

CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA

JULIANA LYRIO

**PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL, UM ESTUDO SOBRE A PRÁTICA  
PSICANALÍTICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

VITÓRIA  
2016

JULIANA LYRIO

**PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL, UM ESTUDO SOBRE A PRÁTICA  
PSICANALÍTICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Andréa Campos Romanholi.

VITÓRIA  
2016

JULIANA LYRIO

**PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL, UM ESTUDO SOBRE A PRÁTICA  
PSICANALÍTICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por:

\_\_\_\_\_  
Prof. Andréa Campos Romanholi - Orientador

\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_

## RESUMO

Esse trabalho discutirá questões pertinentes à prática do profissional psicanalista no serviço substitutivo de saúde mental (CAPS). Seu objetivo foi investigar as limitações e possibilidade da psicanálise no CAPS. No texto são trabalhadas questões acerca da união entre psicanálise e saúde mental, a história da reforma psiquiátrica Brasileira que fundou os centros de atenção psicossociais e pontos da teoria psicanalítica sobre a estrutura psicótica e sobre a clínica nessa abordagem. Discutem-se ainda as divergências presentes nas bases teóricas dos dois campos desse estudo, psicanálise e atenção psicossocial e as possibilidades de intervenção nesse campo a partir da interação entre cuidado psicossocial e escuta psicanalítica. Essa pesquisa se propôs a analisar as nuances da clínica no CAPS, levando em conta as entrevistas feitas com psicanalistas e o constructo teórico elaborado para responder e avaliar as falas registradas dos participantes dessa pesquisa. Levando em conta as dificuldades apresentadas pelo serviço substitutivo de saúde, esse estudo tenta identificar suas causas e propõe alternativas para transpor as barreiras entre a psicanálise e a saúde mental.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Saúde Mental. Psicose. Reforma Psiquiátrica.

## **ABSTRACT**

This document will discuss relevant questions about the practice of a professional psychoanalyst at Psychosocial Attention Center (CAPS). Its purpose was to investigate the psychoanalysis's limitations and possibilities at CAPS. Throughout the text, issues about union between the psychoanalysis and mental health are worked, the history of the Brazilian psychiatric reformation that ultimately founded the PATs and points of the psychoanalytic theory of the psychotic structure and its assistency. It yet discusses the divergences in the theoretical basis of its both study field, psychoanalysis and psychosocial attention and the possibilities of intervention in this field from an interaction between psychosocial care and psychoanalytical listening. This research propose to analyse the clinical nuances at CAPS, taking into account the interviews with psychoanalysts and the theoretical construct elaborated to answer and evaluate the constestant's registered speech. Taking into account the difficulties showed by the substitutive health service, this study tries to indentify their causes and propose alternatives to transpose the barriers between psychanalysis and mental health.

**Keywords:** Psychoanalysis. Mental Health. Psychatric Reformulation. Psychosis.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS PRESSUPOSTOS .....	15
2.2 O REFERENCIAL PSICANÁLÍTICO E AS DIFERENTES MANEIRAS COMO A PSICANÁLISE PODE ENTENDER A PSICOSE .....	24
2.3 TÍTULOS IMPASSES DA PSICANÁLISE NO CAMPO INSTITUCIONAL .....	28
2.4 O CAPS E A DIMENSÃO DA CLÍNICA PSICANÁLÍTICA .....	33
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>37</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	37
<b>3.1.1 Natureza da pesquisa.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1.2. Caráter da pesquisa .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1.3 Delineamento da Pesquisa.....</b>	<b>38</b>
3.2 LOCAL.....	38
3.3 PARTICIPANTES .....	38
3.4 PRODECIDIMENTOS .....	39
3.5 DESFECHOS CLÍNICOS .....	39
3.6 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE .....	40
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA .....</b>	<b>43</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA 1 .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA 2 .....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO .....</b>	<b>77</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esse projeto nasceu da proximidade com a teoria psicanalítica durante todo o percurso acadêmico e de questões acerca das implicações e reais possibilidades da clínica psicanalítica nessa instituição suscitadas a partir da experiência de estágio em diferentes Centros de Atenção Psicossocial da Grande Vitória, onde fui acompanhante terapêutica de um usuário morador de residência terapêutica e advindo de longos anos de internação no antigo hospital psiquiátrico Adauto Botelho. Dessa ocasião, e de outras atividades vividas no campo, surgiu a preocupação em estarmos novamente e sem perceber, promovendo uma discriminação negativa dos sujeitos usuários do serviço, não mais através do estigma e sim decorrente da vitimização e conseqüente tutela que pode acontecer ali. No caso do usuário acompanhando, havia uma demanda de que a acompanhante terapêutica estivesse ao lado dele em tempo integral. Observa-se que ao mesmo tempo em que certos comportamentos, como andar nu pelo espaço do CAPS, costumavam deixar a equipe alarmada, nenhum profissional dirigia-se a ele para pedir que permanecesse vestido enquanto estivesse no CAPS. Ao invés disso, dirigiam-se para a acompanhante terapêutica para avisar que ele estava andando sem roupa, para perguntar se ele iria comer, ou se desceria para a caminhada no pátio. Havia, ao mesmo tempo, uma permissividade grande com outros comportamentos, que atentavam menos contra sua moral, e que, se praticado por outros usuários, seria passível de intervenção. É importante relatar, que a relação da equipe com esse usuário, embora isso não a justifique, talvez decorra do fato do usuário em questão ter um nível de comprometimento sério, (ele não fala e aparentemente não nos reconhece entre outras coisas).

De todo modo, as atitudes observadas, nesta situação citada, parecem indicar uma postura de infantilização do sujeito, não se voltando para um trabalho de ampliar sua autonomia possível, implica-lo em suas próprias atitudes e de provocar mudanças em seu lugar social, em sua relação com os outros e em suas possibilidades de laço social, aspectos que são tidos como objetivos da reforma psiquiátrica brasileira.

A partir desta afetação, e considerando a perspectiva teórica da psicanálise, foram-se formulando as questões que levaram à realização da presente pesquisa, voltada à busca de uma maior compreensão sobre como a psicanálise tem operado na

saúde mental, no tratamento com as psicoses, e sobre a percepção dos profissionais quanto aos efeitos que tem alcançado. Para tanto, essa pesquisa visou investigar as nuances, limitações e possibilidades do fazer psicanalítico na instituição CAPS II, tomando como base de estudo da articulação possível entre a teoria psicanalítica e os princípios e políticas da saúde mental na esfera pública. Como procedimentos para investigar a percepção sobre a prática da psicanálise nos CAPS II, foram entrevistados psicanalistas clínicos que não atuam na saúde pública e psicanalistas atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial da Grande Vitória/ES.

