

A Direção do Tratamento a partir da Escuta de Psicólogos e Psiquiatras que Atuam em um CAPS

Mariana de Paiva Pelet Vieira¹ e Tiago Humberto Rodrigues Rocha²

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil

Resumo: A concepção do normal e do patológico associada a como o indivíduo se relaciona com seu ambiente tem se desenvolvido no campo da psicologia. Nesse contexto, o sujeito com sofrimento psíquico passa a não ser taxado pelo transtorno, mas como portador deste, aproximando as práticas classificatórias da lógica dos serviços substitutivos em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oriundos da Reforma Psiquiátrica brasileira. A demanda de cura dos sujeitos é transformada em demanda de inclusão social e escuta clínica, deixando a patologia determinada pela exclusão social. Para tanto, torna-se necessária a promoção de novas formas de encarar a clínica e os aparelhos de saúde mental. Nesse sentido, propõe-se a investigação sobre a hipótese de a Reforma Psiquiátrica ter relegado a clínica a um segundo plano em relação à demanda social através da percepção de como se dá a conduta terapêutica de psicólogos e psiquiatras de um CAPS. O presente estudo é exploratório, descritivo e qualitativo, tendo sido utilizada uma entrevista semiestruturada. Os participantes da pesquisa são psicólogos e psiquiatras atuantes em um CAPS do interior de Minas Gerais. Contrariando nossa hipótese inicial, foi percebido que há um trabalho clínico que não é sobrepujado pela retórica da inclusão, da oferta de discursos de adaptação e ressocialização. Partimos da definição de clínica ampliada e da perspectiva lacaniana para analisar as práticas institucionais do CAPS. A análise se deu a partir da teoria lacaniana dos discursos, em especial do discurso do analista, possibilitando a restituição subjetiva e política de seus usuários. Percebemos que a instituição busca assegurar um lugar que não cumpre a função de mestria, através de práticas como a ressignificação das crises. Destarte, buscamos indicar como o funcionamento do CAPS pôde sustentar uma clínica da psicose atrelada ao posicionamento político nos processos de inclusão social.

Palavras-chave: psicanálise, clínica, saúde mental, psicose, CAPS

¹ Psicóloga pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). *E-mail:* marianapeletpsi@gmail.com

² Psicólogo. Psicanalista. Doutor com dupla titulação em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Doutor pela Université de Rennes 2 (França). Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). *E-mail:* tiago.rocha@uftm.edu.br

Submetido em: 05/07/2023. Primeira decisão editorial: 09/10/2023. Aceito em: 23/10/2023.

The Direction of the Treatment from the Listening of Psychologists and Psychiatrists who Work on a CAPS

Abstract: The conception of the normal and pathological associated to how the individual relates to his environment has been developed in the psychology field. In this context, the subject with psychic suffering stops being taken by his disorder, but as bearer of his disorder, approaching the qualifying practices of the logic of mental health substitute services, such as the Psychosocial Attention Centers (CAPS), natives of the Brazilian Psychiatric Reform. The subject's demand of cure is transformed in a social inclusion and clinical listening demand, leaving the pathology determined by social exclusion. Therefore, it became necessary the promotion of new ways of facing the clinic and the mental health apparatus. Thus, it's proposed the investigation of the hypothesis that the Psychiatric Reform has relegated the clinic to a background compared to the social demand thru the perception of how the therapeutic conduct of psychologists and psychiatrists of a CAPS occur. This study is exploratory, descriptive, qualitative and has utilized a half-structured interview. The participants of the research are psychologists and psychiatrists who work on a CAPS of the countryside of Minas Gerais. Contradicting our initial hypothesis, it was perceived that exists a clinical work not surpassed by the rhetoric of inclusion, the offer of speeches, adaptation and resocialization. We start by the definition of amplified clinic and the lacanian perspective to analyse the institutional practices of the CAPS. The analysis was made from the lacanian theory of discourses, specially the analyst's discourse, allowing the subjective and political restitution of its users. We've perceived that the institution seeks to guarantee a place that doesn't fulfill the mastery function, through practices like the resignification of the crises. Finally, we pursued to indicate how the operation of the CAPS could sustain the psychosis clinic associated to the political position in the social inclusion process.

Keywords: psychoanalysis, clinic, mental health, psychosis, CAPS

Introdução

O conceito de normalidade psíquica não é algo rígido, mas flexível tal como uma norma que se altera de acordo com sua relação com condições individuais, tornando o limite entre o normal e o patológico impreciso. O que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode ser considerado patológico em outra situação. O sujeito é que avalia essa transformação, uma vez que é ele quem sofre suas consequências, quando se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe (Canguilhem, 2009). Nesse sentido, não é absurdo considerar o estado patológico como normal, visto que este apresenta uma relação com o conceito de normatividade da vida (Canguilhem, 2009).

O desenvolvimento da concepção do normal e do patológico, sob uma perspectiva qualitativa em que tudo se explica em relação ao indivíduo e em como este se relaciona com seu ambiente, foi amplamente estudada por Georges Canguilhem. Em sua proposta, o autor estabelece a distinção de três vias de orientação teórica: a normatividade no sentido biológico, social e existencial. Trata-se, então, de aspectos fisiológicos da estrutura do organismo vivo, de valores sociais que determinam a sua organização e de aspectos individuais que fazem referência aos sujeitos que vivenciam a saúde e a doença. Em sua teoria, Canguilhem apoia a existência de normas tanto no estado normal quanto no estado patológico. O patológico não é apenas a ausência de normas e não corresponde necessariamente à anormalidade. Nessa mesma direção, o normal não implica em saúde por si mesmo (Camara, 2016).

Assim, encontramos a necessidade de boas descrições psiquiátricas e psicanalíticas elaboradas visando estratégias de intervenção e transformação. Se fossem mero reflexo neutro das coisas mesmas, não seriam descrições de indivíduos (Dunker & Kyrillos Neto, 2011). Nesse contexto, em resposta ao desenvolvimento de pesquisas sobre transtornos de ordem psiquiátrica, tem-se a elaboração da primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Ele foi criado a partir da demanda de coletar informações estatísticas

sobre doenças e transtornos mentais. Além disso, o DSM também surgiu da necessidade de criação de uma linguagem comum acerca das classificações de cada um dos transtornos. Segundo o manual, um transtorno mental se configura como uma síndrome ou padrão de comportamento psicológico importante que se manifesta e causando algum sofrimento físico, mental ou prejuízo social (Kyrillos Neto et al., 2014).

Para Kyrillos Neto et al. (2011), o DSM causou profunda transformação na história da psiquiatria moderna — desde a sua primeira edição até a mais recente atualização em 2022 (American Psychiatric Association [APA], 2022). Sua proposta é de ser um sistema classificatório atóxico e operacional dos grandes quadros sindrômicos psiquiátricos. A partir daí, os diagnósticos seriam considerados como instrumentos convencionais, dispensando quaisquer referências de caráter ontológico. A única exigência seria a correspondência em seu plano descritivo. O rompimento com a teoria ao se descomprometer, decorreu então, da lógica em que a caracterização das formas de sofrimento psíquico, alienação ou patologia mental era acompanhada da fundamentação ou de crítica filosófica. Além disso, após a terceira edição do DSM, quebrou-se não apenas a união entre psicanálise e psiquiatria, mas também o modo de fundamentar e fazer psicopatologia na prática clínica de profissionais. É importante ressaltar que não se trata de uma disputa ideológica com a psiquiatria. Pelo contrário: a psicanálise conserva a função diagnóstica da psiquiatria sem abandonar a psiquiatria clássica, salvaguardando a relevância e a singularidade da fala de cada sujeito nos níveis do enunciado e da enunciação. O conhecimento psiquiátrico clássico consolidado a partir do momento em que se começou a descrever, isolar e separar os fenômenos que afetam o doente é o principal referencial das práticas do hospital psiquiátrico. O que se coloca em questão é que atualmente a psiquiatria se vê tomada pelo furor farmacológico, distanciando-se de seu saber clínico clássico (Kyrillos Neto et al., 2011).

