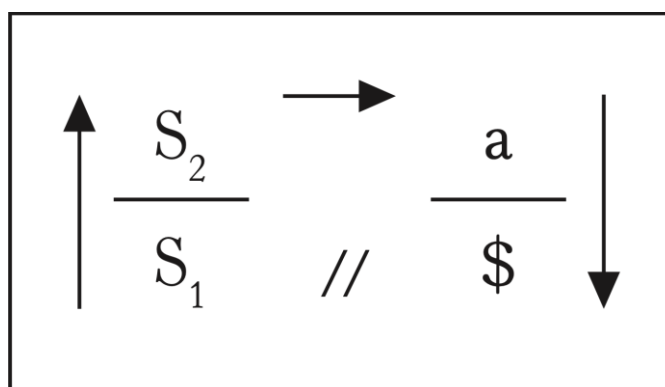
Fonte: Costa-Rosa (2013).

No Discurso do Mestre (DM), o operador da oficina-mestre, munido de seu saber-poder, endereça-se aos sujeitos do tratamento (S2) para que produzam um saber-fazer, sob a forma de um objeto (a) que será lhes será expropriado e útil ao mestre (ou ao CAPS). Nesse discurso, o mestre está no lugar dominante e aparece supostamente sem divisão. Em seu ato de oficineiro, espera que o participante da oficina produza algo, que pode ser um objeto artístico ou qualquer outro que lhe seja precioso. Em sua essência, o Discurso Médico (CLAVREUL,1983) é muito próximo do Discurso do Mestre (DM).

Hainz e Costa-Rosa (2009), assim como Cruz e Fernandes (2012), ilustram algumas práticas de oficina situadas nesse discurso. No primeiro exemplo, retratam a organização de uma oficina de canto, na qual os sujeitos loucos eram obrigados, pelo oficineiro, a produzir ou reproduzir o canto, com fins de realizar de espetáculos e apresentações públicas (HAINZ; COSTA-ROSA, 2009). No segundo, Cruz e Fernandes explicitaram um conjunto de frases – como, por exemplo, “Venha fazer um desenho aqui!” ou “faça outro desenho!” (2021, p. 100) – que deixam ver a presença do discurso do mestre na fala do oficineiro, pois ele exige trabalho e indica como fazê-lo. A oficina organizada nos moldes desse laço social, sem que haja a possibilidade de circular por outras modalidades de laço, visa a uma produção alheia ao desejo de seus participantes, estando, portanto, distante de possibilitar o exercício de autonomia dos sujeitos, e do horizonte ético da produção de subjetividade singularizada.

Uma outra modalidade de laço social seria o Discurso Universitário (DU). Nessa modalidade, o oficineiro se autoriza a partir de um saber enciclopédico impondo-o ao outro (a) objetivado, o que acaba por suprimir a singularidade do sujeito (\$):

Figura 3: Matema do Discurso do Universitário.



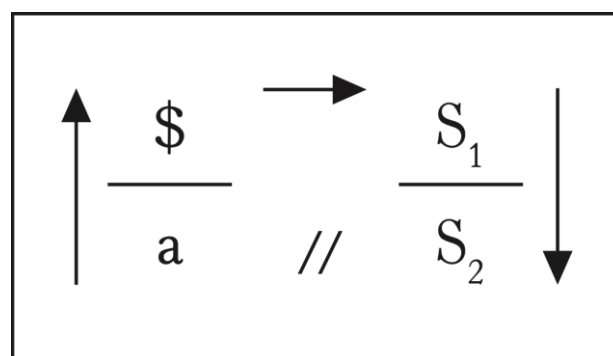
Fonte: Costa-Rosa (2013).

Esse discurso, em que a verdade recalcada é o autor (S1), também é a modalidade de laço típico da burocracia, “no qual o burocrata se autoriza de uma regra (S1) para mandar no funcionário” (QUINET, 2012, p. 55). Um exemplo da oficina nessa modalidade, apresentada por Cruz e Fernandes, é a oficina de mosaico, que consiste em “um ensinamento permanente aos usuários de como eles deveriam construir seus mosaicos” (2012, p. 101). Cedraz e Dimenstein (2005) corroboram nossa caracterização dessa modalidade de oficina, ao relatar que no CAPS em que pesquisavam havia a preocupação, por parte dos sujeitos, de “produzir almejando o agrado do técnico, pois uma vez aprovada por ele a produção pode ser considerada positiva” (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005, p. 318). Ou seja, quem define os critérios daquilo que é desejável ou não para a produção do sujeito é, justamente, o oficineiro. Não é por acaso que certos sujeitos se refiram ao oficineiro como “professor”, nomeando-se “alunos”.

Práticas como essa deixam claro que a utilização pedagógica e educativa da atividade e do trabalho não foram superadas, presentificando-se nas oficinas de forma disfarçada. Isso contrasta com o próprio horizonte da Atenção Psicossocial, que busca promover a autonomia do sujeito na gestão de sua própria vida. Contudo, esclarecemos que não se trata de dizer que o oficineiro nunca poderá se posicionar a partir desse discurso. Tudo depende, evidentemente, do caso: situações em que se ensina alguma técnica de arte, de escrita, de culinária, dentro outras, a partir da demanda de um sujeito se assentam, muito naturalmente, nesse tipo de discurso (DM). O problema estaria, então, no fato de o oficineiro permanecer cristalizado nesse discurso, deixando de abrir espaço para que os sujeitos possam se servir da oficina como lugar de subjetivação singular, por meio de uma produção articulada a seu próprio desejo.

Já o Discurso da Histeria (DH), também nomeado de Discurso do Sujeito, se presentifica especialmente na relação dos sujeitos com o oficineiro:

Figura 4: Matema do Discurso da Histeria.



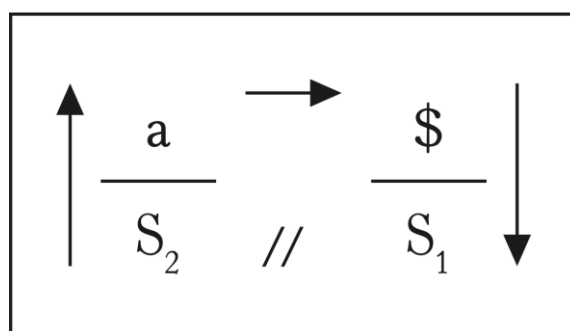
Fonte: Costa-Rosa (2013).

Nessa modalidade discursiva, o sujeito (\$) interpela o oficineiro, que é tomado como mestre (S1), demandando-lhe que produza um saber (S2) a partir de duas suposições possíveis: o saber produzido pelo oficineiro daria conta do seu sofrimento sintomático (a) ou, ainda, o saber do oficineiro serviria para indicar como determinada produção deve ser realizada. Em outras palavras, o sujeito solicita ao oficineiro – seja ele psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, dentre outros – que lhe responda como fazer para ser “curado” e/ou como realizar sua produção (artística, culinária etc), ou seja, “Diga-me como fazer!”, em uma solicitação de orientação diretiva.

Costa-Rosa pontua que “[...] a ação de mestres supridores sempre implica a administração imediata de algum tipo de objeto-suprimento: químico, afetivo, social, econômico; comumente a serviço do funcionalismo e da reprodução social e psíquica do instituído” (2013, p. 309). Caso o trabalhador se autorize permanecer nesse (suposto) lugar de mestria, sem realizar o manejo que promova uma circulação discursiva, tirará do sujeito a possibilidade de se interrogar e de produzir um saber sobre seu sofrimento e/ou de realizar uma produção que tenha como causa sua relação com o desejo e com o gozo³, sendo, portanto, uma produção singular.

Por sua vez, na modalidade de laço social denominada Discurso do Analista (DA), haveria um oficineiro ocupando o lugar de agente que busca se posicionar como semblante de objeto (causa) de desejo (a). Nesses casos, o oficineiro não responde à demanda do sujeito, mas o impulsiona a produzir um saber sobre si (seus próprios significantes) e/ou a realizar uma produção discursiva ou não, capaz de cifrar o gozo (S1):

Figura 5- Matema do Discurso do Analista.



³ Gozo é um conceito específico da psicanálise lacaniana. Segundo Quinet, esse conceito “engloba a satisfação pulsional com seu paradoxo de prazer no desprazer. O conceito de gozo implica a ausência de barreira entre o princípio de prazer e seu para-além” (2012, p. 43). Os sujeitos constituídos por forclusão vivenciam um modo particular de gozo, o Gozo do Outro, também nomeado gozo do corpo. Esse é um gozo fora da linguagem, sem barramento. No desencadeamento da psicose, “o gozo do Outro se manifesta, para o sujeito, no horror da perda de consistência de todas as suas representações simbólicas e imaginárias; daí o sentimento de declínio do mundo que ele pode experimentar. O gozo na psicose está ligado aos significantes que retornam em dispersão, como coisas no real” (VALAS, 2001, p. 49).

Fonte: Costa-Rosa (2013).

Para Costa-Rosa, especialmente nessa modalidade de discurso:

não há lugar para agenciador tirano, pastor ou quaisquer outras figuras de bondade do “saber-poder”. O agente (a) [a partir do Modo de Produção Discurso do Analista] adquire a consistência do intercessor. Aí o saber (S1 como enxame de sentido) produzido pelo \$ assume textura inconsciente e potência de transformação sintomática e de ciframento significativa da angústia em suas diferentes formas; incorporando-se ao seu “patrimônio” simbólico (S2) como aumento da plasticidade de novas respostas às diferentes situações (COSTA-ROSA, 2011, p. 755).