Sabemos que a psicanálise é conhecida principalmente pela sua atuação na clínica individual, restrita aos consultórios privados. A teoria psicanalítica, que interpreta os sintomas apresentados na vida adulta a partir das fantasias ligadas às relações familiares infantis, inaugurou o conceito de “Complexo de Édipo” para descrever o que acontece na cena fantasmática infantil, entre a criança e seus pais (ou outros sujeitos que ocupem o lugar estruturante da função materna e paterna), o que marcará para sempre os sujeitos, costuma ser compreendida como uma prática estritamente individual, voltada a lidar com a suposta vida ‘interior’, ‘das profundezas’. Dessa percepção decorre certa dicotomia na compreensão das teorias aqui mencionadas, como se a psicanálise fosse contrária os problemas de ordem pública, delegados apenas a saúde pública ou coletiva (CAMPOS, 2014). Compreendemos, portanto, que esse estudo pode auxiliar tanto ao fazer psicanalítico nas instituições quanto ao enriquecimento teórico, no sentido de contribuir para uma leitura atual da função da psicanálise na instituição e do psicanalista na contemporaneidade.

O CAPS objeto de pesquisa desse estudo foi um serviço do tipo CAPS II, os CAPS dessa modalidade existem para atender municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionam durante o dia de segunda a sexta feira e atendem a população adulta com transtornos mentais persistentes e severos (BRASIL, 2004). Além do CAPS II, a chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deve contar com outras modalidades que visam atender pessoas em situações diferentes e populações de tamanhos distintos. A exemplo disso pode-se citar o CAPS III, que deve ser implantado em municípios com populações acima de 200.000 mil habitantes e que funciona no regime de 24hs por dia, ou o CAPSad que visa prestar

atendimento a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e ainda o CAPS i, que visa prestar atendimento a crianças e adolescentes.

O CAPS II conta com uma equipe de saúde formada por enfermeiro, assistente social, farmacêutico, terapeuta ocupacional, psicólogo e psiquiátrica (BRASIL, 2004). Dentre os psicólogos atuantes no dispositivo pesquisado, muitos têm sua formação pautada na psicanálise e. Como o CAPS permite ao profissional psicólogo trabalhar segundo a abordagem de sua escolha, a psicanálise estará presente no campo sempre que o psicólogo atuante tiver formação psicanalítica.

Para tentar compreender de que maneira a psicanálise se articulará com a saúde mental, deve-se ressaltar que o campo da saúde mental tem características que fazem dele um campo extenso e complexo: é um serviço público, e mesmo que o próprio CAPS seja baseado na noção de desinstitucionalização proposta pela reforma, ainda é um espaço institucional. São dessas questões que decorrem as decisões relativas à triagem de casos para atendimento nos diversos dispositivos e ao manejo desses casos pelas equipes multidisciplinares (ZENONI, 1998). Entendemos que, já nestas questões, a psicanálise de orientação lacaniana e, especialmente aquela situada como uma segunda clínica de Lacan possa contribuir na fundamentação teórica de possíveis reflexões sobre as práticas ali desenvolvidas (ZENONI, 1998). Assim podemos iniciar essa discussão pelas duas características da saúde mental acima apontadas.

O fato de ser um serviço público implica em que todos tenham direito de acesso ao atendimento independente do tipo de demanda formulada. Se por um lado isto supõe um desafio, porque não podemos acolher apenas os que demandam uma escuta analítica, por outro lado nos introduz num grupo maior de demandas na qual o próprio método psicanalítico é confrontado e desafiado a construir seu lugar sem se isolar (ZENONI, 1998). O fato de ser uma instituição, e aqui se pode considerar igualmente o conjunto de instituições do campo da saúde mental, desde os hospitais de internação até os CAPS e as residências terapêuticas, coloca a psicanálise necessariamente em relação com outras formas de saber e exacerba a complexidade da clínica nesse novo modelo. (ZENONI, 1998).

Mesmo rompendo verdadeiramente com a lógica asilar, ao surgir como um dispositivo totalmente diferente do manicômio e não como uma renovação dos hospitais psiquiátricos, o CAPS II apresenta problemas que são reconhecidos como

resquícios da lógica manicomial. As instituições que recebem pessoas portadoras de transtorno mental tendem a se cronificar, os espaços coletivos criados tendem a ser tornar excessivamente repetitivos, e também se tende a estabelecer uma série de atividades, que terminam muitas vezes, por servir de mero entretenimento (LANCETTI, 2009).

Embora os profissionais técnicos tenham precisado recriar sua prática para trabalhar no novo modelo, na ocasião de surgimento do CAPS, por volta do final da década de 1980, não é incomum que a primeira orientação da equipe quando um paciente inicia uma crise ou surto ainda seja na direção de requisitar a intervenção do psiquiatra e da medicação. Esta crítica não significa que a intervenção médica e medicamentosa não seja importante em casos determinados, mas sim que outras saídas precisam ser criadas para acolher os momentos de crise. Outro entrave nesse serviço é a tentativa de alguns técnicos de adaptar o paciente às especialidades e a modelos terapêuticos pré-definidos, ainda que haja a proposta do projeto terapêutico singular que supõe a adequação da prática do profissional as necessidades próprias de cada usuário e da direção de um tratamento efetivamente singular (LANCETTI, 2008).

Este novo cenário abre uma série de questões, e aqui, no âmbito desta pesquisa, a questão principal estudada, objeto desta pesquisa, foi o quanto a teoria da psicanálise é condizente com as práticas psicossociais atuais e como pode agregar saber e constituir uma prática possível no campo da saúde mental, especificamente no trabalho com as psicoses nos CAPS.

Esse é o ponto de partida dessa pesquisa, o estudo sobre o modo como o psicanalista e a psicanálise se articulam com as propostas atuais da saúde mental no CAPS II, e sobre as tensões existentes entre esses dois saberes. Isso significa investigar o percurso teórico e técnico do profissional em questão, e conhecer os impactos da psicanálise nas instituições onde ela tem uma representação relevante. Sem deixar de considerar que, por ser um trabalho multidisciplinar, que busca horizontalidade entre os vários saberes atuantes, isso acarreta por si só, uma redefinição dos limites da clínica a qual se propõe os psicanalistas no campo institucional. (CAMPOS, 2014).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS PRESSUPOSTOS

O século XVII transforma, por questões econômicas, a concepção social da loucura. Inauguram-se, na Europa, casas de internação que serviam de asilo para todas as pessoas que por algum motivo não atendiam a chamada de uma nova organização social. Eram espécies de depositários, que, em época anterior, serviram de abrigo aos leprosos (FOUCAULT, 2010). O interesse em substituir as internações que antes abrigavam a lepra por abrigos de loucos e miseráveis, não era tratar as patologias mentais a fim de devolver os enfermos ao convívio social (FOUCAULT, 2010). Pelo contrário, os pobres, os miseráveis, os homens que não podiam responder por si, tornaram-se um problema social. Para o estado seria um atraso ter em meio aos cidadãos produtivos e ordeiros, os loucos e marginais. Então, como resposta a crise econômica que assolava o mundo ocidental, o estado absoluto lançou mão de medidas e prisões arbitrárias (FOUCAULT, 2010).

Criam-se (e isto em toda a Europa) estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de "alteração" (FOUCAULT, 1975, p.54).

Este movimento, chamado por Foucault de Grande Internação (2010), foi, assim, uma criação institucional da Europa no século XVII como medida econômica e de precaução social. Quando a loucura passou a ser percebida socialmente, como indício de improdutividade e incapacidade de integração ao social, ela se tornou um problema da cidade e inauguram-se as práticas de reclusão (FOUCAULT, 2010). Com isso, torna-se evidente que essas internações funcionavam como um mecanismo social de finalidade obscura, que pretendiam eliminar os elementos da sociedade tidos por heterogêneos ou nocivos (FOUCAULT, 2010).