O diagnóstico em psicanálise, além de ser estrutural é também transferencial, o que exige do terapeuta um exercício de incitar certa

fala que indique algo da posição do sujeito na fantasia. Trata-se de um direcionamento da fala, da ultrapassagem de fenômenos que viabiliza a formulação de um diagnóstico com função terapêutica e simultaneamente nos distancia de caricaturas e estereótipos de manuais como padrões de sofrimento psíquico (Dunker & Kyrillos Neto, 2011).

A psiquiatria propõe a resolução dessa problemática através de intervenções sobre as situações mais agudas e encaminhando esses pacientes para “psicoterapia”. Diz-se do modelo da Medicina Baseada em Evidências (MBE). A perspectiva de embasar a conduta clínica pela eficácia leva a supervalorização da MBE. Sua noção de eficácia está associada ao tratamento em condições de mundo ideal em que haja apenas supressão dos sintomas. Entretanto, em psicologia considera-se que é a partir do sintoma que se inicia o trabalho terapêutico. A proposição de que o diagnóstico não incida unicamente sobre o sintoma, mas sim sobre a implicação do sujeito no sintoma, faz com que a psicanálise crie condições para que a própria intervenção clínica do profissional vá mais a fundo da mera supressão sintomática. Para a psicanálise, a prioridade é o sujeito em sofrimento em função de sua estrutura subjetiva. Nessa direção, trata-se de identificar o *pathos* em que o sujeito se encontra para subtrair a partir de sua peculiaridade a patologia que o acomete. Na psicanálise, preconiza-se o sujeito enquanto atravessado pela linguagem. Isso significa que fazê-lo dizer por si mesmo sobre sua história e seus sofrimentos a um interlocutor confere-lhe autonomia sobre o próprio discurso. Diz-se de uma clínica da fala. É o próprio sujeito que apresenta seu caso em voz alta. Em função disso, o enfoque é dado à singularidade de cada enunciado, deixando de ter a ênfase na descrição dos sintomas para se configurar como um atendimento clínico em saúde (Kyrillos Neto et al., 2011).

Quanto ao uso diagnóstico do DSM, a partir de sua quarta versão, uma advertência é feita em relação às classificações. O sujeito passa a não ser taxado pelo transtorno ao apresentá-lo. Em razão disto, o DSM não apresenta a descrição “indivíduo esquizofrênico”, e sim “indivíduo com esquizofrenia”, aproximando as práticas classificatórias da lógica

norteadora dos serviços substitutivos em saúde mental (Kyrillos Neto et al., 2014).

Nessa direção, os serviços substitutivos de saúde mental surgem na década de 1980 em um contexto crítico e de vigência do modelo manicomial e da privatização da assistência na forma de hospitais e clínicas. A maioria desses serviços brasileiros teve inspiração no modelo italiano de Franco Basaglia de desinstitucionalização psiquiátrica. Nessa direção, a terminologia “reforma psiquiátrica” no contexto brasileiro ganha uma significação diferente: a crítica às práticas asilares deixa de almejar seu aprimoramento em humanização passando a questionar os pressupostos da Psiquiatria, condenando seus efeitos de normalização, controle e docilização dos corpos. Logo, a Reforma Brasileira começa a apresentar como foco principal a cidadania do louco em relação à clínica (Kyrillos Neto, 2009).

Ainda segundo o autor, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como reação às pretensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este serviço apresenta cinco características fundamentais no que se refere à sua “prática terapêutica”: assegurar o direito a asilo (o que não implica em exclusão); rapidez de respostas às crises; inserção territorial; inversão no investimento (ênfase no desenvolvimento social dos usuários do serviço sem uma preocupação maior com estruturas clínicas e quadros nosológicos) e, finalmente, o processo de valorização, compreendido como a integração de instituições no processo de compartilhamento social. Tais características dos CAPS são reproduções da experiência basagliana no contexto brasileiro. São pressupostos que coordenam o funcionamento dos serviços abertos em saúde mental e que permeiam o campo das políticas públicas nessa área preconizadas pela Reforma. Pressupõe-se que, para a criação e êxito de novos serviços em saúde mental, são necessários profissionais com embasamento teórico-prático distinto do modelo anterior (manicomial). No entanto, é evidente que a experiência em ambos os contextos (lógica manicomial e lógica humanizada pós-reforma psiquiátrica) também se constitui como uma maneira eficaz de perpetuação da crítica ao modelo manicomial. Desse modo, contribui para a compreensão dos progressos representados

pelos serviços substitutivos em saúde mental. No entanto, é importante ressaltar que as instituições de formação assimilaram poucos conteúdos dos debates suscitados pela Reforma, tanto no que tange aos currículos quanto às práticas extensionistas. Estas têm oferecido paulatinas contribuições quanto às avaliações para seu desenvolvimento. Nos aspectos essenciais para o bom funcionamento dos serviços substitutivos em saúde mental descritos previamente, percebe-se a ausência da dimensão clínica. A mudança no curso do investimento supõe que a Psiquiatria não preconize a patologia e enfatize a existência complexa dos usuários e sua ressocialização (Kyrillos Neto, 2009).

A partir do exposto, demonstra-se, então, que a diferença da lógica diagnóstica do DSM e da psicanálise, enquanto teoria norteadora, suscita consequências relevantes para a condução do tratamento, uma vez que o diagnóstico provém de uma definição prévia implícita ou explícita sobre a função de uma terapêutica, influenciando a direção do tratamento pelos profissionais (Kyrillos Neto et al., 2011). Dessa forma, o louco, ao ser deslocado para a posição de usuário dos serviços de saúde mental, tem sua demanda de cura transformada em demanda de inclusão. Sua patologia passa a ser definida pela exclusão social concreta e não por uma nosologia neutra e transcendente, em um processo de ressignificação do trabalho terapêutico (Kyrillos Neto, 2007).

Nesse sentido, propõe-se a investigação sobre a hipótese de a Reforma Psiquiátrica ter relegado a clínica a um segundo plano em relação à demanda social através da percepção de como se dá a conduta terapêutica de psicólogos e psiquiatras de um CAPS.

Metodologia

O presente trabalho é exploratório, descritivo e qualitativo. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada. O roteiro foi elaborado a fim de compreender quatro eixos temáticos: atuação do profissional na instituição; percepções acerca da Reforma Psiquiátrica; das práticas clínicas; e de ressocialização presentes no CAPS.

Os participantes foram recrutados através de convite à coordenação da Instituição

para cooperação com a pesquisa. A seleção foi intencional e compreendeu seis psicólogas e dois psiquiatras atuantes no CAPS em questão. Do total de dez profissionais da instituição, oito foram entrevistados. Ao longo do texto, os participantes serão identificados por nomes fictícios: Elisa (54 anos), Débora (33 anos), Amanda (47 anos), Carolina (35 anos), Marisa (65 anos) e Patrícia (44 anos) são as psicólogas e Jaime (43 anos) e Cícero (60 anos), os psiquiatras, respectivamente.