A verdade do DA consiste na tática por meio da qual o oficineiro suspende seu saber enciclopédico – também cuidador e pedagógico – para operar com o que Lacan (1998) nomeou como “douta ignorância” (p. 364), isto é, um saber que sabe seus limites e, principalmente, sabe que não pode saber pelo sujeito. Trata-se, assim, de um saber intercessor. É exatamente por suspender a mestria que o oficineiro pode, por meio de seu ato, propiciar e desencadear a produção de um saber/fazer por parte dos sujeitos do tratamento, “[...] um saber que não se ensina e nem se aprende, ou se encomenda, e que apenas pode saber-se em ato, no ato de sua produção” (COSTA-ROSA, 2013, p. 315).

Ao retomarmos o questionamento acerca do que se trata em uma oficina terapêutica, ainda que consideremos também sua dimensão política, podemos dizer que sua principal finalidade é a produção de saúde, o que exige, portanto, considerar sua dimensão clínica. Os objetos criados em uma oficina, assim como o saber-fazer implicado nele, não podem ser tomados pelo oficineiro como um mero ato, pois neste processo o sujeito coloca algo de si, algo de singular. Por isso, insistimos na importância de que o trabalhador não se paute pelos “discursos da dominação” (QUINET, 2012, p. 58), ou seja, pelo DM e pelo DU, para fundamentar suas práticas naquele espaço.

A Oficina Criar-te: o trabalhador no Discurso do Analista

Você é TO (terapeuta ocupacional)? Eis a questão que muitas vezes me foi colocada pelos sujeitos ao convidá-los a participar da oficina que estava sob minha responsabilidade. Essa pergunta parece trazer, nas entrelinhas, a concepção comum de que psicólogo seria aquele sujeito que ouve e conversa, orienta, aconselha, portanto, alguém que não tem sua prática articulada ao fazer ou à atividade (embora seja, quando embasado na psicanálise do campo de Freud e Lacan, um profissional que escuta e intercede). Por outro lado, os

psicólogos têm assumido a função de oficinairos nos CAPS, como atestam Cruz e Fernandes (2012) e Nunes, Torres e Zanotti (2015). Diante deste cenário, qual seria o sentido de se ter um psicólogo como oficinairo? Seu trabalho estaria centrado apenas no plano da chamada reabilitação psicossocial? Está última é “constituída de ações de emancipação junto aos usuários e familiares no sentido da garantia de seus direitos e da promoção de contratualidade no território” (BRASIL, 2017, p. 5), estando, portanto, centrada nos planos da cultura e da política.

Hainz e Costa-Rosa colocaram um questionamento essencial nesse sentido: “Como psicólogos, não deveríamos propor algo mais aos usuários, que os ajudasse em questões subjetivas ou mesmo socioculturais nas quais aquelas fossem a base?” (2009, p. 408). Esse “algo mais” se trata da dimensão clínica, que inclui a existência de um referencial teórico, uma técnica, uma política e uma ética muito precisas. Pela especificidade do modo como os sujeitos se apresentam nos estabelecimentos de Saúde Mental, em particular no CAPS, concordamos com Costa-Rosa (2019), especialmente quando o autor demanda a inclusão da Psicanálise nessa área. Nesse sentido, nomeamos esta psicóloga como “não tão psicóloga” e como Psicóloga orientada pela Psicanálise do campo de Freud e Lacan. Desta tese, desdobramos algumas perguntas. Qual seria, pois, a contribuição da psicanálise em um campo marcado por ideais reabilitadores, voltados “para o resgate de habilidades sociais e promoção de cidadania” (RINALDI; CABRAL; CASTRO, 2008, p. 118), e sustentado por uma concepção de cura enquanto “readaptação à ideologia da sociedade moderna: trabalhar, produzir (ou se apropriar da produção de outrem), acumular e consumir”? (SHIMOGUIRI, 2021, p. 198).

Por ser trabalhadora do CAPS, estive responsável por uma oficina que, a princípio, era destinada aos sujeitos constituídos por forclusão, os ditos loucos. Desde que começamos, já sabíamos que nosso objetivo não era o de desenvolver uma oficina regada a partir de modos de subjetivação serializados, tampouco desejávamos que fosse um espaço apenas de convivência e socialização. Também sabíamos que a arte poderia ser um potente recurso para o que Elisa Alvarenga (1999) chamou de trabalho criativo ou de criação. Esse trabalho criativo designa “algo que pode, ou não, ser reconhecido como arte, que é produzido por um sujeito e que pode ter uma relação com o tratamento desse sujeito” (ALVARENGA, 1999, p. 102).

Por se almejar que os sujeitos pudessem executar um trabalho criativo ou de criação, a oficina não estava regida pela lógica do Modo Capitalista de Produção. Pelo contrário, como forma de driblar essa lógica baseada numa produtividade sem sentido para o sujeito (na forma

de trabalho estranhado), propunha-se o trabalho no *Modo Art*. Marx (2004) compreende que as atividades artesanais fazem parte do processo de humanização, uma vez que o humano se diferenciou do animal pela sua capacidade de produzir objetos e, assim, produzir a si mesmo, tornando-se um ser genérico:

No modo (Art) da atividade vital encontra-se o caráter inteiro de uma species, seu caráter genérico, e a atividade consciente livre é o caráter genérico do homem. A vida aparece mesma só como meio de vida. O animal é imediatamente um com a sua atividade vital. Não se distingue dela. É ela. O homem faz da sua atividade vital mesma um objeto da sua vontade e da sua consciência. Ele tem atividade vital consciente. [...] A atividade vital consciente distingue o homem imediatamente da atividade animal. Justamente, [e] só por isso, ele é um ser genérico (MARX, 2004, p. 84).

De acordo com Shimoguri (2021, p. 286) “O fazer humano como obra de arte se apresenta intimamente associado aos processos de subjetivação, de construção da realidade subjetiva (psíquica)”. No processo de criação das atividades artísticas, ao encontrar ou mesmo inventar sentidos necessários à sua realidade psíquica, como via possível de tratar o gozo, o sujeito torna-se autor de si mesmo, autor de sua saúde. Para tanto, é imprescindível que o oficinairo, por meio de seu desejo de analista, sustente uma escuta capaz de introduzir a função de sujeito do (desejo) inconsciente em um campo que, muitas vezes, só se pretende o sujeito considerado um cidadão. Nesse aspecto, “Introduzir o sujeito lá onde está o homem, o cidadão, o mental, o indivíduo, é fazer com que o paciente, ou seja, aquele que sofre os efeitos da estrutura, possa desfilar os fios de sua contenção” (QUINET, 2006, p. 155).

Partimos da aposta ética de que a oficina pode comportar uma dimensão clínica, sendo uma via de enunciação e de equacionamento subjetivo, logo, de produção de subjetividade singularizada. Assim, não poderia estar, sobremaneira, pautada no DM e no DU. Essa oficina ocorria semanalmente e os materiais utilizados eram os mais diversos: papel, lápis de cor, canetinhas hidrográficas, cola, tintas, latas de alumínio, papelão, barbante, retalhos de tecido, pedrarias, lantejoulas e EVA. Parte do material da oficina precisava ser preparado previamente, como era o caso das telas feitas de papelão — era necessário cortá-las e fazer um fundo de tinta para servirem de telas. Em alguns momentos, foram utilizados certos alimentos (muitas vezes levados pelo próprio sujeito ou por mim).

Em virtude da sugestão de alguns colegas da equipe do CAPS para a inclusão de alguns sujeitos nessa atividade, também em função da procura por parte de outras pessoas, a oficina passou a ser frequentada por sujeitos constituídos por recalcamiento. Isso, de certo modo, acabou por complexificar nosso trabalho, pois ter sujeitos de duas modalidades

estruturais no mesmo espaço exigiu-nos formas diferentes de fazer o manejo da transferência. Por exemplo: nessa situação, era necessário fazer o manejo da transferência dos sujeitos comigo e com os outros participantes (transferência cruzada).

No momento de apresentar a oficina aos sujeitos, procurávamos esclarecer que cada um poderia escolher os materiais e o que fazer com eles. Dessa forma, um poderia pintar uma tela, outro poderia escrever uma poesia, um terceiro poderia produzir uma escultura ou um artesanato, enfim, tratava-se de um espaço onde cada um produzia (ou não) conforme o seu desejo. Não havia a exigência de produtividade e sim um convite, uma oferta, de modo que um sujeito poderia apenas estar junto conosco em determinado momento. Nas primeiras semanas, assim como nos momentos em que recebia um novo participante, era muito comum que alguns sujeitos me tratassem como alguém que vai ensinar algo ou organizar e delimitar um trabalho a ser realizado pelo grupo. De certo modo, esperavam que eu me posicionasse no DM e/ou no DU, pois essas são as modalidades de laço sociais mais comuns nos estabelecimentos de Saúde. Em alguns momentos pontuais me posicionei no DM e DU quando ensinei alguma técnica (de pintura, colagem, dentre outras) demandada por eles e estabeleci com eles combinados da oficina (de convivência e horário), entretanto, não me fixei neles de modo a possibilitar uma circulação entre os discursos. Para sustentar a dimensão clínica na oficina, coube-me assumir a posição da modalidade de laço social nomeada DA por Lacan (1999), sem endereçar uma demanda aos sujeitos.

Inicialmente, a oficina não possuía nome, com o decorrer do tempo foi nomeada coletivamente de Criar-te. Essa denominação da oficina dialoga com a diferenciação entre criação e produção assinalada por Alvarenga (1999, p. 102): “Dizer que um objeto é criado, e não apenas produzido, pois a produção poderia ser realizada em uma fábrica, implica na novidade do objeto, na sua originalidade [...]”. Criar tem relação com um saber-fazer, portanto, guarda uma íntima relação com a criação de si mesmo enquanto produção de saúde psíquica. Mas, esse trabalho de criação terá funções diversas, a depender do modo como cada sujeito tiver constituído sua realidade psíquica.