Somente na revolução francesa, com a derrubada do Estado Absolutista, do poder do clero, com o advento da burguesia, e com a inauguração dos ideais de liberdade,

fraternidade e igualdade, é que se iniciou um processo de reabsorção dos loucos e excluídos (ALVEZ, 2009). Mas, vale lembrar que nesta época as definições de doença e saúde baseavam-se numa perspectiva social, totalmente atrelada aos padrões da moral burguesa, que visava à manutenção da ordem pública (ALVEZ, 2009).

Os reformadores de antes de 1789 e a própria Revolução quiseram ao mesmo tempo suprimir o internamento como símbolo da antiga opressão e restringir na medida do possível a assistência hospitalar como sinal da existência de uma classe miserável. Procurou-se definir uma fórmula de socorros financeiros e de cuidados médicos com os quais os pobres pudessem beneficiar-se na sua própria casa, escapando assim ao pavor do hospital. Mas os loucos têm isto em particular: restituído; à liberdade, podem tornar-se perigosos para sua família e o grupo no qual se encontram. Daí a necessidade de contê-los e a sanção penal que se inflige aos que deixam errar "os loucos e os animais perigosos". É para resolver este problema que as antigas casas de internamento, sob a Revolução e o Império, foram paulatinamente reservadas aos loucos, mas desta vez aos loucos apenas (FOUCAULT, 1975, p.56).

Ainda assim, foi a partir da revolução francesa que as instituições sociais precisaram ser radicalmente reformuladas, e, para atender a esse propósito, os reformistas delegaram a Philippe Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, que até então serviu de depósito de loucos e marginais trancafiados sem nenhum tratamento adequado. O psiquiatra Philippe Pinel introduziu mudanças no pensamento científico do seu tempo ao propor que a origem moral da alienação fosse o desarranjo de funções mentais, e que as paixões exacerbadas eram a causa da loucura. Assim, ele contraria o pensamento vigente e a loucura deixa de ser objeto do poder jurídico e passa aos encargos da medicina, uma vez que, a partir daí, ganha o status de patologia (ALVEZ, 2009).

No entanto, somente após a Segunda Guerra Mundial, em tempos de reconstrução social e crescimento econômico, quando do crescimento da tolerância e sensibilidade com as minorias e diferenças, é que a comunidade intelectual da época concluiu que os hospícios psiquiátricos precisavam ser abolidos ou radicalmente transformados (AMARANTE, 2007). Foi neste período também que a Psicanálise passou a ser adotada como meio de tratamento nas instituições psiquiátricas (AMARANTE, 2007).

Surgiu na Europa e nos Estados Unidos, após a Segunda Guerra Mundial, a necessidade de transformar o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico vigente. Os hospícios passaram a sofrer críticas pelo tratamento segregacionista e violento que

ofereciam aos chamados loucos. Nesse contexto, a demanda de bem estar social e democratização da vida fizeram surgir a reforma da psiquiatria que aparece para questionar o modelo asilar e suas formas de exclusão, propondo modos novos de atenção e tratamento aos chamados loucos e, principalmente, novas forças de vinculação social que possibilitassem a interlocução entre as particularidades de cada sujeito (ALVEZ, 2009).

Ao longo do século XX vários movimentos de reforma começaram em diferentes países com o propósito de questionar e alterar o modelo vigente. Na Inglaterra, após a segunda guerra, a reforma surgiu como uma possível saída para a grave situação dos hospitais psiquiátricos, criando as chamadas comunidades terapêuticas. Na França, no início dos anos 50, nasceu a chamada psicoterapia institucional. Nos E.U.A., a proposta de mudança aconteceu com a psiquiatria preventiva ou comunitária, visando à prevenção do adoecer psíquico (QUINTAS 2007).

A psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas representam, entre outras mudanças propostas e experimentadas, a tentativa de incluir a psicanálise na instituição, ou seja, de aplicar a psicanálise ao aparato psiquiátrico. A extensão que psicanálise alcança no pós-guerra, faz com que a psiquiatria institucional seja uma tentativa de aliança da psicanálise com a psiquiatria, o que ocasionou um forte movimento de introdução da psicanálise nas instituições psiquiátricas. Mas o abarcamento desse projeto não transformou as práticas psiquiátricas além das paredes das instituições psiquiátricas, já que não questionou a função social da psiquiatria, dos seus métodos, dos asilos e de seus técnicos (FLEMING, 1976).

Nas comunidades terapêuticas o uso da psicanálise foi diferente, nessas comunidades a interpretação do analista visava o inconsciente dos pacientes, da equipe de saúde e até da instituição. Teoricamente as comunidades terapêuticas visavam trabalhar de modo distinto ao modelo asilar que era excludente e cronificador. Essas comunidades se organizavam segundo regras formuladas por reuniões regras formuladas por reuniões nas quais todas as pessoas integrantes daquele sistema participavam pacientes e funcionários. Era a tentativa de criar um grupo democrático ideal (QUINTAS 2007). Na prática esse método fracassou como solução do problema manicomial, já que não modificava a situação de exclusão provocada pelas longas internações, embora nos seus pressupostos teóricos as comunidades terapêuticas tenham proposto a abertura dos asilos.

No entanto, o modelo que obteve maior êxito foi a reforma italiana, criada por Franco Basaglia e que influenciou e forneceu principal base teórica para a formulação da reforma psiquiátrica brasileira. A chamada psiquiatria democrática, cujo ideal era uma sociedade sem manicômios, foi o modelo que constitui as bases políticas da luta antimanicomial no Brasil.

Na Itália da década de 1960, o psiquiatra Franco Basaglia, na época diretor do hospital psiquiátrico de Gorizia, iniciou uma transformação radical da instituição psiquiátrica. Basaglia não acreditava que mudanças voltadas a alcançar apenas um tratamento mais humanizado resultariam num tratamento verdadeiramente digno, assim, denunciou a situação dos hospícios, evidenciando a violência dos meios de tratamentos dados aos pacientes. Basaglia apontou para questões como a criminalização da doença, a cronificação provocada pela instituição e propôs uma desinstitucionalização do saber e das práticas produzidas pela psiquiatria e a desconstrução do manicômio (QUINTAS 2007).

Na Itália, a desinstitucionalização foi um processo que transformou as instituições psiquiátricas. Esse contexto marcou e modificou desde as relações terapêuticas às políticas de saúde e a psiquiatria. Após vinte anos do processo de reforma na Itália foi criada a lei 180 que restituiu o direito à cidadania dos loucos. O manicômio foi posto em questão e a instituição foi denunciada em seu significado mais amplo, entendidos como mecanismos que pareciam estar a serviço da doença e não da saúde (DELGADO 1991). Nesse sentido a desinstitucionalização é criar mecanismos que promovam saúde e cidadania abolindo os métodos de encarceramento.