Em decorrência da pandemia da Covid-19, os participantes foram contatados por telefone obtido através da instituição e concederam entrevistas que foram audiogravadas de modo remoto. O material foi transcrito na íntegra, — incluindo-se pausas, interrupções e demais alterações discursivas que possam ocorrer — e analisado segundo as diretrizes da análise de conteúdo, com embasamento no referencial teórico da psicanálise.

Segundo Turato (2008), a análise de conteúdo irá compreender várias fases. São elas: preparação inicial do material, que se refere à transcrição do material; a pré-análise, que implica a execução de leituras repetidas dos dados até a exaustão e, por fim, o processo de categorização. A montagem das categorias ocorre a partir de dois critérios: relevância e repetição. A relevância refere-se a aspectos que o pesquisador considerou importantes para análise a partir de suas hipóteses, enquanto a repetição diz respeito ao destaque de determinados pontos em função da frequência com que aparecem nas entrevistas dos diferentes participantes. Pode ainda ser necessária a etapa de subcategorização. Essa é inclusa caso existam tópicos que mereçam destaque, mas se relacionam intrinsecamente a outros tópicos já existentes.

Após a categorização será feita a sua análise a partir do referencial psicanalítico de orientação lacanianiana. Em seguida, a análise tensionará o resultado da apreciação dos dados com os principais aspectos da Reforma Psiquiátrica brasileira, o funcionamento dos aparelhos substitutivos de saúde mental, a questão ideológica que perpassa todo o processo de tratamento e, através do método da psicanálise aplicada, abordaremos as perspectivas clínicas no tratamento institucional pensando a realidade do CAPS em questão.

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa está contemplada pela Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de origem do trabalho. Todos os participantes formalizaram sua concessão através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme registro CAAE 22321019.4.0000.5154 e parecer número 3.683.009.

Resultados e Discussão

Dos dez profissionais previstos para conceder a entrevista, oito participaram, dentre eles, seis psicólogas e dois psiquiatras. Uma vez que a coleta foi realizada em contexto de isolamento social, durante a pandemia da Covid-19, vale ressaltar que as entrevistas foram realizadas à distância. Desse modo, considera-se que a coleta *on-line* foi feita de modo a evitar ao máximo a perda de dados não verbais presentes nas interações de cada entrevista.

A partir da análise das entrevistas realizadas, questionava-se se nesse CAPS existia o risco de ser uma instituição que prezasse por signos que, muito frequentemente, fazem da reinserção social uma espécie de massificação restituidora de um signifiante faltante na relação do sujeito com a realidade. Em razão disso, especulávamos também se a esfera clínica do CAPS não teria sido relegada a um segundo plano, o que poderia comprometer o funcionamento do fazer clínico na instituição. Entretanto, essa hipótese, no decorrer da coleta, foi contrariada. Não foi constatada uma perda da prática clínica, pois clínica e ressocialização se mostraram andar juntas e entrelaçadas, refutando nossa hipótese inicial.

A maioria dos profissionais sempre ressaltava a importância de ambas as esferas de atuação do CAPS andarem juntas: ressocialização e prática clínica. Para eles, o conjunto é essencial para que a proposta de tratamento da instituição seja eficaz. Às vezes, a clínica aparecia como um instrumento para se atingir a ressocialização. Mas, de modo geral, nas entrevistas ficou claro que a ressocialização é um efeito da prática clínica cotidiana com os usuários, tal como apresenta o seguinte relato:

Tem alguma questão aí, né, dentro que é psíquica que precisa ser cuidada. E tem uma questão que é social também. É um dos vínculos dessa pessoa, né, com a sua própria vida e com a vida social. Seja ela familiar, seja ela a vida da rua, seja ela a vida ligada a algum espaço, né, dentro do social e da relação deles consigo mesmos (Amanda).

A partir daí, novos questionamentos surgiram aos pesquisadores: afinal, quais aspectos deste serviço garantem esse trabalho de clínica e ressocialização? O que sustenta uma prática que não toma o viés ideológico da ressocialização como único norte orientador para o trabalho e que, ao mesmo tempo, não perde os horizontes da clínica? Será que a prática desenvolvida pelos profissionais desta instituição tem seu desenvolvimento suportado de maneira individual, relativo à formação de cada profissional? Ou trata-se de algum dispositivo institucional que integra os princípios de resgate da cidadania e ressocialização há tanto tempo estabelecida clínica da psicose?

Considerando a análise das entrevistas, buscou-se discutir essa problemática acerca da prática desenvolvida na instituição a partir de dois eixos temáticos. Segundo os princípios propostos por Turato (2008), estes eixos foram montados em função do aparecimento por repetição e relevância, sendo eles: 1. O conceito de clínica ampliada, em que discutiremos sobre o modelo de atendimento intersectorial em saúde mental empregado pelo CAPS e sobre a configuração transdisciplinar de sua equipe para acolher seus usuários; 2. O assim chamado discurso do analista, em que tal conceito servirá como proposta para se pensar os modos de enlaçamento dos sujeitos que circulam dentro da instituição.

Clínica Ampliada

Quanto ao alcance da clínica no tratamento do sofrimento psíquico, é preciso considerar que “[...] o fenômeno social da loucura não deixa de ser, em alguma medida, sintoma do processo civilizatório [...]” (Fonseca & Kyrillos Neto, 2020 p. 6). Assim, o conceito de Clínica Ampliada a define como um compromisso com o sujeito adoecido de modo singular; a

responsabilização dos profissionais em relação aos usuários dos serviços de saúde; a busca por ajuda em outros setores denominada de intersetorialidade; o reconhecimento dos limites do conhecimento dos profissionais de saúde e de suas tecnologias para conseguirem buscar auxílio em outros setores; assumir um grande compromisso ético no trabalho em saúde (Ministério da Saúde, 2004).

A intersetorialidade mencionada se constitui como um passo à frente do trabalho da equipe multiprofissional. O trabalho no CAPS inclui não apenas psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais, como também conta com a participação de outros profissionais. Os motoristas de van, as auxiliares de serviços gerais (ASG), que são responsáveis pela manutenção da instituição e pela alimentação dos usuários, e que muitas vezes acabam participando do acolhimento de crises eventualmente no CAPS.

O termo “crise” apresenta múltiplos sentidos e se encontra em discursos cotidianos, bem como no campo da saúde mental. Ele pode portar o significado de dor, sofrimento, ansiedade, felicidade, patologia, dentre vários outros; geralmente indicando intensidade, incerteza e imprevisibilidade em seu uso. Essa polissemia da “crise” pode ser contraditória e confusa inclusive no modo como lidamos com ela (Krachenski & Holanda, 2019). O trabalho com a crise demanda conhecimentos específicos e técnica, mas o seu acolhimento, o CAPS mostra que a convivência e o vínculo com os usuários da instituição no cotidiano contribuem substancialmente para o estabelecimento do laço entre os usuários e a instituição. Assim, independentemente se esse acolhimento acaba sendo feito por um profissional especializado em saúde mental, se é feito por uma ASG, por uma secretária, por um outro usuário do CAPS ou por um familiar, isso diz de uma intersetorialidade do serviço.

Esse movimento que acontece na instituição evidencia uma organicidade de seu funcionamento em que, apesar de haver cargos e funcionalidades específicas, o acolhimento do sofrimento mental é exercitado por todos.

Eu percebo que todo mundo que precisa está ali. Daquele cliente, daquela crise específica e aí é hora de você usar sua bagagemzinha. É muito legal, inclusive não só a parte técnica.