O trabalho criativo dos sujeitos do recalamento e as entrevistas preliminares

O sujeito se constitui estruturalmente por recalamento ao percorrer, no processo de constituição da realidade psíquica, duas operações fundamentais: a alienação e separação. Na primeira, a criança irá se alienar ao desejo do Outro (da maternagem) e aos significantes transmitidos por ele, colocando-se como objeto desse desejo. Para que ingresse efetivamente no laço social, precisa dar um passo, separando-se estruturalmente (subjektivamente) do Outro.

A operação denominada por Lacan (2008) de separação diz respeito à entrada da criança no campo do simbólico, por meio da inscrição do significante Nome-do-Pai. Como efeito da entrada na linguagem, uma parte de si torna-se inconsciente, podendo ser acessada apenas por meio das formações inconscientes e do processo de análise. Essa separação não é completa, pois deixa pendências, determinando (inconscientemente) a vida de um sujeito, ainda que ele não saiba (conscientemente) nada sobre isso que o condiciona.

Em decorrência disso, o sujeito pode apresentar uma variedade de impasses de subjetivação, motivo que pode levá-lo a buscar tratamento. Para os sujeitos com sintomas graves, uma modalidade terapêutica possível pode ser, inicialmente, a oficina em especial, nos casos em que o sujeito não se dispõe de imediato a realizar uma psicoterapia por motivos que podem estar diretamente relacionados a seu impasse grave ou mesmo às tentativas anteriores de tratamento sem êxito. Trata-se de um espaço de criação não apenas de objetos, mas, sobretudo, de um discurso, tendo como suporte um oficinairo.

Com relação à criação de objetos pelo sujeito, ela ocorre a partir de sua falta-a-ser, ou seja, ocorre sobre um fundo de castração. Segundo Alvarenga (1999, p. 102) “Temos, então, na neurose, um objeto criado a partir da operação da metáfora paterna, que instaura a falta no Outro, correlativa da significação fálica que é o reverso da moeda da castração”. Portanto, esses objetos criados estão intimamente ligados à história e aos impasses dos sujeitos, sendo um modo de tratar o gozo via sublimação.

Nesse aspecto, concordamos com Metzger (2015) quando pontua que a sublimação pode fazer parte da direção do tratamento. O caso de uma senhora que atendemos no CAPS ilustra essa situação. Marcília⁴, senhora idosa e analfabeta, havia sido encaminhada ao CAPS pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e, segundo a equipe daquele estabelecimento, a idosa era acumuladora. Para ela, o acúmulo de objetos não era uma questão, por outro lado, relatava uma leve dificuldade para dormir e uma tristeza que a acompanhava já havia alguns anos. Marcília explicitou que não desejava fazer psicoterapia nos moldes tradicionais; por conta disso, a convidamos para participar da oficina terapêutica e ela aceitou. Ao recebê-la naquele espaço, expliquei que ela poderia se servir dos objetos sobre a mesa para fazer o que tivesse vontade ou que poderia apenas estar conosco. Sua resposta a meu convite foi: “eu não sei fazer nada”. Diante de sua fala, tentei interceder me colocando como sua auxiliar, ou seja, ela poderia me dizer o que e como gostaria de fazer e eu seria seu apoio. Marcília decidiu então fazer uma caixinha, usando papel cartão e tecido. Enquanto a

⁴ Por questões de sigilo e privacidade, todos os nomes empregados nos relatos de casos são nomes fictícios.

auxiliava, perguntei o que ela faria com o objeto e sua resposta foi “vou guardar”. Sublinhei sua resposta, relançando o sentido da enunciação, o que abriu caminho para que ela falasse de seus guardados, objetos, histórias e suas dores. Nesse percurso, disse também o quanto não foi investida pelos pais (diferentemente do que havia ocorrido com os irmãos, que eram homens), que não pôde estudar porque eles não achavam importante e, por fim, que sua mãe não lhe ensinou a arte da costura, apesar de seus pedidos. Entre recortes, colagens e escolha de tecidos para encapar a caixa, Marcília pode construir um saber “não-sabido” acerca de si.

Como pudemos observar, a criação feita pelo sujeito – uma caixinha – possui uma relação íntima com sua história. Assim como a análise de uma criança inclui o brincar, criando histórias, fazendo desenhos etc. como exercícios de elaboração simbólica, como exemplifica Strauss (1994), nas oficinas o sujeito cria aquilo de que precisa, aquilo que lhe faz sentido, o que nos coloca, inevitavelmente, diante de uma forma de linguagem. Ao estarmos posicionados no DA, pudemos não apenas sustentar um espaço para um trabalho criativo ou de criação como, também, um lugar para o sujeito endereçar sua produção discursiva, possibilitando-lhe um início de trabalho subjetivo. No laço social DA, o oficineiro se apaga (como sujeito), faz-se semblante de objeto (a) causa do desejo, possibilitando ao sujeito o protagonismo na realização de um trabalho fundamental (que só pode ser feito por ele) e a produção de um saber-se, por meio do qual poderá equacionar os sintomas e impasses que o fazem sofrer. Entre pinceladas, recortes, colagens e invenções, a partir de uma escuta intercessora, o sujeito poderá iniciar um trabalho subjetivo e fazer engate em uma psicoterapia.

Entendemos que a oficina terapêutica pode operar como “entrevista preliminar”, que é um tempo de trabalho anterior à psicoterapia propriamente dita. Nessas entrevistas, “tratamento de ensaio” (FREUD, 1996b), ao falar de seus sintomas e impasses, o sintoma pode ir se transformando em enigma a ser decifrado (sintoma analítico), em outras palavras, o sujeito pode começar a construir uma demanda de psicoterapia. Esse trabalho subjetivo, na forma de “associação livre”, dá-se necessariamente sustentado pela transferência do sujeito para com o oficineiro. “O estabelecimento da transferência no registro do saber através de sua suposição é correlato à delegação àquele que é seu alvo de um bem precioso que causa o desejo, causando, portanto, a própria transferência” (QUINET, 2000, p. 31).

Quando houver transferência, cabe ao oficineiro saber manejá-la. Se o trabalhador responsável pela oficina se investe de uma qualidade interpretativa – nomeando, explicando, ofertando sentidos imaginários suplementares – ele impede que o sujeito elabore suas primeiras questões sobre o que o lhe fez buscar tratamento, dificultando a construção de uma

questão analítica. Por isso, diante da “suposição de saber” colocada pelo sujeito na figura do oficineiro, é imprescindível que esse saiba se posicionar na transferência, mantendo um “vazio de saber”. “Trata-se de um vazio que pode permitir a passagem de qualquer um à posição de trabalho de um analisante” (VIGANÓ, 1999, p. 43).

É justamente por não dar uma resposta ao sujeito, ou melhor, dar como resposta uma escuta, que esse participante da oficina pode começar a suspeitar que há uma cumplicidade, ainda que enigmática, na “escolha” da neurose. Esse caminho percorrido pelo sujeito no espaço da oficina pode levá-lo a demandar uma psicoterapia orientada pela psicanálise do campo de Freud e Lacan. Esta última poderá ser feita com o próprio oficineiro, caso possua disponibilidade para recebê-lo, ou ainda com outro psicólogo. Em vista disso, será necessário construir com o sujeito o “encaminhamento na transferência” (PÉRICO, 2014, p. 141), referenciando-o a outro profissional. Nesse caso, a oficina pode ser situada como um “lugar de passagem” (MONTEZUMA, 2000), ainda que também se configure como um lugar de produção subjetiva singular.

A artesanania dos sujeitos “loucos”: barramento de gozo do Outro e ser artista de si mesmo

Quem é o sujeito louco? Em outras palavras, quem é o sujeito em questão na psicose? Começemos por um esclarecimento: somente aqueles que tenham estruturado/constituído sua realidade psíquica por foraclusão podem vivenciar uma psicose. Como o humano é um ser desnaturado, para ser sujeito necessita de se estruturar, isto é, construir sua realidade psíquica a partir do campo de subjetivação que lhe é ofertado. A constituição por foraclusão é uma das modalizações possíveis, bem como a constituição por recalçamento (neurose) e por renegação (perversão). Cada uma das modalizações é a constatação de um processo de constituição universal, processado no particular de cada sujeito, e que resultará em uma modalidade singular como efeito de seu processamento subjetivo.

A estruturação da realidade psíquica compreende duas operações: a alienação e a separação, articuladas ao Complexo de Édipo e seus três tempos. No primeiro tempo, da maternagem, uma pequena criança (*infans*) se aliena ao Desejo da mãe, fazendo-se faz suporte desse desejo, como se ela e o agente da função materna se complementassem. Nesse tempo, ocorre a instauração (dos significantes) do narcisismo e a construção da imagem de corpo e do eu ideal, isto é, a construção do Imaginário. Em um segundo tempo, do desvelamento do caráter cessível da realidade (*Wirkhichkeith*), o *infans* começa a perceber que o agente materno tem outros interesses para além dele próprio e começa a se perguntar “o que é que ela

quer?” (LACAN, 2008, p. 209), ou seja, deseja saber sobre o desejo do Outro (da maternagem). A função paterna, sustentada pela figura do pai ou de outros objetos para o qual o desejo da mãe se direciona, instaura a relativização. Entra em jogo a dimensão da angústia e o *infans* precisa dar um passo, uma resposta de subjetivação. No terceiro tempo do Complexo de Édipo, o da construção da intermediação, o *infans* inscreve a Metáfora Paterna, em outras palavras, inscreve o significante Nome-do-pai e recalca os significantes do Desejo da mãe (significantes do narcisismo), tendo como efeito a divisão subjetiva entre consciente e inconsciente. A operação de separação diz respeito a esse passo por meio do qual o sujeito faz sua entrada na linguagem, instaurando o Simbólico. Isso abre um campo de possibilidades para o *infans*, uma vez que, deslocado da posição de ser o objeto (falo) do Outro materno, pode ir em busca do próprio desejo. Nesse caso, temos um sujeito do recalçamento.