No Brasil o processo de reforma psiquiátrica teve início na década de 1970, junto ao movimento de reforma sanitária, visando modificar os modelos de atenção e as práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva e da equidade na oferta dos serviços (BRASIL, 2005). O final dessa década marca o início efetivo do movimento social de reforma psiquiátrica brasileira, que luta pelos direitos dos pacientes com transtornos mentais no Brasil que, desde então, “[...] segue um percurso próprio na busca de transformação do sistema de Saúde Mental, por meio da desinstitucionalização/desconstrução/construção, no cotidiano das instituições, de uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico” (BARROS; BICHAFF, 2008, p. 22)

Este movimento teve início com a criação do chamado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que protagonizou as denúncias contra a violência nos manicômios, contra a mercantilização da loucura e iniciou coletivamente uma crítica à conduta psiquiátrica e ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

Outro pilar importante que fez parte da construção da reforma no Brasil, herdado da reforma basagliana, inspirando o MTSM foi a desinstitucionalização. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) consideram a desinstitucionalização como a desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, perspectiva que fundamenta o movimento da reforma e as políticas de saúde mental no Brasil. Essa interpretação de desinstitucionalização é baseada na crítica epistemológica ao saber psiquiátrico, colocando em questão o próprio conceito de 'doença mental' que determina limites aos direitos do sujeito (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Sabemos hoje que o desafio principal dos Centros de Atenção Psicossocial é a desinstitucionalização, pois para que esse dispositivo possibilite realmente uma experiência social diferente para a loucura, ele precisa, nas suas práticas cotidianas, modificar e reinventar o modo de funcionamento asilar que historicamente impera nas instituições ligadas à saúde mental.

Além disso, existem dois critérios fundamentais sem os quais não há possibilidade de se alcançar uma verdadeira desinstitucionalização, são os conceitos de território e rede. É sabido que o CAPS, por se pretender um serviço não asilar e se diferenciar da proposta manicomial, não pode permitir que o tratamento de um usuário seja reduzido ao espaço físico da instituição. É importante acompanhar o usuário no território que ele habita e apresentar outros serviços disponíveis que estimulem sua vivência e participação social (DELGADO 2007).

O território refere-se ao campo de abrangência do serviço, o local onde o usuário vive seu cotidiano e onde se dão as relações sociais. Esse conceito é fundamental para compreensão do tratamento já que ele introduz um novo modo de cuidado. Considerar o território como parte do tratamento de um usuário é estender o cuidado à outros aspectos da vida, e não mais restringi-lo à atenção dada a patologia, ao diagnóstico e a cura. O cuidado passa a acontecer no meio social onde a vida do sujeito acontece e não mais apenas dentro da instituição que ele frequenta. A noção de rede, bem como a de território deve ser pensada em sua dimensão afetiva,

política e social, como um fluxo de recursos que preenchem o território e que se articulam e desarticulam interminavelmente (DELGADO 2007).

O movimento de reforma brasileiro visa a desconstrução da realidade manicomial e a construção de novas realidades, guiadas por novas bases políticas, epistemológica e social, modificando uma cultura habituada a sustentar a violência e a discriminação da loucura. O primeiro passo em direção à desconstrução da lógica manicomial foi abdicar à perseguição da cura, colocando como objeto principal de preocupação da saúde mental a existência e o sofrimento dos sujeitos portadores de transtorno mental (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Dessa maneira, a ênfase é retirada da compreensão de cura como o estado psíquico no qual a vida produtiva é a definição de saúde e o objetivo das novas políticas passa a ser a garantia do direito a cidadania a promoção de cuidado fora da lógica asilar e a conquista da autonomia possível para cada sujeito.

Em 1987 surgiu o primeiro CAPS do País, em São Paulo, nomeado de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (BRASIL, 2005), “[...] tornou-se uma espécie de exemplo irradiador de um novo modelo de cuidados para a psiquiatria brasileira” (TENÓRIO, 2002, p. 39). Outra referência importante na história da reforma psiquiátrica brasileira é a chamada experiência de Santos/SP, quando a gestão municipal operou uma intervenção numa clínica privada que funcionava em convênio com o sistema público que a financiava remunerando as internações

A intervenção, motivada pelas denúncias (logo comprovadas) de mortes, superlotação, abandono e maus-tratos, transformou-se em desapropriação por razões de utilidade pública e depois desdobrou-se em ações para extinguir o manicômio na cidade, com a implementação de um Programa de Saúde Mental organizado em torno dos então criados Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps) (TENÓRIO, 2002, p. 37).

Os Naps eram instituições abertas, “[...] regionalizadas, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade, oferecendo cuidados 24 horas, todos os dias, inclusive acolhimento de tipo internação, cada unidade dispoñdo de seis leitos, aproximadamente [...]” (TENÓRIO, 2002, p. 37). A importância de Santos na reforma brasileira situa-se o fato de, à exemplo das experiências italianas, ter implantado toda a rede de serviços necessárias para o cuidado em liberdade, demonstrando a real possibilidade de oferecer cuidado de

qualidade e de mudar a relação social com a loucura quando há efetivo investimento em novas formas de assistência.

A história do início da reforma psiquiátrica no Brasil e do surgimento dos CAPS coincide com o período de estreitamento da atuação da psicologia com os serviços públicos de saúde mental. No final da década de 1980, quando do II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, os psicólogos já representavam um número significativo de profissionais envolvidos na luta antimanicomial (FERREIRA NETO, 2008).

A instituição CAPS é tributária da Reforma Psiquiátrica Brasileira, constituindo-se como ponto de atenção essencial no novo modelo de atenção em saúde mental que surge como resposta do governo ao questionamento social a respeito do tratamento oferecido a loucura nos espaços públicos e privado (AMARANTE, 2007). A Reforma Psiquiátrica Brasileira, como dito anteriormente, é um processo histórico de construção crítica que visa questionar o modelo clássico da psiquiatria que até então tinha o louco como doente e objeto de saber de um outro, em geral encarnado pelo saber psiquiátrico. A reforma surge ao final da década de 1970, com a reabertura política e, mais que uma crítica ao sistema nacional de saúde mental, ela surge como oposição estrutural às instituições psiquiátricas clássicas da época (AMARANTE, 2007).

Em 1990 a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, que aconteceu em Caracas, foi um limite histórico para a saúde mental que acarretou mudanças grandes mudanças em várias esferas sociais (HIRDES, 2009). Os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometeram-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica além de rever seriamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico. Comprometeram-se ainda a salvaguardar os direitos civis, os direitos humanos dos usuários e promover sua permanência no meio comunitário. Foi nessa conferência que os países cunharam os princípios de cidadania dos portadores de transtorno mentais e validaram a necessidade da elaboração de redes de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (HIRDES, 2009). Desta forma considerou-se como prioridade a criação de serviços que substituíssem o hospital psiquiátrico como as redes de atenção a saúde mental, o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e residências

terapêuticas, tentando respeitar as singularidades e demandas de cada local (HIRDES, 2009).

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, surge após onze anos de tramitação no Congresso Nacional, contemplando os princípios da Declaração de Caracas, produzida e assinada por vários países na Conferência citada. Com a promulgação da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2004a), o que era uma proposta do movimento social da reforma psiquiátrica para a política de saúde mental, transforma-se em uma política de Estado. Esta lei estabelece o máximo de inserção possível do sujeito portador de transtorno mental na comunidade em geral, restringe as internações somente aos casos inevitáveis, limita os tratamentos invasivos e de cunho experimental e obriga o Estado a criar programas de alta complexidade que visem à reinserção social dos sujeitos advindos de longas internações e que garantam sua reinserção e autonomia.