Teve uma crise uma vez que a moça que faz comida participou e ela deu o desfecho da crise. O cliente conseguiu voltar da onde ele tava, que ele não queria voltar para o CAPS. Ela foi lá na rua buscar ele, porque o almoço estava na mesa e ela não abria mão dele almoçar. A gente ficou assim (cara de espanto) “que legal!” (Carolina).

Desse modo, o trabalho implica um contato direto e duradouro com os diferentes profissionais que atuam no serviço, dos secretários aos médicos, atravessando as hierarquias funcionais e burocráticas (Figueiredo, 1997). Quando diferentes profissionais auxiliam em crises, nem sempre sob uma perspectiva clínica, mas de cuidado com o usuário, o serviço ganha em termos de qualidade de atendimento e de intersetorialidade.

A ressignificação das crises, enquanto passagem e não necessariamente um sintoma, é um dos pilares mais importantes do projeto terapêutico do CAPS. Assim, “Às vezes um outro ali né, que não é o profissional da saúde propriamente pode até entender essa crise com outro olhar menos patológico. Isso é muito potente também, né, no auxílio” (Jaime). Aqui, é legítimo pensar a metáfora delirante e a construção de um delírio possível serem concebíveis em um local onde o sujeito possa se reconhecer como tal. A clínica ampliada, alicerçada na prática que prima por não objetivar o outro, mas que permite que este alcance sua posição de sujeito do inconsciente, desejante, é o que nos permite visualizar uma prática que descentraliza da figura do técnico a responsabilidade última pelo cuidado com o usuário.

A crise não é um sintoma. Como a palavra expressa, a crise é um momento da experiência de uma pessoa. Em termos médicos fala-se de urgência, ou em termos sociais, fala-se em gravidade. Já em termos econômicos, ao se falar de crise, fala-se em excessiva despesa (Viganò, 2012). Assim,

A Fundação (o CAPS) nasce no momento de conversa sobre o hospício, no momento de denúncia dos horrores dos pátios do depósito da desumanização. Então é um projeto que humaniza e liberta, mas no sentido da clínica nova do direito à diferença. É a ideia da crise

enquanto ponte, enquanto passagem e não na versão da crise enquanto negatividade, doença. Então esses são os dois nortes: a vida enquanto impermanência aonde a dor, a pedra e o espinho se é ponte para o novo. Não fica endurecida na negatividade da doença. E o cuidado humanizado libertário de fazer caber na vida. Isso forma os dois nortes (Cícero).

No esteio do pensamento freudiano, Quinet (2011) nos recorda que, em relação ao que frequentemente se assume como o produto patológico, a saber, o delírio é, na verdade, uma tentativa de reconstrução. Logo, segundo o mesmo autor:

Não se pode, portanto, pretender curar o delírio, pois ele mesmo já é uma tentativa de cura da forclusão do Nome-do-Pai, dado que, continua Freud, é “uma peça que se cola lá onde houve uma falha na relação do sujeito com a realidade” (Quinet, 2011, p. 76).

Tal como supracitado pelo autor, antes da crise, a realidade do sujeito é sustentada por bengalas imaginárias e, dado o momento de desencadeamento da crise, há uma dissolução imaginária e um desastre subjetivo que *a posteriori* culminam em uma reestruturação da realidade a partir do trabalho do delírio.

Nessa direção, para que essa reestruturação da realidade do sujeito aconteça a partir do trabalho da crise, o profissional deve possibilitar que o sujeito autonomamente faça algumas escolhas no processo terapêutico. Ao colocar a reação terapêutica negativa como um limite à eficiência terapêutica da análise, Freud diz em *O eu e o id* que, “afinal, deve proporcionar ao Eu do paciente a liberdade de decidir de uma ou outra maneira, e não tornar impossíveis as reações patológicas” (Freud, 1923/2011, p. 63). Desse modo, a posição do técnico neste serviço é de um facilitador da construção que o psicótico faz de si mesmo em suas relações sociais (Santos et al., 2019).

Ainda quanto ao espectro ampliado da clínica e sua relação com as irrupções de crise, a abordagem das famílias no processo de acolhimento de crises também evidencia a necessidade de incluí-las no campo intersetorial do CAPS, estabelecendo um importante contraste histórico na saúde mental.

No início conseguir alguma contratualidade para as famílias parar de internar porque tinham aprendido a fazer a deposição na crise e a gente aprendeu desde muito cedo a não fazer a culpabilização, mas fazer uma leitura do que passava, né. Do que que era o modelo, a única coisa que existia e ir conseguindo cuidar muito também dos familiares para poder também voltar a tomar encargo e suportar junto as crises. Ao invés de fazer essa coisa toda: deposita no hospital até a hora que eles não tinha mais nada na casa, toda quebra de vínculo (Marisa).

Nesse sentido, a ressocialização começa no uso dos espaços de cuidado em saúde mental e vai desde os cuidados conjuntos com os familiares até a retomada das atividades da vida cotidiana ou até a reinserção no mercado de trabalho, por exemplo. Sabemos que a prática clínica do CAPS se sustenta pela lógica do discurso do analista que, por sua vez, possibilita a ressocialização enquanto um efeito da restituição política e subjetiva do sujeito. Isso fica mais evidente quando exercitamos o raciocínio contrário. Se a ideologia por trás da necessidade de ressocialização for pensada sob outra ótica, nos faz refletir sobre uma discussão importante. Quer dizer, contrariamente ao que foi evidenciado nas entrevistas, caso a prática de ressocialização do CAPS possuísse uma natureza compulsória, ela se aproximaria do funcionamento do discurso do mestre e também a partir da lógica do significante-mestre oferecido pela instituição.

Nele, a instituição ou os profissionais, estariam na posição de agente do discurso, que tem um poder sobre o outro (usuário), que, alienado sobre sua própria condição, se engajará em práticas de ressocialização para produzir resultados para a instituição. A produção de resultados pode aparecer como uma estatística, como mais um usuário que retoma o trabalho, a vida social etc. Enquanto a instituição e seus profissionais levam o crédito por uma prática que, na *verdade* é compulsória, vazia de significado e que não restitui o sujeito de sua própria subjetividade. Além disso, ainda nessa perspectiva “compulsória”, poderíamos enxergar essa situação explicada segundo a lógica do significante-mestre

oferecido pela instituição, alienando o “usuário consumidor” das ofertas do CAPS.

A relativização de cada caso através do plano terapêutico singular permite percebermos que para cada usuário a ressocialização significa algo diferente, como pode ser observado pelo seguinte relato:

Ela (referindo-se à usuária com diagnóstico psiquiátrico de transtorno de humor) tem um nível de autonomia muito grande, mas que dentro, ela mesmo coloca assim — Eu fico pensando se algum dia eu conseguiria retornar para o trabalho. Eu acho que eu não conseguiria porque aquela questão de estar com muitas pessoas num lugar só e ter que cumprir uma jornada de trabalho, né. Isso fez com que eu adoecesse, então eu não consigo, né, tá dentro, caber dentro desse lugar. É... é... isso foi adoeceador (Amanda, julho 12, 2020).

Então ressocializar não é retornar ao trabalho e sim recuperar vínculos sociais, tornar a ocupar determinados espaços etc. Logo, a interface entre clínica e cidadania fica mesclada e varia de caso a caso, mas prevalece em relativa harmonia. Logo, ao olhar para o sujeito com suas possibilidades e inúmeros contornos, o que aparece não são patologias, e sim os modos de ser em um dado contexto, permeado de significados e formas de expressar sua humanidade. O sofrimento, então, não seria algo exterior à pessoa, mas um fragmento que o constitui, com a potencialidade de promover mudanças significativas no sujeito e novas formas de se colocar no mundo (Faria et al., 2020).