O sujeito constituído por foraclusão possui um estatuto distinto do sujeito constituído por recalçamento, o que não significa dizer que seja deficitário. No seu campo de subjetivação, o modo como foi apresentada a instância terceira não lhe deu condições para se servir do significante Nome-do-pai. Nesse sujeito, dado uma particularidade em seu processo de constituição, a metaforização dos significantes do narcisismo não ocorreu, justamente por não ter havido a inscrição da Metáfora Paterna. Conforme assinala Henri Kaufmanner (1999, p. 97) “a incorporação do simbólico se faz sem castração”. Como efeito disso, o sujeito se apresenta “como vítima real de um gozo, de um Outro estranho a qualquer sentido de seu ser, de um gozo sem mediação, da pulsão fora do inconsciente” (1999, p. 99). A constituição de sua Realidade Psíquica se erige sustentada pelo Imaginário, o que acarreta uma forma particular de se relacionar com o próprio corpo e com a linguagem.

Em um primeiro tempo de seu ensino, Lacan (1999; 1995) realizou a releitura do Édipo freudiano e fez do pai um operador lógico estrutural, concebendo com isso a psicose a partir da foraclusão do Nome-do-pai. No Seminário “As Psicoses”, Lacan (1985) falou da foraclusão (*Verwerfung*) enquanto um modo específico de constituição da realidade psíquica em que o sujeito não se encontrou com a castração simbólica, por isso permaneceu alienado ao Desejo da Mãe. Na segunda clínica de Lacan, chamada borromeana, por privilegiar a referência ao real e ao gozo, o tratamento da psicose foi redimensionado. No seminário “O *Sinthoma*”, Lacan (2007) trouxe uma nova concepção de estrutura ao discorrer sobre a pluralização dos Nomes-do-pai e apresentar a teoria dos nós. Para ele, os sujeitos podem se servir de diferentes modos de amarração (*nouage*) do gozo e do semblante, dizendo de outro modo, um sujeito pode encontrar diferentes modos de saber-fazer com seu gozo, um *sinthoma*. Para Alfredo Zenoni (2007, p. 25) “determinados sintomas podem garantir uma

função análoga à do pai, sem ter que recorrer a ele, enquanto a incidência do pai comporta sempre algum resíduo sintomático”.

Nessa nova perspectiva clínica, o Nome-do-pai é apenas uma das formas de atar, um ponto de *capitoné* ou ponto de estofo, uma suplência, na medida em que mantém unidos os três registros: o Imaginário, o Simbólico e o Real. A suplência, ou *sinthoma*, designa um meio utilizado para manter unidos os registros, sem o qual estariam soltos (BRODSKY, 2011). Desse modo, há diversas formas de estabilização, incluindo as metáforas delirantes, as identificações, os laços sociais rudimentares, a criação etc., todas elas sendo formas que produzem a localização do gozo do sujeito, ou seja, funcionam como aparelho do sintoma. Ao postular que a arte em James Joyce⁵ possuía função de *sinthoma*, possibilitando ao sujeito permanecer no laço social, Lacan (2007) abriu caminho para apostarmos na oficina terapêutica e no uso da atividade criativa como dispositivo de produção de subjetividade singular.

Drummond (1999) faz uma observação preciosa sobre algo com que temos nos deparado nos CAPS: cada vez mais encontramos sujeitos constituídos por forclusão que não apresentam delírios ao estilo de Schreber⁶. Um dos fatores significativos para tais transformações é o uso massivo de medicamentos, que funciona como camisa de força química, apagando as manifestações próprias à loucura. Há um importante número de casos em que o desencadeamento é “bastante discreto, às vezes quase imperceptível, e nos quais os fenômenos elementares, tais como os neologismos e alucinações, estão ausentes”

⁵ James Joyce [1882- 1941] foi um escritor irlandês que ficou famoso no início da década de 1920 com a publicação da obra *Ulisses*. Nesse romance, ele radicaliza uma técnica narrativa que ficou conhecida como fluxo de consciência, em que a organização do texto parece romper com as categorias de tempo, de sujeito e de espaço. O efeito obtido foi uma espécie de transcrição, no papel, do pensamento — do “fluxo” da “consciência” — das personagens. Joyce é autor de outras obras bem conhecidas, como *Finnegans Wake* e *Dubliners*. A título de curiosidade, Lacan, no seminário 23, “O *Sinthoma*”, afirma: “Joyce é o signo do meu embaraço”.

⁶ Paul Schreber (1842-1911) foi um sujeito constituído por forclusão, da sobremodalização da paranoia, que escreveu o livro autobiográfico denominado “Memórias de um doente dos nervos”. Nessa obra, conta sua experiência de desmoronamento forclusivo e seu trabalho para reconstrução de sua realidade psíquica. Schreber tinha uma carreira de jurista (vice presidente do Tribunal Regional) quando se candidatou às eleições parlamentares e perdeu. Nesse mesmo ano, apresentou os primeiros fenômenos elementares que indicam um importante abalo em sua realidade psíquica. Com a notícia de sua iminente nomeação para juiz-presidente da Corte de Apelação na cidade de Dresden, evento advindo do campo do simbólico que demandava sentido propriamente simbólico, sobreveio o colapso de sua realidade psíquica e reinício de reconstrução. Esse trabalho de reconstrução envolve o aparecimento da intuição delirante (resposta antes da pergunta), a experiência de “gume mortal” no espelho, a alucinação auditiva (as vozes proferiam imperativos de gozo e agregavam algum sentido) e o aparecimento de fenômenos do código (inventou uma língua que incluía palavras novas, como Luder) e fenômenos da mensagem chamados por ele de “sistema de não falar até o fim”. Schreber, em seu enredo de subjetivação, construiu a metáfora delirante “ser a mulher de Deus” para reconstruir a humanidade, restaurando o movimento significante para poder retornar ao laço social. Freud (1996c) se serviu do caso Schreber para teorizar sobre o mecanismo da paranoia.

(DRUMMOND, 1999, p. 118). O que encontramos de comum entre esses sujeitos é sua posição frente ao Outro e o modo particular de fazer uso da linguagem, fora da ordem fálica.

Concordamos com Alvarenga (1999) quando destaca que, nos estabelecimentos de Saúde Mental, pode-se encontrar figuras das diversas formas de estabilização. Por exemplo, Pedro, um adulto jovem analfabeto, bastante pobre, desempregado e sem renda, que mora com a mãe e com irmã e tem o hábito de perambular pela cidade durante o dia. O primeiro desencadeamento ocorreu no início de sua juventude. Segundo ele, na época, foi abordado pela polícia e matou um policial, fato contestado por todos que o conhecem. Já foi internado em hospitais psiquiátricos por diversas vezes, o que não tem ocorrido nos últimos três anos. Desde a abertura do CAPS, Pedro participava da oficina, chegava e saía no seu tempo, gostava de pintar quadros, geralmente compostos por peixes ou garatujas (que chama de letras). Enquanto pintava, costumava contar que comprou uma fazenda, uma frota de ônibus (segundo ele, eu poderia andar sem pagar) e, ainda, que havia comprado ele próprio uma escola onde toda nossa equipe poderia estudar. Em nenhum momento ele duvidou dessas histórias. Pedro se servia do espaço da oficina para elaborar seus fenômenos elementares e dizer o quanto ele era importante para o Outro, além de pintar suas letras.

De acordo com Alvarenga (1999), há duas vertentes daquilo que impede a ocorrência de um desencadeamento forclusivo ou proporciona a estabilização de uma psicose: por um lado, a construção de uma metáfora delirante, e, por outro, a criação de um objeto condensador de gozo, podendo existir uma sinergia entre ambas as vertentes. Diferentemente dos sujeitos do recalçamento (que têm um corpo afetado pelas palavras, constituindo-se como corpo significante), os sujeitos da forclusão não tem as palavras inscritas no corpo, sendo necessário servirem-se de outros recursos de localização de gozo. Ao realizar o trabalho criativo, o sujeito acrescenta objetos ao (seu) mundo e ensaia uma nova posição enquanto sujeito.

Partimos da hipótese de que o sujeito da forclusão pode se servir do espaço da oficina para costurar seus pontos de basta (*capitonnéi*). Sob esse ponto de vista, atividade criativa se configuraria como atividades de circunscrição de gozo, isto é, de invenção de formas de cifrar o gozo ou de significantizar o real. Portanto, a oficina se configura como lugar de mediação, de alternativa para que o sujeito possa tratar esse gozo que o invade e o faz sofrer. Guerra indica que, “[...] ao extrair da própria realidade um produto concreto inédito, o psicótico produziria um esvaziamento desse Outro absoluto que o aterroriza, podendo deixar o lugar de objeto de seu gozo para ocupar o lugar de autor, produtor de um objeto com consistência simbólica” (GUERRA, 2008, p. 51).