Apoiada em uma lei federal, a saúde mental ganhou uma organização sistemática e complexa para uma política pública embasada em leis, portarias ministeriais, passando a haver responsabilidades municipais e estaduais. Como exemplo disso, temos a Portaria 336/2002 que estipulou as diferentes modalidades de CAPS, definidos por ordem crescente de tamanho, complexidade e abrangência populacional (Brasil, 2004). As três modalidades de CAPS compreendem o mesmo tipo de atendimento sendo diferentes apenas pelo número de usuários que comporta e atende e pelo horário de funcionamento. Além destes, a Portaria 336/2002 já regulamentava os CAPS ad e CAPS i.

Em 2004 o Ministério da Saúde lançou um caderno intitulado Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004b), uma espécie de cartilha para orientar sobre como seria o funcionamento dos CAPS e seu papel na nova política pública em atenção à saúde mental. Os CAPS são pontos de atenção estratégicos nesta política, instituídos como espaços que devem atuar não como serviços especializados, mas sim como dispositivos de cuidado atravessados e comprometidos com a sustentação de sua atuação nos domínios da política, da técnica e da ética (BRASIL, 2004b). Esse dispositivo opera com uma equipe multiprofissional e visa trabalhar na interdisciplinaridade a fim de oferecer aos usuários um acompanhamento integral e territorial. São lugar de referência e cuidado aos usuários e suas famílias, devendo promover cuidado, inclusão social e

autonomia a pessoas com transtornos mentais graves, advindos ou não de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Os CAPS, em sua função de cuidar em liberdade e atuar no território com vistas à inserção social e também a produzir mudanças na relação da sociedade com a loucura, são propostos como dispositivos estratégicos para a vitória de uma proposta substitutiva à lógica asilar em saúde mental no país. Sobre o resultado da substituição do hospício pelos novos dispositivos, nos diz Lobosque (2007):

A criação dos serviços substitutivos pela luta antimanicomial, revelou desde o início a sua extrema fertilidade. Sem grades nem muros, a clara luz desta liberdade conquistada exorcizou as velhas assombrações da periculosidade e da incapacidade. Com surpreendente leveza, novas e arrojadas figuras clínicas passaram a tratar o que antes parecia insuportável e ameaçador. Mesmo as situações que envolvem um maior desvario, um transtorno mais agudo, vêm se deixando abordar pela hospitalidade oferecida e pelo cotidiano partilhado, pelo apelo ao vínculo e a cortesia no trato. Contrapondo-se à árida esterilidade do hospital psiquiátrico, os serviços substitutivos mostraram desde o início um admirável poder de criação, ao lado de uma inegável resolutividade (LOBOSQUE, 2007, pág. 36).

A transformação nas práticas de saúde e os ideias da reforma que visavam transformar o modelo hospitalocêntrico no modelo psicossocial, criaram alguns dispositivos que compõe a rede de atenção integral em saúde mental. Sendo o CAPS um desses dispositivos (HIRDES, 2009). O tipo de atendimento realizado no CAPS visa à promoção da saúde de modo geral. Portanto, é relevante citar que não se entende por saúde apenas a ausência da doença física ou psíquica. Trabalha-se com a chamado concepção ampliada de saúde, entendida como processo que é atravessado pelas diversas áreas da vida, e já presente desde o nascimento do Sistema Único de Saúde. Esta concepção ampliada de saúde se articula às propostas de promoção da saúde e resulta em um novo compromisso do Estado. Assim, pode-se pensar, com Campos (2004, p. 746) que

A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania.

Realmente no passado a saúde era apenas a integridade morfológica acompanhada da perfeição funcional, a plenitude do funcionamento dos órgãos e do bom desempenho das funções vitais. Era, em suma, o vigor físico. Atualmente, porém, a saúde ocupa outra dimensão, saiu do campo reduzido do indivíduo e tornou-se

abrangente. A saúde agora depende de aspectos sociais de bem estar geral, da relação do indivíduo com o trabalho e com a comunidade (GOUVEIA 2000).

A saúde pública no Brasil propõe a ampliação da prática de saúde e conseqüentemente o seu conceito. É de suma importância que os serviços que operam sobre os efeitos da doença, visem o espaço para além das Unidades de Saúde e do sistema de saúde, focando no coletivo e intervindo nas condições de vida para favorecer a possibilidade de uma vida com escolhas saudáveis (BRASIL, 2004). Nessa direção, a promoção de saúde ultrapassa o cuidado com o corpo físico estendendo a atenção para o meio de trabalho e social, colocando o cidadão como protagonista na promoção de uma vida com saúde (BRASIL, 2004). Nessa pesquisa, portanto, entenderemos que saúde não se resume ao organismo, e sim aos vários aspectos da vida que podem interferir no bem estar geral do indivíduo.

Como a nova concepção de saúde, as políticas públicas em direção ao tratamento de pessoas com doença mental também foram reformuladas após a crítica da reforma as instituições psiquiátricas (SILVA, 2004). Como dito anteriormente, o CAPS é um serviço substitutivo, que nasceu desse processo e que tem demonstrando grande eficiência e efetiva melhora em relação às longas internações que isolavam os pacientes da família e da comunidade (SILVA, 2004). A saúde deixa, então, de ser compreendida a partir de padrões de bem-estar estabelecidos por parâmetros biomédicos e controlados pelo Estado, para ser compreendida como produção da vida possível e com sentido para os sujeitos em suas singularidades nos diferentes espaços de sociabilidade em que circulam. Estas mudanças no campo da saúde pública no Brasil aconteceram em total convergência com as mudanças propostas e alcançadas no campo da saúde mental, o que resulta numa afinidade nos conceitos e propósitos dos CAPS dentro da rede geral de saúde.

## 2.2 O REFERENCIAL PSICANALÍTICO E AS DIFERENTES MANEIRAS COMO A PSICANÁLISE PODE ENTENDER A PSICOSE

O saber inaugurado por Freud (1996) sobre a histeria, que de certa forma também é um saber sobre a loucura, aproxima a psicanálise da historia da loucura. Freud lançou um olhar revolucionário sobre as causas do adoecimento psíquico através

dos estudos feitos pelo professor e neurologista Charcot, sobre a origem da histeria (FREUD, 1996). O então neurologista rejeita a crença de que aquela patologia era algo da ordem da possessão demoníaca que acometia o corpo das mulheres. No livro “ Estudos sobre a histeria”, Freud introduz a ideia de que a doença mental tem origem em algo que os pacientes não sabem discernir a origem. A suposição era de que a origem dos sintomas eram traumas psíquicos vividos na infância que compareciam no corpo como a representação de um afeto aflitivo que não pode ser identificado. Em Paris, na época, Charcot oferecia a hipnose como alternativa de tratamento aos casos de histeria da época. Era a hipnose que permitia aos pacientes reencontrar as lembranças traumáticas, podendo com isso, reagir a essas lembranças através da fala e aliviar seus sintomas. (FREUD, 1996).