A discussão sobre os processos de produção de identidade social, tem em relação a estrutura do sofrimento psíquico, um campo importante de desenvolvimento. Isso porque, ao ser visto como patologia, o sofrimento se torna em modo de compartilhamento de identidades que trazem consigo regimes de compreensão de afetos. Assim, podemos dizer que as patologias são áreas importantes dos processos de socialização (Safatle, 2018).

Percebe-se que a repercussão pública da condição a que estavam submetidos os *internos*, ou seja, os que estão em um espaço interior — *dentro* de um dispositivo de tratamento, às vezes por tempo

indefinido —, pode ser entendida como uma forma de metonímia da exclusão executada pelo próprio sistema que deveria capacitá-los como sujeitos. Metonímia, pois funciona como uma estratégia de opressão maior, praticada pelo Estado em relação aos sujeitos que nele deveriam se incluir. Estratégia que começa a ser evidenciada e questionada, particularmente, a partir do final dos anos 1970 pela opinião pública no contexto da exposição das práticas de exclusão, de controle e de torturas realizadas pelo Estado durante o regime militar (Kyrillos Neto, 2007).

Nesse sentido, um dos relatos que apareceu nas entrevistas coaduna com essa questão sob uma outra ótica.

Para que haja um equilíbrio assim eu acho que o “lá fora” poderia estar mais “dentro” da clínica, dentro do CAPS, dentro da saúde mental. Pra poder ter um entendimento melhor sobre o que é vivenciado aqui e sobre o que que acontece, sobre o que é a saúde mental, para poder ter uma harmonia entre um e outro (Patrícia).

Assim, já que a hipótese inicial da pesquisa foi contestada, o que se coloca como questão, não é a massificação dos sujeitos ou a perda da clínica, e sim a instituição e o fazer da clínica ampliada como substituintes da personalização do analista. Isso significa dizer que a instituição opera como um todo, permitindo que o discurso do analista circule. Não apenas na figura do profissional, mas no fazer institucional em si.

O Discurso do Analista

Advertimos, inicialmente, que os profissionais da instituição atendem a partir de diferentes correntes teóricas. Dessa forma, propomos pensar sobre o discurso do analista não a partir da figura real do analista, ou seja, identificado a determinado profissional. O que propomos é pensar que o discurso do analista é um ato produzido a partir de uma posição não encarnada em um sujeito, mas que, sob determinadas circunstâncias, pode ser pensado a partir de um fazer institucional que independe da orientação teórica do profissional. Nesse sentido, pretendemos pensar o que sustenta a prática dos

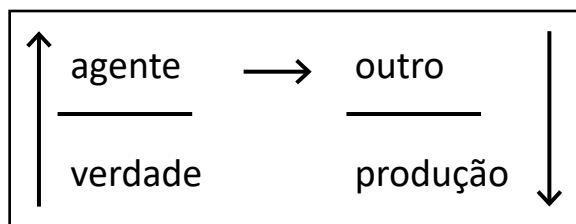
profissionais do CAPS em sua impessoalidade, enquanto mecanismo que possa ocupar tal lugar.

Quando Lacan (1970/1992) sistematiza a lógica da experiência psicanalítica e os processos de subjetivação em *O avesso da Psicanálise*, ele ressalta o funcionamento lógico de alguns significantes que operam nas construções discursivas da cultura e revela os possíveis efeitos característicos do discurso psicanalítico na subjetividade (Ferreira et al., 2014). A teoria lacaniana dos discursos compreende quatro discursos: discurso da universidade, discurso do analista, discurso do mestre e discurso da histórica.

Longe de um uso instrumental da teoria, os discursos servem como um modo de possibilidade de pensarmos onde o sujeito se aloca a partir de determinado laço social estabelecido pela via do discurso. Assim, buscaremos lançar uma discussão a propósito da prática clínica desenvolvida na instituição, pensando quais atributos garantem a sustentação de uma clínica que preze pelo advento do sujeito.

Figura 1

Estrutura que representa as posições presentes nos quatro discursos de Lacan



Nota. Fonte: Recuperado de "O discurso capitalista e seus gadgets" de R. Badin, & M. Martinho, 2018, p. 143.

Cada um dos discursos, como mostra a figura acima, possui elementos que ocuparão posições da estrutura que são estáticas: a posição de agente ou de semblante de um discurso, do outro, da produção e da verdade. Partimos do pressuposto que todo discurso possui uma verdade (algo que incita um discurso), e existe um agente, que dialoga com um outro, a fim de extrair dessa experiência, no laço social com o outro, uma produção.

Os matemas presentes na álgebra lacaniana se dispõem de maneira ordenada e mutável nas posições da estrutura, donde: S1, S2, a e \$, respectivamente. O S1, significante mestre, trata do significante tomado a partir de sua propriedade de

comando, que não pode ser contestado. O S2 é o saber, também considerado, segundo Quinet (2009), a repetição do S1 recuperada como campo do gozo. Trata-se da repetição do fracasso em atingir a primeira experiência de satisfação, dada sua impossibilidade lógica. Daí, ainda para o autor, que tal repetição engendra, no inconsciente a cadeia de significantes que se constitui como o saber inconsciente (S2).

O objeto a é a entropia do processo de repetição do gozo, em que o sujeito busca obter novamente aquela experiência que o S1 comemora, resta um gasto cujo efeito é um fracasso de gozo. A entropia da energia que cai desta repetição, o objeto a, nomeia o gozo não alcançado. Pelo lado do sujeito (\$) do inconsciente, o significante barrado, castrado, que falha, é aquele que é produzido retroativamente pela insistência da cadeia de significantes como repetição (Quinet, 2009).

Figura 2

Esquema que representa as disposições dos matemas no conjunto dos quatro discursos de Lacan

Discurso de Mestre	Discurso da Universidade
$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$	$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\$}$
Discurso da Histórica	Discurso do Analista
$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S1}{S1}$	$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{S}{S1}$

Nota. Fonte: Recuperado de "Do ato psicanalítico ao discurso do analista: a estrutura do campo lacaniano" de R. S. Torres, 2013, p. 142.

Para desenvolver essa discussão, nos ateremos apenas à contraposição entre os discursos do mestre e do analista. No discurso do mestre, como na relação do senhor e do escravo, por exemplo, o agente S1, sabe e comanda o outro S2, na posição de objeto, a produzir um excedente (a), dos quais gozará o senhor. No lugar da verdade, encontramos \$, castrado, que "se esconde" fica por debaixo da barra do recalque e sustenta a posição de mestria do senhor. O que não se sabe, dentro deste circuito é da ordem da impotência da produção (a) alcançar a verdade (\$) do senhor, tamponando a falta.

O discurso do mestre recusa a considerar a singularidade do sujeito, daí o lugar do outro na estrutura do discurso do mestre restar ocupado não

por um sujeito, mas por um saber (S2) universal. Sob a ótica da instituição de saúde mental, esse discurso seria encarnado em um domínio muitas vezes assumido pelo profissional sobre o paciente ao colocar o universal da reinserção social como um operador que “faz funcionar” o cotidiano institucional. Aqui, concordamos com Nicolau e Calazans (2016) sobre a proposição de tratar-se de um poder atravessado por um pressuposto racional que não permite a escuta do sujeito. Isso implica em seu assujeitamento, por exemplo, ao aceitar passivamente prescrições ou intervenções clínicas.