Concordamos com Guerra (2008), pois a oferta de trabalho criativo na oficina não funciona sempre, nem para qualquer sujeito da foraclusão, mas, por ser sustentada por um oficineiro, pode produzir efeitos-sujeito e servir de espaço de subjetivação. Nelas, o trabalho criativo terá uma função diversa para cada sujeito, sendo que essa se articula com seu modo de operar. Em vista disso, as ofertas devem ser as mais diversificadas possíveis, de modo a “programar o acaso” (GUERRA, 2008, p. 54) aumentando as chances de que o sujeito possa se servir dela. Na oficina, não se propõe que todos os participantes realizem um trabalho idêntico ou mesmo parecido com os demais, pois há sujeitos que se servem da pintura, outros, da escultura, alguns da música, da escrita, e há aqueles que ainda não encontraram um objeto. Cabe ao oficineiro escutar qual saída cada sujeito aponta como possível, sem pretender apressá-lo. Conforme destacam Ferreira e Trópia (2000, p. 127):

Há aqueles que podem fazer uma suplência pela escrita, pela arte, pela identificação..., mas não cabe ao analista, numa ânsia de cura, querer fazer de quaisquer dessas uma solução idealizada. Mais do que o “querer do analista”, o que está em jogo na psicose é “o que pode o sujeito”.

A criação de um objeto, para esses sujeitos, é produzida tendo com pano de fundo a ausência da operação da metáfora paterna e, por consequência, da significação fálica. Essa criação pode ter o sentido de “dar um peso às palavras daquele sujeito, ali onde o afeto não faz” (ALVARENGA, 1999, p. 102). O trabalho criativo pode ter como efeito condensar, depositar e separar um gozo que, de outro modo, poderia se configurar como mortífero para o sujeito, portanto, criar pode lhe servir como uma atividade apaziguadora. Mas esse efeito apaziguador só existe porque houve um endereçamento colocado pelo sujeito, isto é, ele só existe se a criação ocorreu “sobre um fundo de linguagem, onde a fala está potencialmente presente” (ALVARENGA, 1999, p. 104). Nesse aspecto, o trabalho terapêutico reside em fazer um convite para sujeito, acolhendo a sua emergência a fim de garantir as condições para que ele possa fazer um trabalho que é, ao mesmo tempo, material e subjetivo.

Um outro caso é o de Joaquim, jovem que passou algumas semanas morando na rua, tendo recebido essa ordem de Deus, segundo ele. Disse que o diabo ficava falando vinte e quatro horas por dia, que fazia oração para isso parar, mas só piorava. Quando passou a frequentar a igreja, viu um espírito alto e foi tocado por ele, relatou. Parecia que havia vinte pessoas na sua cabeça. A partir do momento em que iniciou o tratamento no CAPS, começou a tomar uma quantidade elevada de remédios, incluindo o antipsicótico. Quando fui me apresentar a Joaquim e convidá-lo para a oficina, ele se recusou a falar-me, pois achava que,

enquanto psicóloga, saberia tudo o que ele pensava. Levou certo tempo até Joaquim se dispor a participar da oficina. Desde que começou a frequentá-la, passou a pintar telas com motivos religiosos e, depois, temas do seu cotidiano. Em uma de suas primeiras telas, pintou um anjo e afirmou que o anjo conversava com ele e falava as coisas que estavam erradas. Por essa sua fala, temos notícia de seu trabalho psíquico, que envolve uma construção delirante. Algumas vezes, pintou temas relacionados à figura do pai, principalmente um carro (ele auxilia o pai nos consertos de automóveis), um quadro de pipas com orelhas e varais (aprendeu soltar pipa com o pai) e uma baleia. Certo dia, quando Joaquim tentava, repetidamente, criar uma escultura de baleia com papel machê, perguntei-lhe o porquê da insistência naquela criação, e obtive como resposta: “eu faço porque preciso fazer!”. Joaquim completou dizendo que sempre assistia filmes de baleias com o pai. Sua resposta deixa ver o tom imperativo – vindo do Outro – no sentido de ter que criar um objeto. Quinet destacou que a criação pictural coloca em jogo a pulsão escópica, logo “o quadro tem a função de servir de pasto ao olhar sedento do Outro que visa o ser do sujeito. Este faz a pintura para tentar aí depositar, fixar, desviar de si o olhar mortífero do Outro” (2006, p. 218).

O manejo da transferência – dada minha hipótese de Joaquim ser um sujeito da sobremodalização da paranoia – seguiu a via da trivialização. Segundo Ferreira e Trópia (2000), a trivialização consiste em levar para o atendimento aspectos do dia a dia, tais como interesses, projetos, relações familiares e relações sociais, com o intuito de produzir um “semblante de diálogo”. Ela deve estar articulada com a noção de vínculo frouxo, estabelecendo uma maneira de operar com o tempo (por meio de sessões mais curtas), com a frequência de atendimentos (aumentando o espaçamento entre eles) e evitando enunciar interpretações, de modo a não ocupar o lugar de Outro – gozador, persecutório, erotômico – para o sujeito. Sobre o manejo clínico, Dafunchio (2008) esclarece que não se trata de ajudar o sujeito a delirar e muito menos forçar esse tipo de situação, pois cada um criará a sua solução possível. Quinet (2006), ao falar da associação da psicose com a arte, nos brinda com a solução possível de Arthur Bispo do Rosário⁷ por meio da criação artística. Bispo, na sua tarefa de “reconstruir o mundo” (QUINET, 2006, p. 236) como forma de reconstruir sua realidade psíquica, criou uma série de objetos, inclusive o conhecido “manto do reconhecimento” (QUINET, 2006, p. 226), objetos que posteriormente foram reconhecidos

⁷ Arthur Bispo do Rosário Paes (1901-1989) passou praticamente cinquenta anos internado e criou uma obra composta por mais de mil peças artísticas, dentre elas: o Manto da apresentação, a Roda da fortuna, Vinte e um veleiros, Confetes, Muro no fundo da minha casa e o Grande Veleiro (DANTAS, 2009). Sua obra foi exposta em importantes cidades do Brasil e da Europa. Em 1994, foi tombada pelo Instituto Estadual do Patrimônio Cultural e, no ano seguinte, exposta na 46ª Bienal de Veneza, representando o Brasil. Já em 2018, foi tombada pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional.

pelo campo da arte, com Bispo tendo sido, inclusive, considerado um importante artista plástico brasileiro.

A criação, realizada pelos sujeitos constituídos por foraclusão, poderá ser endereçada ao oficineiro na medida em que ele for capaz de acolher e de se sustentar nessa posição de endereçamento, especialmente colocado pelo sujeito. Dito de outro modo, cabe ao responsável pela oficina saber-fazer o manejo da transferência para contribuir com a estabilização. Alvarenga (2000) tem como hipótese-eixo que “a estabilização é uma operação que circunscreve, localiza, deposita, separa ou apazigua o gozo, correlativa de uma entrada em algum tipo de discurso, por mais precário que seja” (p. 15).

O sujeito da foraclusão não comporta uma pergunta sobre seu ser, portanto não se endereça ao oficineiro – sujeito do suposto saber – para interrogar-lhe sobre seu saber inconsciente. Ele já tem um saber constituído e se endereça ao analista-oficineiro para ser testemunha de uma certeza (ATTIÉ, 1994). Diante do sujeito que se coloca como objeto, cabe evitar duas posições, a de fascínio e a de mestre (que sabe o que é bom para ele), pois ambas reforçam sua posição de objeto (ALVARENGA, 2000).

A cura, enquanto equacionamento do sofrimento “depende fundamentalmente da capacidade de autoprodução humana (autopoiese)” (SHIMOGUIRI, 2021, p. 285). O processo de criação realizado por um sujeito diz respeito a um trabalho subjetivo e, esse sujeito, por não estar inscrito na norma fálica, pode não ter uma preocupação com a beleza, a graça e a utilidade de sua obra, posto que, para ele, a função está relacionada ao tratamento que pode dar a pulsão. Assim, o oficineiro precisa abster de uma preocupação com a estética e com a qualidade do objeto criado. O trabalhador responsável pela oficina pode atrapalhar ou até inviabilizar o trabalho psíquico do sujeito caso pretenda regular a criação, fazendo isso por meio do estabelecimento de modelos e padrões. Eis o porquê de Costa-Rosa (2019) apontar o campo da Saúde Mental como um campo que exige um trabalhador-intercessor⁸.

No trabalho com os sujeitos da foraclusão, é imprescindível cuidar para não ficar na posição de Um-pai, obrigando-o a dar uma resposta simbólica para além de suas possibilidades imaginárias. Desse modo, não cabe agir como um professor, que cobra estilo de seus alunos, um escritor que recompensa dando seu aval ou um doutor que define os significados (GRECO, 2008). Nesse cenário, eventualmente, o sujeito pode colocar o

⁸ O trabalhador-intercessor é orientado teórica, técnica e eticamente pela psicanálise do campo de Freud e Lacan, avisado pelo Materialismo Histórico, advertido pela Análise Institucional e acautelado pela Filosofia da Diferença (de Deleuze, Guattari e Foucault), portanto um trabalhador transdisciplinar. Esse trabalhador também se constitui pelos efeitos de sua própria análise, o que certamente inclui aceitar e sustentar, para si e para o outro, a dimensão do inconsciente e da pulsão como constituintes da realidade psíquica (*Realität*) (COSTA-ROSA, 2019).

oficineiro em posição de ideal e, nesses casos, este último deve ter cautela para não avalizar essa crença. Para Greco, trata-se de uma questão de estratégia: “a cada vez deve-se operar um recuo que evite, ao mesmo tempo, a encarnação do perseguidor e o desabamento da crença” (2008, p. 89).