Mais tarde, Freud diz ter encontrado a técnica que substituiria a hipnose, e adota a associação livre como método. A associação livre foi o método criado a partir de um estudo atento e cuidadoso, resultado de sua autoanálise e da observação clínica que revelaram à Freud as várias formas de manifestação psíquica do inconsciente (FREUD, 1996).

Portanto, compreendemos que a grande contribuição de Freud para a concepção e tratamento da loucura, foi inicialmente o fato dele ter emprestado seus ouvidos às histéricas. Foi a escuta que indicou a ele, que por trás das falas descabidas e do sofrimento das histéricas, havia um sentido não decifrado. Ao iniciar um intenso trabalho de tradução do inconsciente e das suas formações, considerando a fala e os sintomas como o caminho de acesso ao inconsciente, ele contraria a prática psiquiátrica da sua época, e introduz uma nova concepção do funcionamento psíquico.

Para Colete Soler (1996), os sintomas, tidos muitas vezes como sinal de loucura, são o que permite ao sujeito não fazer exatamente o que está prescrito no discurso de seu tempo. O transtorno mental é um conjunto de sintomas e a intenção dos tratamentos muitas vezes é a eliminação desses sintomas. Acontece que esse procedimento, passível de regulamentação e padronização, muitas vezes anula a singularidade do sujeito (SOLER 1996).

Na abordagem psicanalítica, a família deve ser entendida como um complexo que produz certa realidade sobre o meio ambiente (LACAN, 1987). A família funciona como organizadora do desenvolvimento psíquico. Toda via esse complexo acontece

de maneira inconsciente. Para Lacan, a transformação da criança em sujeito desejante depende da presença do pai, como aquela função responsável pela castração. O pai cujo nome servirá de “encarnação da lei no desejo”, a lei que orientará o desejo posto em algum lugar (LACAN, 1987).

Em Freud (1996), qualquer ser humano deriva de um pai e de uma mãe. É por isso que ninguém pode escapar a essa triangulação que representa o cerne do conflito humano. Essa triangulação tem efeitos em toda a vida do sujeito, sendo uma história – de amor por excelência – que decidirá a estrutura prevalente em um sujeito e sua inserção ou não ao campo do simbólico. Essa trama tem fim com a ameaça de castração, onde a criança renuncia os desejos incestuosos pela mãe (FREUD, 1996). Espera-se com isso que haja um abandono dos antigos sentimentos hostis pelo pai e que disso surja uma identificação com ele. Identificação derivada da vontade de manter o órgão genital fora da ameaça de castração (FREUD 1996).

Para pensarmos nas articulações possíveis da psicanálise com a psicose e com a saúde mental, vale ressaltar a mudança constante e radical na teoria psicanalítica a partir de Lacan, que modificou, de alguma maneira, o fazer clínico com as psicoses. Ao tomarmos como ponto de partida as elaborações da chamada primeira clínica de Lacan, compreenderemos que a neurose é a estrutura em que o Nome-do-Pai é o significante que metaforiza o desejo da mãe (COELHO, 2001). E, como sendo esse significante a resposta do simbólico a uma falta que é real, assim, diante da falta de um objeto que dê conta do desejo – e que, embora seja do sujeito, vem do Outro, aparece um significante que possibilita que esta falta se articule na linguagem. A chamada função fálica. Nesse sentido, o que funda a estrutura neurótica ou psicótica é um acidente ocorrido durante a elaboração do complexo de Édipo, que acarretará ou não na inserção do sujeito à ordem simbólica (SOUZA; LEITE, 2007). Sendo assim, a condição de entrada do sujeito ao campo simbólico depende da inserção do significante fundamental, o Nome-do-Pai, como elemento que funcione de barreira ao desejo da mãe, inaugurando uma separação entre a criança e sua mãe.

O simbólico é o registro decorrente do significante Nome-do-Pai, que, ao barrar o todo do prazer, metaforizado como desejo materno, instaura a falta no sujeito, a chamada castração simbólica (SOUZA; LEITE, 2007). Nesse sentido, o que Lacan ensina ter havido nas psicoses é justamente a forclusão desse significante primordial, o Nome-do-Pai, e, no ponto onde esse significante não está para barrar o

desejo materno, não há abertura para a falta, ou seja, neste lugar ele é todo, é puro gozo. Se a castração é o motor do desejo e condição fundamental para que se constitua um sujeito desejante, o psicótico seria alguém sem desejo, que permanece no gozo inútil desligado da alienação de sentido produzida pela castração com a entrada no campo simbólico, o campo da linguagem (SOUZA; LEITE, 2007).

No texto *A Instância da Letra*, Lacan (1988) introduz a ideia de que a fala tem uma função de escrita, ou seja, ela pode ser lida, decifrada, e a partir da combinação entre significantes, produzir sentido. Ao falar produzimos sentido e a função do analista seria a de interpretar este sentido produzido pelo inconsciente. Tendo em vista que a língua é um sistema, que o sujeito se produz no ato da fala e que esta fala pode ser lida, temos, então, uma concepção do simbólico como elemento fundamental na estruturação subjetiva, e logo o elemento diferenciador das estruturas clínicas seria o significante “o Nome-do-Pai”. Nessa interpretação lacaniana a psicose é o nome-do-pai foracluído, o que oferece ao sujeito psicótico a falta de recurso para dar conta do desejo da mãe através da linguagem, ficando dessa maneira a mercê do gozo do outro (COELHO, 2001). A concepção Lacaniana referenciada acima coloca a estrutura psicótica como deficitária em relação à neurose, já que supõe a não inserção do Nome do Pai no inconsciente. No entanto, Lacan passa a outra concepção quando, na chamada segunda clínica, modifica o entendimento quanto a função da linguagem, que passa a ser definida “[...] não mais como meio de comunicação, mas com o aparelho de gozo” (Leite, 2000, p.176).

Na evolução do ensino de Lacan, pode-se falar em um primeiro momento, correlacionado à demonstração da determinação do sentido, entendido como efeito do funcionamento da linguagem formalizada com as noções de metáfora-metonímia, “*point-de-capiton*”, significação fálica, e Nome-do-Pai. Nesse modelo da prática da psicanálise, o analista ocupa o lugar do Outro, e na interpretação aponta a um significante que possa dizer toda a verdade do sujeito.

A segunda clínica de Lacan seria uma mudança de axioma que se opera em 1970, quando, no seminário “...Ou Pire”, Lacan (s.d.) enuncia “*Il y a de l'Un*”, problemática que condiciona o interesse pelo nó borromeano.

O que quer dizer o acento posto no Um? Quer dizer que o Sujeito não procede da cadeia. Por isto Lacan passa a enfatizar a noção de signo, pensado como uma ocorrência do Um, ou seja, como um significante sem cadeia (Leite, 2000, P.175).

No seminário XX, “Mais ainda”, Lacan (1985) retoma a questão da linguagem como estrutural e apresenta um conceito novo chamado *Lalangue*, em que não há um sentido prévio dado às palavras (significantes) que vem do outro, e a linguagem é a

priori pura pulsão. Dessa maneira, não se supõe mais um Outro prévio a nenhuma estrutura e, com isso, podemos considerar que nenhum sujeito, independente de sua estrutura, esta livre de uma certa falha simbólica (LACAN 1985). A estrutura clínica não se reduz mais a introdução ou não do Nome-do-Pai, já que para cada sujeito haverá sempre algo de foracluído. Ao invés de trabalhar dentro de um critério de presença ou ausência do Nome-do-Pai, e com isso considerar a psicose como uma falha no simbólico, a segunda clínica se propõe a considerar o modo original que foi possível a cada sujeito dar conta de uma falta que é fundamental a todo ser falante (LACAN, 1985). Como resultado, isto reflete na consideração sobre a presença ou não de um sujeito em alguma estrutura, e principalmente, sobre o modo como ele se inclui.