No discurso do analista, no lugar de agente do discurso está o a , representando o sintoma do paciente em que o gozo pode ser colocado em questão, bem como suas saídas próprias em relação a esse modo de gozo. À direita em cima, no lugar do outro do discurso, está seu reconhecimento como sujeito ($\$$). Neste modo de enlaçamento discursivo, o profissional de saúde mental, ao se fazer objeto do desejo do outro (a), permite que o outro, usuário do serviço de saúde, tenha possibilidade de reconhecer sua condição de sujeito castrado ($\$$), dividido, donde o manejo clínico torna possível o remanejamento dos S1. Assim, a posição de escuta permite, a partir deste modo de laço estabelecido, criar a possibilidade de fazer-se Outro para o usuário-sujeito. Assim, percebe-se que não quer dizer que o sujeito não tenha um pé na realidade, e sim que não é aí que ele encontra seu lugar de sujeito (Tenório & Rocha, 2006).

Nessa direção, o usuário passa do lugar de mero consumidor das ofertas protocolares do CAPS para o de um usuário-sujeito. Vicente (2018), retomando o pensamento de Basaglia, mostra que, como “sindicalista”, o trabalhador de saúde mental precisa atuar em termos de conscientização do louco, para que ele seja ativo em suas reivindicações. Em sucinta essência, o sujeito irá se “desalienar” através da tomada de uma posição reflexiva diante do desconhecimento ideológico. Mais adiante em nossa discussão, falaremos mais sobre essa mudança da posição do sujeito no processo terapêutico.

Abaixo e à direita, no lugar da produção, está S1 representando os significantes-mestres deste usuário do serviço, mas que, aqui, tem a possibilidade de ter a cadeia significante rearticulada

pelo efeito do discurso do analista. Na última posição, inferior esquerda, no lugar da verdade, está S2, que ilustra o saber inconsciente que se torna inacessível a qualquer conexão com os S1 do sujeito, representado pela não realização da alienação do sujeito (impotência) ao saber do analista. Assim, ao encontro com o pensamento de Pena (2017), a circulação do discurso do analista move a construção do caso em saúde mental, mas não existe uma forma definida, fechada, para tal construção.

Ao contrário do discurso do mestre, o discurso do analista não se constitui como um discurso de domínio. Ele é a causa do desejo de saber o sentido dos sintomas que agem sobre o analisando através da associação livre (Álvares, 2006). O discurso do analista se endereça ao sujeito barrado, enquanto o discurso do mestre se volta para o outro na posição de objeto, com um saber absoluto sobre ele. O analista não atende às demandas do sujeito S barrado com o seu saber, mas com sua atuação que permite ao sujeito um novo encontro com seu desejo (Nicolau & Calazans, 2016).

No discurso do analista, trata-se de se colocar como agente de um saber e não como causa do saber. Isso significa que, no processo analítico, segundo a lógica do discurso do analista, em um certo momento, há o processo de queda do sujeito suposto saber (o analista). Tal queda permite que o analisando se identifique com essa posição de sujeito suposto saber e produza novas organizações psíquicas no processo terapêutico (Ferreira et al., 2014).

Nessa direção, o fato de o analista se encontrar na posição de agente ou semblante de um discurso enquanto objeto a , possibilita-o sustentar as fantasias do sujeito barrado, ou seja, do paciente. Assim, ele poderá entrar em contato com seus significantes mestres (S1) e sair dessa posição de alienação, produzindo saberes sobre si mesmo. Desse modo, “tal fato combina com a ideia de que o analista e a situação da análise se estruturam a partir das possibilidades de fazer ‘como se’, de fazer a ‘aparência de’, enfim, de fazer semblante” (Dunker, 2017, p. 55). Essa aparência de sustentação das fantasias do outro, é o que viabiliza a produção do discurso do analista de uma forma mais solidária e não transcendental, que denota um poder.

Ao discorrer sobre a ressocialização, uma das participantes relata sobre modo como se estrutura o discurso dos profissionais da instituição: “Então o cuidado em Saúde Mental é respeitar o espaço do outro, não dá para ser invasivo nem tudo que é proposto é realizado, é feito” (Débora). A isso, complementa outro entrevistado: “não existe possibilidade de cuidado com cidadania, liberdade, dignidade humana sem o encontro verdadeiro de escuta. É preciso permitir que o outro seja percebido como uma pessoa e uma história e não como um diagnóstico, isso é fundamental” (Cícero). Ambas as falas ilustram que, mediante a posição de analista, não existe um olhar sobre o outro como objeto. Nessa direção, a escuta se constitui como essencial na prática nos serviços de saúde mental, por tomar o discurso do sujeito como produção de uma verdade sobre seu desejo. Ela identifica o sujeito como o verdadeiro operador do seu desejo (Moreira & Kyrillos Neto, 2017).

Diante disso, fica evidente que, nas práticas dos psicólogos e psiquiatras do CAPS em questão, está presente o discurso do analista e não o discurso do mestre. A instituição busca sustentar um lugar que não cumpre a função de mestria através de práticas como a ressignificação das crises através da reorganização de fantasias, com o uso de ferramentas artísticas para produzir dizeres, sem ocupar o lugar de sujeito suposto saber.

Para a psicanálise, os sintomas dos sujeitos estão repletos de sentido, os quais devem ser analisados de maneira conjunta com o sujeito. Na psicose isso também acontece. Mesmo em se tratando de um sofrimento grave e que frequentemente é de difícil manejo, a psicanálise se ocupa desse transtorno, buscando compreender e acolher esse sujeito que sofre, incluindo-o ativamente em seu processo (Muzeka, 2021).

Uma vez uma pessoa chegou, começou a fazer uma pintura né e a pintura era uma monstruosidade era extremamente agressiva. Era um vampiro, então assim, e eu como eu sei que ele é paranoide, eu vou deixar fazer a pintura dele, a arte é dele, enfim a criação é dele. Só que ele não terminou e deixou para terminar tudo na

próxima oficina. Aí ele chegou, eu entreguei o trabalho para ele. Ele sentou, ficou olhando assim: — eu estou assustado! Como que eu fiz, olha para isso! Eu estava delirando, eu estava paranoico! (Amanda).

Assim, não silenciar a “monstruosidade agressiva” concernente unicamente à subjetividade da técnica, permitiu que um ato fizesse operar algo na subjetividade daquela pessoa em questão, fazendo emergir algo que previamente seria silenciado caso a técnica encarnasse o saber sobre o que deveria ser esteticamente produzido.

E aí eu fui trabalhando com ele né que, que existem coisas dentro que ele não gosta de ver. Ele não gosta que apareçam sempre, mas que elas às vezes aparecem e o que que ele pode fazer com aquilo que aparece? Através desta intervenção, o vampiro virou um Sagrado Coração de Jesus. Então ele fez toda uma compensação dentro disso, então a oficina de arte existe para isso. Não só para pintar um quadro e vender um quadro, entendeu? Tem todo uma intervenção por trás, né. Quais foram as permissões nos atravessamentos das dores daquele fazer né” (Amanda).

Assim, a cadeia significativa coloca-se a deslizar e a ressignificação de sentidos engancha outros desdobramentos pela via da fantasia.

Assim, o discurso do analista se constitui como um vínculo social que prescinde completamente da palavra, ou seja, da produção de sentido (Viganò, 2012). Esse discurso não opera segundo a lógica do saber datado, concreto, materializado e pré-concebido. Na clínica, ele opera segundo a lógica do significante que, no deslizamento da cadeia, produz um efeito de sujeito.