Se, por um lado, as intervenções a partir da posição de mestre (DM) não são interessantes, por outro, sustentar uma presença silenciosa⁹, que não é muda e sim uma escuta ativa, favorece o tratamento das questões próprias ao sujeito. “O Outro do analista[oficineiro] na psicose não é, portanto, o Outro do gozo, mas o testemunho; aquele que não sabe, não compreende e, conseqüentemente, não goza” (KAUFMANNER, 1999, p. 100). Ao sustentar o desejo do analista, seu posicionamento deve ser o de “suposto não saber” (ZENONI, 1998, p. 14), uma vez que ocupar o lugar de quem sabe pelo, e sobre o sujeito, pode inviabilizar qualquer possibilidade de tratamento. O oficineiro deve, portanto, “responder às condições exigidas pelo sujeito psicótico, a saber, que saiba ‘saber-não-saber’” (BAIO, 1999, p. 66), ou seja, que seja capaz de se desvestir de qualquer saber prévio para se abrir ao inesperado, ao que pode ser produzido por ele.

Chegamos agora ao caso de Barbara, mulher de aproximadamente quarenta anos, que possui dois filhos e, apesar de seu esforço, apresenta dificuldade de se posicionar como mãe, com quem vive e tem conflitos. Já vivenciou várias internações, com a primeira tendo ocorrido após o nascimento do segundo filho. Apenas nos últimos anos Barbara passou a ser acompanhada pelo CAPS, circulando pelo estabelecimento em dias e horários inesperados, geralmente quando alguma situação a angústia. Convidei-a, por mais de um ano, para participar da oficina, o que sempre foi recusado, com a justificativa de que não tinha habilidades artísticas (mesmo eu já tendo mostrado diversas criações que deixavam claro que não havia preocupação estética). Certo dia, quando o CAPS estava praticamente vazio, Barbara solicitou fazer uma oficina, que nomeou como “culinarioterapia”. Queria aprender a fazer o doce conhecido como “beijinho”. Garimpei os materiais e fomos à cozinha. Como ela não sabia como fazer e solicitava que eu a ensinasse, combinamos que eu iria pontuar os passos da receita e faríamos juntas. Por meio dessa estratégia, procurei não ficar posicionada como mestre (ou seja, no DM). Enquanto preparávamos a receita, ela falou de sua vida atual e de como vivia antes do primeiro desmoronamento psíquico, inclusive do quanto era cobrada (pela família) por não saber preparar boas refeições. Disse também o quanto sempre precisa da ajuda do CAPS para sustentar a maternidade. Ao final do preparo, solicitou levar para casa

⁹ Trata-se de um silêncio de si, efeito de sua própria destituição subjetiva, por isso a importância de sua própria análise.

o preparo, pois queria dar o doce aos filhos. Embora a produção de um doce não tenha se configurado como algo propriamente de um saber-fazer que lhe foi próprio, entendemos que Barbara se serviu desse espaço de “culinarioterapia” para falar de questões singulares nunca ditas antes. Após a “culinarioterapia”, ela se abriu para a possibilidade de desenhar, desde que seja a única no espaço da oficina.

A operatividade ocorre no encontro, a partir do saber-fazer de cada sujeito, sustentado pelo posicionamento doicineiro. Em vista disso, é imprescindível que o oficineiro tenha disponibilidade para reinventar sua prática a cada encontro. Lacan definiu um modo particular de trabalho, o de “secretários do alienado” (1988, p. 236). Ao realizar o trabalho de secretário, não cabe ao oficineiro desejar e nem fazer pelo outro, bem como não cabe ter pressa, pois cada sujeito possui seu próprio tempo. Da mesma forma, não cabe interpretar o recurso inventado pelo sujeito para cavar um vazio entre o eu e o Outro, isto é, para inscrever o gozo do Outro. Em outras palavras, “do *sinthoma* não há nada a fazer para analisá-lo, interpretá-lo. Ele cifra o gozo, e não, ao contrário, o nomeia e desvenda. Ele condensa pelo des-sentido” (GUERRA, 2006, p. 41).

Qual seria, então, a postura do oficineiro ao receber uma criação do sujeito? Se recebe “ativamente esse ‘texto’ que lhe é endereçado, ele fará falar o sujeito, não necessariamente sobre o que foi criado, mas colocando algo em movimento” (ALVARENGA, 1999, p. 104). Ainda que nem sempre o sujeito tenha algo a dizer sobre a sua criação, o fato de ele ter feito um endereçamento o coloca “em pauta numa relação onde [*sic*] o que é criado pode ser lido” (ALVARENGA, 1999, p. 104). Ler, nesse caso, não significa realizar uma interpretação. O oficineiro “se encontra desprovido do instrumento da interpretação, visto que a mesma somente faz sentido diante de um gozo reprimido” (KAUFMANNER, 1999, p. 100).

Trago uma vinheta como ilustração. José era um senhor de quase sessenta anos, não trabalhava, tinha como renda um Benefício de Prestação Continuada, nunca se casou, não tinha filhos e morava com o irmão e a cunhada desde que seus pais faleceram. Teve o colapso de sua realidade psíquica ainda quando jovem: um dia “sonhou” que seu pai estava agredindo sua mãe, foi até o quarto deles e se pôs a agredir o pai. Nessa ocasião, foi internado pela família e, posteriormente, esteve internado por mais cinco vezes. No CAPS, seu tratamento consistia em consulta psiquiátrica e na participação na oficina. Fazia uso de um antipsicótico injetável (2 ampolas ao mês), de dois antipsicóticos¹⁰ administrados via oral (manhã e noite) e

¹⁰ Ao perceber que a medicação estava, de certo modo, produzindo um embotamento daquele sujeito, propus ao psiquiatra a diminuição da medicação. Por parte daquele profissional, havia a preocupação de que o sujeito

de dois ansiolíticos (à noite). Costumava pintar quadros, geralmente relacionados ao campo (morou em fazendas quando era criança), mas, nas duas últimas oficinas, quis desenhar uma bandeira do país e insistiu em escrever “ordem e progresso”. Curiosamente, solicitou que eu mostrasse para o médico a sua criação, o que nunca havia feito. Enquanto finalizava sua obra, José me contou que seus pais esperavam que ele se tornasse um oficial da polícia e que, na época da primeira crise, estava fazendo um processo seletivo justamente para esse fim. No que pudemos ler de seu relato, José, pela primeira vez, pôde nos contar sobre aquilo que funcionou como Um-pai para ele, provocando o desencadeamento da psicose.

Quanto aos objetos produzidos em uma oficina, a exposição, e mesmo a venda das obras, não precisa ser excluída necessariamente, porém, jamais deve se configurar como sua meta. Para alguns sujeitos, conferir um endereçamento social para sua criação pode ter efeito apaziguador ou estabilizador, por operar conversões sobre o gozo. Ao passo que, para outros sujeitos, a possibilidade de obter um reconhecimento público por meio dos objetos criados por eles pode ser desestabilizadora. Alguns sujeitos possuem, ainda, uma aspiração, uma meta que pretendem alcançar, mas que não está ali pronta para ser atingida, ao contrário, trata-se de um recurso em perspectiva que o possibilita seguir sua vida de modo relativamente estável. Assim, é recomendável prudência aoicineiro, que deve se posicionar no caso a caso a partir das indicações oferecidas pelo próprio sujeito.

Greco (2008) alerta os trabalhadores quanto a esse aspecto. Segundo ele, o “laço social” que se assenta “em um ideal” (por exemplo, ser escritor) é de certo modo eficaz. E prossegue:

O problema de sustentar um trabalho sob essa premissa é que, enquanto o sujeito não alcança, segue estável sua vida, mas, ao atingir o ideal, pode desfazer-se a tensão que o Imaginário propiciava para a sustentação da existência, e ele pode começar a delirar exatamente devido ao êxito (2008, p. 90).

Vejamos agora outro caso. Aparecido é um sujeito de meia idade que foi internado em hospital psiquiátrico por duas vezes. Segundo uma tia, desde os treze anos demonstrava ser diferente. Falava sozinho, batia no próprio rosto e dizia que os alienígenas batiam nele. A tia ainda me disse que Aparecido fez tratamento no CAPS do município vizinho, referindo-se que era por conta de bebida (cerveja sem álcool). Segundo um familiar, sua primeira crise psicótica aconteceu na adolescência, quando ganhou uma competição desenho na escola.

tivesse uma nova crise, mesmo que nada indicasse isso. A prevenção desmedida do psiquiatra inviabilizou a diminuição da medicação.

Quando iniciou a participação na oficina Criar-te, passou a pintar telas e escrever letras de músicas. Dizia não querer se casar, apesar de escrever sobre romances. Assinava suas telas com seu nome e as suas músicas como Thiago Neves. Relatou que já tinha escrito outras composições e me pediu para encontrar um agenciador para gravar suas músicas. Sustentei que ele poderia continuar a escrever no espaço da oficina e a trazer seus escritos para me mostrar, inclusive o CD que ele dizia ter gravado (o que ele não fez nunca). Apesar de eu não ter me prontificado para encontrar um agenciador conforme me solicitou, Aparecido continuou a participar da oficina, ora pintava, ora escrevia, sendo artista de sua própria vida.

Em sujeitos da psicose, a relação com a escrita é peculiar, assim como é sua relação com a linguagem. Lacan (2007), no “Seminário 23”, apresenta a função da escrita para Joyce como *sinthoma*, forma de enlaçar os três registros (imaginário, real e simbólico) e com isso dar sustentação para sua realidade psíquica. Já Vera Pollo (1999), ao apresentar o caso Márcia, mostra que um sujeito pode circunscrever um gozo angustioso por meio da escrita, cavando uma separação entre corpo e carne. Enquanto escreve no papel, o sujeito produz inscrições psíquicas, servindo como recurso para tecer seu corpo e aparelhar o gozo. De um outro modo, Schereber também se serviu da escrita, nesse caso, para fazer do leitor testemunha de seu lugar de objeto do Outro.