Ao se tomar a psicose como uma questão de existência, a noção de cura precisa recusar o ideal de normalidade e construir objetivos de tratamento que visem à singularidade do sujeito. Sendo assim, o fato de a psicose ser uma estrutura diferente da neurose não significa que não haja um tratamento psicanalítico para elas, muito embora seja necessário indicar caminhos para a promoção de um tratamento que não se pretenda autoritário e assistencialista ou que se prenda somente na cura do sintoma a partir do inconsciente, mas que vise à suplência e o pragmatismo antes da interpretação (COTTET, 2011).

A psicanálise nesse sentido mostra-se convergente ao que propõe o Movimento da Reforma psiquiátrica, apontando para a necessidade de escutar o sujeito psicótico considerando soberanamente a sua própria lógica e indicando que os profissionais se pautem nas particularidades de cada caso, apostando num projeto terapêutico realmente singular. Sabemos que para a psicanálise a verdade do sujeito é sempre única e o tratamento analítico deve considerar, sobretudo o que o sujeito diz e sabe de si. Esse talvez seja o ponto de maior congruência entre a proposta das novas políticas de saúde mental e a psicanálise, o respeito à singularidade de cada sujeito e a utilização das particularidades de cada um como eixo no tratamento. Contudo é necessário não esquecer o que nos indica Tenório (2001) sobre a diferença da clínica do sujeito e do cuidado na atenção psicossocial:

A atenção psicossocial e a clínica do sujeito não são a mesma coisa. Mas uma pode tornar a outra possível desde que a primeira evite dois riscos: o de impor ao psicótico ideais de funcionamento que são nossos e aos quais ele muitas vezes não pode corresponder, e o de acreditar que o bem estar psicossocial torna menos relevante o trabalho subjetivo na palavra: e que a

segunda reconheça os limites de qualquer prática ligado à palavra e a necessidade, em certos casos prioridade, na psicose grave, de ajuda concreta e cotidiana ao viver (TENÓRIO, 2001, pag. 91).

### 2.3 OS IMPASSES DA PSICANÁLISE NO CAMPO INSTITUCIONAL

Embora a psicanálise esteja em correlação com o momento atual da ciência e o sujeito da ciência seja a condição para a existência do discurso analítico, a psicanálise existe numa direção contrária ao discurso científico ou de qualquer abordagem adaptativa, porque o sujeito da psicanálise não é da consciência, do sentido ou da experiência. Em decorrência disso, é comum encontrar dissonâncias entre sua prática e as práticas institucionais (VORSATZ, 2015). No âmbito social, o aprofundamento do estudo dessa prática, pode oferecer aos centros de atenção psicossocial, novas maneiras de utilizar a escuta psicanalítica a favor desse campo, além de poder renovar a clínica psicanalítica das psicoses nos CAPS II, contribuindo para o processo crítico e constante de desinstitucionalização desse dispositivo proposto nas bases da reforma psiquiátrica.

Existe, porém, autores que fazem uma crítica à atenção psicossocial, que consiste em apontar como ela parece trabalhar às vezes ao modo de uma psicoterapia, visando o retorno do psicótico às relações sociais pela via da plena adaptação. Os grupos e oficinas de atividades ditas “terapêuticas” que funcionam somente dentro da lógica da cidadania, visam reabilitar o psíquico a partir de tarefas e exercícios (SARACENO, 1996). Se considerarmos que a adaptação social nem sempre é uma necessidade do sujeito, mas sim um ideal perseguido pela nossa sociedade, fundado numa concepção filosófico-política que define de forma universal os direitos do cidadão, podemos supor que o relacionamento da psicanálise com as práticas em reabilitação psicossocial pode ser bastante conflituoso.

Para Jacques Alain Miller, a saúde mental tem como objetivo “[...] reintegrar o indivíduo a comunidade social” (MILLER, 1999, p.15), o que faz o psicanalista não poder ser um trabalhador da saúde mental. Para o autor a psicanálise é um tratamento dirigido a sujeitos de pleno direito (MILLER, 1999). Sujeitos que podem responder pelo que agem e pelo que dizem na medida em que poder responder por si é poder se responsabilizar por alguma coisa, ou, que pelo menos saiba que se essa responsabilização não for possível, alguma coisa vai muito mal em sua

possibilidade de se sustentar como sujeito (MILLER, 1999). Quando um sujeito não pode responder por si, essa função será delegada a outra pessoa, ou ao estado, que passará a ter o direito de responder por ela. A noção de sujeito, portanto não é oriunda da questão mental e sim da questão de direito. O sujeito da psicanálise é, nesse sentido, sobretudo, o sujeito de direito.

Para Miller (2009) as práticas de saúde mental, entendida por este autor como sinônimo de ordem pública, funcionam a partir de práticas que intencionam fazer melhorar e resguardar as pessoas acometidas por sofrimento psíquico, elas também trabalham na direção de querer obter uma modificação daquele que sofre e de sua relação com o mundo. Assim, para este autor, “[...a saúde mental não nos pode servir, como tal, de critério na prática analítica]” (MILLER, 2009, p.21).

Em concordância com Lacan (1972), pode-se compreender que há um risco na prática do psicanalista, o risco da sua posição de analista ser confundida e posta a serviço do mestre contemporâneo quando articulada com os recursos terapêuticos. Os princípios da psicanálise subvertem os princípios das psicoterapias, ela não sustenta a via do ideal e toma o discurso pelo avesso, também não sustenta o sentido de cura, ou de ajustamento e da norma, ainda que sua prática oriente uma terapêutica (LACAN, 1985). A psicanálise é oposta ao sentido e sugestão, ela se dirige ao real e toca o campo das pulsões, visa à fantasia e o gozo. O fazer do psicanalista é aquilo a que chamamos o ato analítico, o saber fazer, e isso ultrapassa a nomeação da função, o estabelecimento da sessão, seja na psicanálise aplicada ou na pura, no setting privado ou na instituição, no individual ou entre alguns (LACAN, 1985).

Ainda em Lacan (1967) a chamada psicanálise em extensão, é toda prática psicanalítica que presentifica as intenções dessa teoria em campos diversos. Enquanto que a psicanálise em intenção seria a elaboração didática que prepara o profissional para essa prática. A psicanálise em extensão torna-se viável nos diversos campos sociais quando ocorre a extensão das intenções do tratamento analítico que maneja os imperativos da sua época e do seu campo de atuação sem deixar de guiar-se pela ética própria da psicanálise. Logo, seria possível conservar a verdade psicanalítica sobre o incurável do sintoma, desde que não se perca o rigor com seus fundamentos e assim levá-la a diversos campos, discriminando, é claro, sua atuação no campo do setting clínico convencional (LACAN, 1967).