Não há, neste caso um *setting* pré-concebido, mas ele se encontra onde houver linguagem. Esse fazer-se presente pela lógica do *objeto a*, que ocupa o lugar de agente do discurso, permite um ato de puro dizer. Ele opera no discurso social como forma de orientar os processos de subjetivação, não apenas na esfera clínica, mas, sobretudo, na esfera cultural (Ferreira et al., 2014).

Compreende-se que através do ato artístico criativo se encontra uma possibilidade de abertura ao discurso analítico. Assim como a obra de arte, o

discurso do analista teria o efeito de produzir fascínio ao mesmo tempo em que produz um significante que indaga (Betts, 2006). Conforme supracitado por Ferreira et al. (2014), aproximar a enunciação do analista da experiência estética seria, portanto, apostar que essa é capaz de alterar o lugar da enunciação do sujeito.

Nessa direção, a arte enquanto ferramenta no processo de escuta na clínica da psicose, com frequência aparece nos discursos dos profissionais entrevistados; “o homem é sexualidade, trabalho, espiritualidade, família, relação de vizinhança, arte. Nós somos *n* linhas” (Cícero), ao que acrescenta: “Então não há arte apenas como produção de obra, mas o viver enquanto um viver artístico. À moda do artista então, a arte como modo de vida” (Cícero).

A escuta da clínica da psicose aparece também pelo intermédio de experiências estéticas, tal como segue:

nessa oficina de artes a gente trabalha a questão da arte mesmo, mas a partir disso a gente vai extraindo nessa oficina conteúdos que têm a ver com o dia a dia deles, com a vida deles, que tem a ver com o que eles estão sentindo naquele momento e a gente vai trabalhando isso dentro dessa oficina. O objetivo da oficina é uma oficina terapêutica também (Patrícia).

Assim, o discurso da equipe na instituição muitas vezes se aproxima da linguagem artística para acessar conteúdos inconscientes através das oficinas terapêuticas. Ainda assim, elas desvelam a importância da arte pela via da incerteza do *saber* e não pela *verdade* que porta o discurso psicológico e/ou psiquiátrico. Assim, “um CAPS com grau denso de psicoterapia nas oficinas não funciona. Que tem hora que é preciso da arte pela arte, da alegria pela alegria, do social pelo social, e isso compor um todo” (Cícero).

Além disso, a relação entre terapeuta e usuário nas entrevistas aparece constantemente mediada pela empatia, denotando certa horizontalidade no processo terapêutico, característico de um discurso não dominante, ou seja, que não é de mestria.

Então essa questão de empatia de estar junto para estar junto, você precisa realmente estar presente e assim não adianta. Só se colocar nesse lugar de terapeuta, né, se

você não tiver esta condição ali dentro desse cuidado de estar próximo e o estar próximo não é só estar do lado né, é estar do lado afetivamente (Amanda).

A fala deve ser priorizada não como manifestação patológica que demanda correção ou resposta imediata, mas como possibilidade de mostrar outra dimensão da queixa que singulariza o pedido de ajuda. Por conseguinte, o tratamento se alicerça, inicialmente, no acolher e escutar ao invés de ver e conter (Corbisier, 1992). O psicanalista, desse modo, não se impõe com seu ego. Isto não significa que a pessoa do analista seja pulverizada, despida de vaidades e querereres (Figueiredo, 1997).

Nessa direção, como o analista ocupa a posição de sujeito suposto saber, ao fazer isto, ele restitui ao usuário sua condição de sujeito, saindo da posição de objeto. É através do discurso do analista que há possibilidade de criação de teias e que estas se estendam entre um usuário e outro dentro do serviço. Permite que o acolhimento psicológico não ocorra apenas entre analista e paciente.

Não é só a gente que cuida. Eles cuidam, eles também fazem corpo e isso dá uma continência, né, para aquele local. Porque eles já viveram isso, e eles falam isso constantemente em terapia, né. — A gente já viveu isso, a gente sabe o que que é uma crise, então a gente também sabe como cuidar disso aí. A gente compartilha essa solidariedade (Amanda).

Essa questão do cuidado ampliado em saúde aparece em outros discursos, como quando observamos o seguinte relato:

Pode ser um outro usuário né, que também está vinculado àquela pessoa que é uma fonte de confiança do usuário, né? Que às vezes é capaz de intervir mais potentemente do que o profissional de saúde propriamente, né. Em muita situação de crise então, tem isso aqui, todo mundo pode intervir e é bom que seja assim mesmo, né. Porque é complicado às vezes, às vezes até acreditam que o psiquiatra que tem um poder mágico que vai resolver totalmente aquela crise, tudo (Jaime).

Tal passagem nos conduz a pensar o discurso do analista tomado em sua dimensão institucional, em como ele circula no fazer clínica do CAPS, dispensando a materialidade de um analista. É no discurso do analista que os diferentes profissionais, outros usuários e familiares conseguem sustentar a posição de objeto *a*, sustentar a fantasia e suportar os momentos de crise no laço com o Outro, permitindo o processo de retificação com os significantes mestres (S1) que o determinaram.

É essa retificação com os significantes mestres (S1) no processo terapêutico que permitirá ao sujeito conquistar sua retificação subjetiva. De acordo com Lacan (1966) e Macalpine (1972), uma das etapas do desenrolar temporal de um tratamento, denominada como “retificação subjetiva” é a que acontece durante as primeiras entrevistas com o paciente. Nela, é introduzida ao sujeito, a noção de sua posição na realidade apresentada por ele. O foco do analista é a relação a partir da qual o sujeito se localiza diante de seu sintoma. É uma relação de sentido em que o paciente atribui um sentido a cada um de seus sofrimentos. E é a partir daí que o analista tem sua primeira intervenção no processo psicoterapêutico (Nasio, 1999).

De acordo com Brousse (2003), resgatando o pensamento de Lacan, o inconsciente se produz na relação que o sujeito estabelece com o Outro e em seu encontro com o Outro sexo. Ou seja, o inconsciente tem a ver com o que se produz no laço social. É aquilo que faz laço social com o Outro e os outros, que o situa frente à cidade e a subjetividade de seu tempo.

Ainda segundo a autora, a análise, embora pareça uma prática bastante individual, não se distancia dos laços sociais que o indivíduo estabelece, do coletivo. Na perspectiva analítica, a oposição entre individual e coletivo não se sustenta, pois o desejo que o sujeito busca decifrar em análise é o desejo do Outro. Portanto, é nessa perspectiva que Lacan vai dizer que o inconsciente é político. Existe uma referência ao desejo do Outro. De tal sorte, a partir da operação analítica, em que o analista assume o dever de política: devolver ao sujeito a escolha, a escolha decidida da relação que ele estabelece com seus significantes-mestres (S1). Da não separação

entre o individual e coletivo, não se trata mais de sair do campo privado analítico e ir para o público, e sim de se localizar antes o político no campo privado. A subjetividade é algo que advém da vontade e da organização, tendo um caráter subversivo e político, de certo modo.

Assim, “nos cuidados terapêuticos eu sempre devolvo pro paciente que a responsabilidade é dele. Gosto dessa palavra. Mas que a responsabilidade de retornar a uma vida mais saudável é dele, é questão de escolha e todos podem escolher” (Elisa). Em outras palavras, o sentido se configura como a relação do Eu com o sintoma, e se estabelece especialmente na relação com a primeira escolha de recorrer a um outro. É é nesta etapa que o analista pode produzir e introduzir junto ao paciente, essa retificação subjetiva (Nasio, 1999). Ou seja, isso possibilitará que ele recupere seu lugar de sujeito político no campo social, fazendo uma alusão aos termos “usuário-sujeito” e “sindicalista” citados anteriormente.