Não é porque a oficina é realizada em grupo que se pode generalizar os movimentos e as posições subjetivas de cada um nas atividades criativas. Assim, resta aoicineiro escutá-las, uma a uma (GRECO, 2018). Para além da dimensão estética e sociocultural, a oficina comporta, essencialmente, uma dimensão ética. A ética do sujeito, ética da psicanálise, nos ensina a não recuar diante da psicose. Como disse Lacan “A psicose é aquilo frente a qual um analista não deve retroceder em nenhum caso” (LACAN, 1977/1992b, p. 9). Introduzir o sujeito em um espaço onde, na melhor das hipóteses, visa-se à cidadania, produzindo uma interseção, só se torna possível porque o que move o trabalhador é um desejo muito particular: o desejo do analista – pautado por ele, o trabalhador quer apenas que o sujeito deseje.

Considerações finais

Rinaldi, Cabral e Castro (2008) demarcam que oficinas referenciadas apenas pela RPb e pela reabilitação social objetivam, via tarefas e entretenimento, reabilitar o sujeito para a vida social, “mantendo seus usuários dentro da instituição, alienando-os de sua condição peculiar de sujeitos” (2008, p. 121). Nesse sentido, Hainz e Costa-Rosa (2009) sustentam que as ações de atenção psicossocial não devem ser norteadas somente pelo plano da política,

posto que essa redução da clínica à política relegaria sua principal função: a produção de subjetividade singularizada. Por isso, entendemos ser necessária uma prática sustentada pela dimensão clínica; sem ela arriscaríamos “menosprezar toda a sutileza da variabilidade subjetiva presente no CAPS” (HAENZ; COSTA-ROSA, 2009, p. 412).

Em se tratando dos sujeitos do recalcamento, a oficina terapêutica pode operar pela via da sublimação, funcionando como um suporte inicial para a fala. As criações produzidas durante a oficina estão intimamente ligadas às questões de cada sujeito, portanto, servem de suporte material para o endereçamento, via transferência, de uma fala sobre aquilo que lhes faz sofrer. Desse modo, é imprescindível que oicineiro abstenha-se das tentativas de uniformização e, principalmente, da preocupação estética, pois, somente assim, o sujeito terá a possibilidade de criar algo que participe de algum modo da associação livre, que poderá ser desdobrada a partir da oferta de escuta do profissional.

Guerra (2008), ao tratar da função da oficina para os sujeitos constituídos por foraclusão, serve-se da imagem de uma dobradiça para destacar que a oficina possibilita dois movimentos: ora abre-se para o plano do inconsciente ora para o plano da cultura e da política. Assim, as oficinas podem operar na construção de condições para que o sujeito dito “louco” se inscreva no laço social, a partir da singularidade de cada um. A dimensão essencial das oficinas diz respeito à articulação entre as dimensões sociopolítica e as da subjetividade. Para que exista algum equacionamento subjetivo, com vistas à participação do sujeito junto ao laço social, não basta que ele esteja inserido em um espaço coletivo, menos ainda que aquilo que ele produz participe do intercâmbio social. É, portanto, imprescindível que algo do saber-fazer com o sofrimento “seja fígado e transformado em atividade sobre um objeto qualquer, produzindo nele uma densidade simbólica” (GUERRA, 2008, p. 55).

A despeito das mudanças operadas pela RPB, o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e o Discurso Médico ainda prevalecem, determinando as compreensões hegemônicas quanto ao sofrimento psíquico — como transtorno mental — e as propostas de tratamento, essencialmente medicamentosas¹¹. O sinal de saúde ainda é o da adaptação social mais comum, mesmo que isso signifique o apagamento do sujeito via

¹¹ A indústria farmacêutica se serve do sofrimento psíquico tornando-o “um objeto de lucro, uma mercadoria” (AMARANTE, 1994, p. 79). Essa indústria tem forte influência na psiquiatria, inclusive na elaboração do DSM, conhecido como “bíblia da psiquiatria”. Passarinho (2020) demarca que 69% dos envolvidos na elaboração do DSM-5 possuíam laços financeiros com a indústria farmacêutica. Dias e Muhl (2020) contam que a indústria farmacêutica organiza e financia simpósios vinculados ao Congresso Brasileiro de Psiquiatria, com temas e palestrantes definidos pelos patrocinadores, e onde são servidos jantares e distribuídos brindes. Recentemente, um colega psiquiatria nos relatou que a indústria farmacêutica custeia a confecção do receituário de seu consultório. Vemos, portanto, que a psiquiatria está longe de possuir uma suposta neutralidade científica na construção de seu campo.

“camisa de força química”. Desse modo, as manifestações próprias à loucura, como delírios e alucinações, são rapidamente contidas por meio do fármaco. Por isso, as manifestações mais típicas da forclusão podem não aparecer com nitidez na oficina, principalmente se forem mais discretas, sendo mais comum nos depararmos com pequenos índices da forclusão, principalmente do que se chamada de um estilo “como se”, por parte do sujeito.

Sustentar uma oficina terapêutica em um CAPS não é uma tarefa simples, especialmente quando o que está em questão é a manutenção da dimensão clínica. Isso depende de alguns fatores, tais como: pactuação com a equipe, disponibilidade de materiais utilizados naquele espaço e capacidade teórica, técnica e subjetiva por parte do oficineiro. Com relação ao primeiro fator, há o desafio de construir, coletivamente, uma concepção de sujeito e de clínica para além do referencial organicista/medicamentoso da psiquiatria – o que permite a compreensão da oficina como uma oferta de tratamento tecnicamente manejada e teoricamente embasada, não como uma mera ocupação do tempo ocioso. No que diz respeito ao segundo aspecto, a necessidade de improvisar materiais¹² (como no caso das telas feitas de papelão) e de obtê-los por meio de doações (por exemplo, os diversos materiais recicláveis e aqueles vindos do bolso do próprio oficineiro) coloca o trabalhador na condição de viver de improviso, dificultando (ainda que não impedindo) o seu trabalho.

Já no que se refere à capacidade do profissional, é imprescindível que a “caixa de ferramentas” de cada um, ou seja, seu instrumental teórico, técnico e ético contemple a especificidade da realidade psíquica (*Realität*), que é composta de sentido (consciente e, sobretudo, inconsciente) e corpo pulsional (consequentemente, vai muito além de qualquer realidade neuronal), de modo que ele possa fazer o manejo clínico dos sujeitos que acompanha. Nessa caixa, também é importante que haja um conjunto de referenciais de natureza transdisciplinar – Análise Institucional, Materialismo Histórico e Filosofia da Diferença – capaz de capacitar o trabalhador para que faça uma leitura crítica da realidade social e do próprio SUS, para poder melhor se posicionar no campo.

Concordamos com Shimoguri (2021), segundo quem a transdisciplinaridade é uma condição *sine qua non* para a Saúde Mental, dada a complexidade desse campo. Ser um trabalhador transdisciplinar não significa deixar de ser psicóloga (ou terapeuta ocupacional, dentre outras especialidades disciplinares) e sim ir além da especialidade profissional, pois as

¹² A necessidade de improvisar materiais de trabalho, sejam para uma oficina sejam para outra modalidade de atendimento, é um problema comum no campo da Saúde, e em particular da Saúde Mental. O Sistema Único de Saúde, nos últimos anos tem sofrido com a falta de investimentos que resulta no processo de sucateamento dos estabelecimentos. Já a área da Saúde Mental costuma ser vista como tendo menor importância pelas gestões a nível federal, estadual e municipal, resultando em menos investimentos ainda.

problemáticas que chegam ao CAPS ultrapassam aquilo que uma disciplina, considerada isoladamente, é capaz de dar conta. Ademais, esses referenciais transdisciplinares têm, em comum, o fato de romperem com o princípio (cartesiano) de sujeito-objeto, portanto, seriam capazes de romper, também, com o exercício de saber-poder sobre o sujeito (tomado como objeto pelo trabalhador disciplinar):

Nesse caso fica reservado ao [...] trabalhador da Saúde Mental, o lugar de um sujeito intercessor, ou seja, um sujeito co-adjuvante nos processos de produção da saúde subjetividade que se trata de produzir [...]; *o termo intercessão é o único capaz de dar conta das relações sociais de produção da Atenção, na perspectiva do Modo Psicossocial* (COSTA-ROSA, 2013, 227, grifo nosso).

A ética psicossocial, advinda das contribuições da psicanálise freudiana e do materialismo histórico, possui a premissa de que “não há saída possível dos impasses sintomáticos e do sofrimento psíquico, de que os indivíduos vêm se queixar, que não passe necessariamente pela *autoprodução do saber e da ação*” (COSTA-ROSA, 2013, p. 227, grifos do autor). Em outras palavras, a resolução de uma problemática psíquica (sintomas, impasses, enigmas e sofrimentos) depende da possibilidade de o sujeito poder fazer um trabalho psíquico. É a partir de tais considerações que reiteramos: é necessário avançar para além da RPB, fortalecendo a dimensão da clínica nas terapêuticas, inclusive nos espaços de oficina. Isso não significa desconsiderar a importância das ações no plano da política e da cultura, visando aprofundar as mudanças no contexto sócio-cultural – orientadas pelos interesses do polo subordinado –, pois não se trata de planos excludentes, mas sim de dimensões articuladas.

Oficinas de outras naturezas, como aquelas que enfocam a geração de renda (BACELLAR; CAVALCANTI, 2008) por meio da produção e venda de um produto; o aprendizado de habilidades diversas (COSTA; GABBAY; SILVA, 2008) que possam servir para ampliar a autonomia dos sujeitos (como as de alfabetização e de culinária) e as com enfoque na criatividade (GRECO, 2008; VAINER; BORGHI, 2008) como, por exemplo, as de artes plásticas e artes cênicas, são muito oficinas relevantes, desde que não operem essencialmente pelo DM e DU. Em outras palavras, é preciso que essas oficinas não operem por meio de um saber-poder que faça a exclusão subjetiva de cada participante. Um trabalho ético, realizado no âmbito das oficinas, não pode desconsiderar a pertinência da dimensão subjetiva – e como seu corolário, o modo particular como cada sujeito constituiu sua realidade psíquica. Só assim pode-se evitar o risco de reduzir sua potência instituinte e singularizante e

de produzir uma terapêutica adaptativa e normalizadora, terapêutica essa que a RPb pretendia superar.

REFERÊNCIAS

- ALEIXO, J. M. P.; LIMA, E. M. F. A. Invenção e produção de encontros no território da diversidade: cartografia de um Centro de Convivência. *Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 25, n. 3, p. 649-659, 2017. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1695/891>. Acesso em: 25 dez. 2020.
- ALVARENGA, E. O trabalho criativo e seus efeitos na clínica da psicose. *Curinga*, Belo Horizonte, n. 13, p. 102-105. 1999. Disponível em: https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf. Acesso em: 02 fev. 2021.
- ALVARENGA, E. Estabilizações. *Curinga*, Belo Horizonte, n. 14, p. 15-19, 2000. Disponível em: https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_14.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.
- ATTIÉ, J. Pierre sem o nome do pai. In: MOTTA, M. B., (Org.) (1994). *Clínica Lacaniana: casos clínicos do campo freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. p. 197-202.
- BACELLAR, L.; CAVALCANTI, M. T. Se meu armário falasse... uma oficina de geração de renda?. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. p. 181-197.
- BAIO, V. O ato a partir de muitos. *Curinga*, Belo Horizonte, n. 13, p. 55-62. 1999. Disponível em: https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégias de Reabilitação Psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/politica-nacional-desau-de-mental-alcool-e-outras-drogas/851-saude-mental/41175-estrategias-de-reabilitacaopsicossocial>. Acesso em: 27 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Memória da loucura*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRODSKY, G. *Loucuras discretas: um seminário sobre as chamadas psicoses ordinárias*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2011.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?. *Rev. Mal-Estar Subjetividade*, v. 5, n. 2, p. 300-327, set. 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482005000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 fev. 2021.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do Discurso Médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. Apresentação. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. p. 7-10.

COSTA, C. M.; GABBAY, R.; SILVA, M. A. B. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). Oficinas: um fazer/conviver terapêutico. *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. p. 261-282.

COSTA-ROSA, A. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 032, p. 743-757, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/18.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

COSTA-ROSA. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: UNESP, 2013.

COSTA-ROSA, A. Por que a Atenção Psicossocial exige uma clínica fundada na Psicanálise do campo Freud-Lacan? *Revista da Psicologia da Unesp*, v. 18 (número especial), p. 37-54, 2019. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542/1352>. Acesso em: 29 mar. 2021.

CRUZ, K. S.; FERNANDES, A. H. Dispositivos Clínicos dos Psicólogos em CAPS de Salvador: entre Tutela e Clínica das Psicoses. *Rev. Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 4, n. 2, p. 94-105, dez. 2012. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/175/239>. Acesso em: 03 fev. 2021.

DALFUNCHIO, N. S. *Confines de las psicoses*. Buenos Aires: Del Bucle, 2008.

DANTAS, M. *Arthur Bispo do Rosário: a poética do delírio*. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DIAS, M. K.; MULH, C. Agenciamentos da Psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a Epidemia de Psicotrópicos. *Argumentum*, v. 12, n. 2, p. 60-74, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29114/21384>. Acesso em: 20 mar. 2021.

DRUMMOND, C. O desencadeamento da psicose. *Curinga*, Belo Horizonte, n. 13, p. 115-119, 1999. Disponível em: https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf. Acesso em: 08 mar. 2021.

FERREIRA, C. M. R.; TRÓPIA, M. R. A. B. O escriturário das suplências. *Curinga*, Belo Horizonte, n. 14, p. 124-128, abr. 2000. Disponível em: https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_14.pdf. Acesso em: 28 mar. 2021.

FREUD, S. Análise terminável e interminável (1937). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 23. p. 223-270.

FREUD, S. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 12. p. 135-148.

FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia Paranoides) (1911). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 12. p. 15-89.

GALETTI, M. C. *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutica ou intercessor clínico?* Goiânia: Ed. Da UCG, 2004.

GALVANESE, A. T. C *et al.* Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo. *História, ciência, saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-452, Jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702016000200431&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2021.

GUERRA, A. M. C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. p. 23-58.

GUERRA, A. M. C. *et al.* Função da obra na estabilização psicótica: análise do caso do profeta gentileza. *Interações*, v. 11, n. 21, p. 29-56, jan-jun, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v11n21/v11n21a03.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2021.

GRECO, M. G. Oficina: uma questão de lugar? In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. p. 83-94.

HAINZ, C. G.; COSTA-ROSA, A. A oficina terapêutica como intercessão em problemáticas de sujeitos constituídos por foraclusão. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 2, p. 405-412, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000200022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 mar. 2021.

KAUFMANNER, H. Transferência na psicose. *Curinga*, Belo Horizonte, n. 14, p. 96-101, 1999. Disponível em: https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_14.pdf. Acesso em 07 mar. 2021.

LACAN, J. Escritos. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. *O seminário, livro 3: As psicoses (1955-56)*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. *O seminário, livro 4: A relação de objeto* (1957-58). Tradução de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1995.

LACAN, J. *O seminário, livro 5: As formações do inconsciente* (1957-58). Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Tradução de M. D. Magno. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, J. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Tradução de Ari Roitman. Rio de Janeiro: Zahar, 1992a.

LACAN, J. *O seminário, livro 23: o sinthoma*. Tradução de Sergio Laia. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LACAN, J. Ouverture de la section clinique. Abertura da sessão clínica. 1977. *Traço*, v. 1, n. 0, set-out, p. 1-11, 1992b. Disponível em: <http://traco-freudiano.org/tra-lacan/abertura-secao-clinica/abertura-clinica.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2021.

LIMA, E. A. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. p. 59-82.

MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos* (1844). São Paulo: Boitempo, 2004.

METZGER, C. Sublimação: laço entre arte e clínica. *Stylus* (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 31, p. 133-143, out. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2015000200014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2021.

MONTEZUMA, M. A. Transferência e encaminhamento na instituição de saúde mental. *Cadernos IPUB*. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 06, n. 17, 2000. p. 116-123.

NUNES, V. S.; TORRES, M. A.; ZANOTTI, S. V. O psicólogo no Caps: um estudo sobre oficina terapêutica. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v. 5, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1649/1200>. Acesso em: 25 mar. 2021.

PASSARINHO, J. G. N. *O DSM como ideologia: uma crítica do Manual diagnóstico e a luta paradigmática em Saúde Mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2020. p. 236. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/194214/passarinho_jgn_me_assis.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 06 mar. 2021.

PÉRICO, W. *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: A clínica do sujeito na Saúde Coletiva*. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras,

Assis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/134191>. Acesso em: mar. 2021.

POLLO, V. A teoria-clínica em um caso de esquizofrenia. In: ALBERTI, S. (Org.). *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo*. Rio de Janeiro: Marca d'água livraria e editora, 1999. p. 149-162.

QUINET, A. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

QUINET, A. *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

RIBEIRO, L. A.; SALA, A. L. B.; OLIVEIRA, A. G. B. As oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 12, n. 4, 516-522, Jan/Mar, 2008. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remee.org.br/pdf/v12n4a10.pdf>. Acesso em: fev. 2021.

RINALDI, D. L.; CABRAL, L. H.; CASTRO, G. S. Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. *Estudos e pesquisas em Psicologia*, v. 8, n. 1, p. 118-125, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v8n1/v8n1a13.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2021.

RODRIGUES, E. *Oficina terapêutica e um caso de alcoolismo*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2010. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97615/rodrigues_e_me_assis.pdf?sequence=1. Acesso em: 02 mar 2021.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. *O saber-fazer da terapia ocupacional psicossocial: ampliação da clínica de Marx a Freud-Lacan*. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2021. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/202764/shimoguiiri_afdt_dr_assis.pdf?sequence=5. Acesso em: 24 mar. 2021.

STRAUSS, M. O tratamento de Stéfane. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Clínica Lacaniana: casos clínicos do Campo Freudiano*. Tradução de Luiz Forbes. Rio de Janeiro: Zahar, 1994. p. 108-115.

VAINER, A. A.; BORGUI, L. Bastidores de uma oficina terapêutica de montagem teatral: relato da primeira temporada em palcos fora da instituição psiquiátrica. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. p. 217-225.

VIGANÓ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga*, n. 13, p. 39-48, set, 1999. Disponível em: https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf. Acesso em: mar. 2021.

ZENONI, A. Clínica e comunidade de trabalho. SEMINÁRIO INTERNO DO INSTITUTO RAUL SOARES, 3, 1998, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 1998. p. 7-20.

ZENONI, A. Versões do Pai na psicanálise lacaniana: o percurso do ensinamento de Lacan sobre a questão do pai. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 15-26, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v13n1/v13n1a02.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.