Considerações Finais

Se a luta pelo engajamento dos familiares no processo de desinstitucionalização e tratamento psicológico humanizado ao longo da Reforma Psiquiátrica representou um marco na mudança da ótica dos transtornos mentais, isso fica mais evidente quando damos um passo mais à frente. Ao se falar em ressocialização no sentido de os usuários ocuparem cada vez mais espaços, estamos nos referindo também à percepção por parte da comunidade sobre a clínica do CAPS de forma desestigmatizada e inclusiva.

Diante dos retrocessos que as políticas públicas de saúde mental vêm encarando, o trabalho realizado no CAPS em questão mostrou-se como resistência e luta contra a perda da dimensão clínica, o que há de mais próprio a tais serviços. O enfrentamento dessas políticas e do próprio isolamento social decorrente da pandemia tem sido variáveis importantes para a reinvenção do “fazer clínica” no CAPS. Desde a manutenção de vínculos terapêuticos e institucionais até a montagem de oficinas terapêuticas e grupos terapêuticos. Destarte, as práticas e teorias norteadoras do

trabalho da equipe do CAPS ainda têm sustentado a clínica e o resgate da cidadania dos usuários, como efeito da prática e não como produto de oferta a ser incorporado.

A atuação dos profissionais entrevistados demonstrou que o trabalho executado pela clínica extensa do CAPS viabiliza a ressignificação das crises e do sentido do que seja estabelecer um laço social de real implicação subjetiva. De tal maneira, diz de um trabalho caso a caso, considerando as particularidades de cada sujeito numa tentativa de escapar da massificação da cidadania ou de uma normalização do sofrimento mental. O que tem sido feito é um trabalho de caos, é ressignificar a crise enquanto passagem e não como retrocesso no processo terapêutico. É nortear o tratamento da clínica pela lógica do discurso do analista, reposicionando o sujeito em torno do significante.

Referências

- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM5-TR* (5a ed.). Artmed.
- Álvares, C. (2006). *Os quatro discursos no Seminário XVII de Jacques Lacan, no seminário de Literatura Portuguesa dirigido por Américo Diogo*. Aula aberta, Universidade do Minho, Portugal.
- Badin, R., & Martinho, M. (2018). O discurso capitalista e seus gadgets. *Trivium: Estudos Interdisciplinares*, 10(2), 140-154. doi.org/10.18379/2176-4891.2018v2p.140
- Betts, J. (2006). Ato analítico, ato religioso e ato de criação artística. *Correio da APPOA*, (149), 13-16.
- Brousse, M. H. (2003). *O inconsciente é a política*. Escola Brasileira de Psicanálise.
- Camara, K. C. (2016). Le normal et le pathologique: étude comparative de l'approche de Boorse et de Canguilhem à propos de la définition de la maladie et de la santé. *Revue Phares*, 16, 141-165.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (6a ed.). Forense Universitária.
- Corbisier, C. (1992). *A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. Psiquiatria sem Hospício*. Relume-Dumará.
- Dunker, C. I. L., & Kyrillos, F., Neto. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 14(4), 611-626. doi.org/10.1590/S1415-47142011000400003
- Dunker, C. I. L. (2017). *Discurso e semblante*. nVersos.
- Faria, N., Ferreira, F., & Pinto, J. (2020). A medicalização do cotidiano como supressão da iniciativa. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 9(1), 81-94. Recuperado de <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/294>
- Ferreira, D. D., Silva, R. J., & Carrijo, C. (2014). O estilo em psicanálise: o discurso do analista como arte do bem dizer. *Psicol. USP*, 25(1). doi.org/10.1590/S0103-65642014000100008

- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões, e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Dumará.
- Fonseca, T., & Kyrillos, F., Neto. (2020). Ressonâncias político-clínicas do ideal de inclusão nos centros de atenção psicossocial. *Psicol. estud.*, 25. doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44893
- Freud, S. (2011). *O eu e o id, "autobiografia" e outros textos* (vol. 16). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923).
- Krachenski, N., & Holanda, A. (2019). Manejo de crise nos centros de atenção psicossocial: uma revisão sistemática de literatura. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 8(1), 23-42. Recuperado de <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/233>
- Kyrillos, F., Neto. (2007). *Efeitos de circulação do discurso em serviços substitutivos de saúde mental: uma perspectiva psicanalítica*. [Dissertação de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- Kyrillos, F., Neto. (2009). Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. *Aletheia*, (30), 39-49. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200004
- Kyrillos, F., Neto, Silva, C. F. L., Pederzoli, A. A., Hernandez, M. L. A. (2011). DSM e psicanálise: uma discussão diagnóstica. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 12(2), 44-55. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000200006
- Kyrillos, F., Neto, Silva, C. L., Pederzoli, A. A., & Hernandez, M. L. A (2014). Histeria e diagnóstico psiquiátrico na contemporaneidade: tensões com a psicanálise. *Psicol. Argum.*, 32(77), 75-83. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/284488561_Histeria_e_diagnostico_psiquiatrico_na_contemporaneidade_tensoes_com_a_psicanalise
- Lacan, J. (1966). *La direction de la cure et les principes de son pouvoir* (p. 601). Écrits.
- Lacan, J. (1992). *O seminário. Livro 17: o avesso da psicanálise*. J. Zahar. (Trabalho original publicado em 1970).
- Macalpine, I. (1972). L'évolution du transfert. *Revue Française de Psychanalyse*, 3(tomo 36), 445-474.
- Ministério da Saúde. (2004). *HumanizaSUS a clínica ampliada* (pp. 1-17). MS.
- Moreira L. R., & Kyrillos, F., Neto. (2017). Dos benefícios sociais na reforma psiquiátrica: necessidade, demanda e desejo. *Revista de Psicologia*, 8(2), 110-118. Recuperado de <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/11817>
- Muzeka, J. (2021). Esquizofrenia para além da patologização: a importância do reconhecimento do sujeito. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 10(2), 109-123. Recuperado de <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/368>
- Nasio, J. D. (1999). *Como trabalha um psicanalista?* Zahar.
- Nicolau, R. F., & Calazans, R. (2016). O mestre e o psicanalista: tecendo laços nas políticas públicas. *Estud. Pesqui. Psicol.*, 16(4), 1119-1137. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v16nspe/n16a04.pdf>
- Pena, B. F. (2017). A construção do caso em saúde mental como meio de sustentar o discurso do analista na instituição. *Estudos de Psicanálise*, (47), 135-140. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372017000100011
- Quinet, A. (2009). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia* (2a ed.). Zahar.
- Quinet, A. (2011). *Teoria e clínica da psicose* (5a ed.). Forense.
- Safatle, V. (2018). Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. In V. Safatle, N. Silva Junior & C. Dunker (Orgs.), *Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico* (pp. 59-79). Autêntica.

- Santos, D. R. G., Reis, J. K. N., Rosário, A. B., & Kyrillos, F., Neto. O paradoxo da inclusão: a relevância da escuta do sujeito nos CAPS. *Vínculo*, 16(2), 68-87. doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p68-87
- Tenório, F., & Rocha, E. C. (2006). A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In S. Alberti, & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 55-72). Companhia de Freud.
- Torres, R. S. (2013). *Do ato psicanalítico ao discurso do analista: a estrutura do campo lacaniano*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Vozes.
- Vicente, T. A. F. (2018). *Psicose e CAPS entre a metapsicologia, clínica e política*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São João del-Rei].
- Viganò, C. (2012). Psicose e laço social. In W. D. Alkmim (Org.), *Novas conferências* (pp. 51-66). Scriptum Livros.