Para Freud (1996) a aplicação da psicanálise poderia fornecer grandes benefícios a pessoas em condição de desamparo profundo ou em situações de grande vulnerabilidade, mas não deixou de anteciper a cautela que seria necessária aos psicanalistas nas instituições frente ao amplo processo, que seria iniciado, de revisão da técnica psicanalítica, para introduzi-la as novas condições e evitar com isso, que se confundisse a regra primordial do método analítico, a associação livre, com a sugestão direta (FREUD 1996).

Embora os profissionais técnicos tenham precisado recriar sua prática para trabalhar no novo modelo, na ocasião de surgimento do CAPS, por volta do final da década de oitenta, não é incomum que a primeira orientação da equipe quando um paciente inicia uma crise ou surto ainda seja na direção de requisitar a intervenção do psiquiatra e da medicação, fazer uma crítica a esta prática não equivale a dizer que a intervenção médica e não seja importante em casos e momentos determinados, mas sim que outras saídas precisam ser inventadas para acolher os momentos de crise. Outro entrave desse campo é a tentativa de alguns técnicos de adaptar o paciente às especialidades e aos modelos terapêuticos pré-definidos, ainda que haja o projeto terapêutico singular que supõe a adequação da prática do profissional as demandas do usuário e a direção de um tratamento particular. (LANCETTI, 2008). Sobre o risco presente na prática psicossocial, vale citar o que nos diz Lobosque (2001):

Esta operação, sem dúvida alguma, é algo que envolve a dimensão do cuidado e a partir daí esta clínica que defendemos se constrói. Quando o dilaceramento, de presença, de atos e palavras se faz necessário como forma de ajuda. É claro que a palavra “ajuda” implica, por si mesma, em muitos riscos; principalmente por ser o pretexto comum da autoridade de toda filantropia e do pedantismo de todos os privilégios. Afirmar que o outro precisa de ajuda pode ser, e muitas vezes costuma sê-lo de fato, uma forma de intervir, aliciar, tutelar, dominar, etc. A questão de uma ajuda que se exerça sem domínio, eis aquela que se coloca para nós não apenas nas relações com a loucura, mas nas relações dos homens entre si (LOBOSQUE, 2001, pag. 42).

Para Quinet (2006) o discurso é o laço social que compõe o campo do gozo. Esse autor defende um ponto muito importante acerca do tratamento psicanalítico, alegando que ele não pode acontecer fora do campo do discurso, e que, sendo assim, qualquer tratamento esta no laço social. Baságliá, o fundador das bases da reforma psiquiátrica Italiana, não questionou a experiência subjetiva da estrutura psicótica o que nos leva a considerar que sua crítica feita ao excesso de técnicas nas práticas psicológicas atingiu apenas um nível estratégico (NETO, 2009).

Neto (2009), entende que o laço social produzido pelo saber da psiquiatria democrática de Baságliã, demonstra que o discurso do mestre nos serviços de saúde de base basagliã são hegemônicos, uma vez que os técnicos indicam as condutas que os usuários devem ter para alcançar a chamada inclusão social (NETO, 2009). Para Viganó (2005), a reforma italiana de Baságliã aposta na exclusão dos hospícios como modo de alcançar a cidadania para pessoas portadoras de transtorno mental. A negação da lógica manicomial se aproxima, assim, de uma política compensatória, garantidora de direitos e a reforma no Brasil tem caminhado bastante nessa direção, mesmo que isso acarrete o apagamento do sujeito (VIGANÓ, 2005). O autor acrescenta ainda que:

A quem puder extrair da experiência basagliã um ensinamento, proponho fixá-lo num aforismo que parafraseia aquilo com o que Lacan ligou a obra de Freud com a de Saussure: se Basaglia tivesse lido Lacan, haveria dito que o fechamento dos manicômios é uma troca de discurso e que o discurso do analista pode motivar "a posteriori" essa passagem (VIGANÓ, 2005, pág. 16).

Porém, segundo este autor, não tendo havido esta troca de discurso, as práticas implantadas na reforma seguiram se pautando apenas na prática, com todos os riscos que o funcionamento institucional mantém. Sobre isso podemos esclarecer que, o deslocamento visto da experiência do sujeito antes aprisionado no manicômio, como doente mental que esperava a cura da sua patologia, agora surge como um sujeito portador de transtorno mental usuário do serviço substitutivo de saúde, cuja demanda deixa de ser a cura e passa a ser a inclusão social, a aceitação social da sua condição psíquica. Podemos supor com isso, que o tratamento se dirige não mais ao sofrimento psíquico individual do sujeito e sim ao sofrimento decorrente da sua posição de classe (NETO, 2009). Sendo assim, cabe apontar uma diferença importante entre a clínica e a saúde mental. A clínica da psicanálise seja em intensão ou extensão, diz respeito ao caso particular e único, enquanto que a saúde mental tem suas ações e teorias voltadas para a luta ética e política a favor das peculiaridades de certo grupo (NETO, 2009). Todavia, tomando a psicanálise como referência conceitual, este autor aponta caminhos que podem permitir aos CAPS funcionarem dentro, efetivamente, de sua proposta de desinstitucionalização:

Nesse sentido, ressaltamos que uma nova ética do cuidar a ser implementada nos serviços substitutivos deve apreciar o funcionamento da estrutura psicótica e, principalmente, as formas de discurso que considerem o sujeito e levem o profissional a questionar a condução do caso clínico.

Assim, o cuidado nos serviços deve ser pautado pela atenção na construção do laço social do psicótico, na medida em que ele se encontra tanto no campo da linguagem quanto no campo do gozo (NETO, 2009, p.46).

Esta nova ética do cuidar deve se construir tomando em conta a dimensão estrutural da psicose teorizada na chamada segunda clínica de Lacan, o que “[...] nos possibilita pensar numa clínica para a saúde mental e para a reforma psiquiátrica que possa superar tanto a redução da clínica ao biológico-farmacológico quanto à redução do sujeito ao bom funcionamento psicossocial” (NETO, 2009, p.47). Nesse caminho, o trabalho se não mais à simples adaptação social, mas sim à construção do laço social, o que somente tem chances de ocorrer a partir de uma posição que tenha em conta a “[...] a questão ética no acolhimento e no tratamento de psicóticos ao reforçarmos a cumplicidade entre o técnico e o usuário, bem como a implicação e a responsabilização do paciente como forma de fazer emergir o sujeito” (NETO, 2009, p.47).

Dentre os impasses possíveis no trabalho nas instituições da reforma psiquiátrica, podemos apontar para o risco contido na institucionalização do CAPS. Sabemos que por um lado essa institucionalidade é fundamental para legitimar o serviço substitutivo da rede de saúde mental, por outro ele corre o risco de tornar-se uma instituição cronicada, reproduzindo aspectos manicomiais (BARROS, 2003).

Outra dificuldade encontrada no serviço decorrente da sua institucionalização é quanto à expectativa de que ele funcione verdadeiramente como uma rede de assistência. Na saúde mental a fragilidade de uma rede de atenção efetiva é observada porque características fundamentais como descentralização e conectividade são substituídas por um conjunto frágil de pontos ligados burocraticamente. Se não temos um serviço centrado na crítica e transformação permanentes, o que se configura a partir disso é uma estrutura rígida que não promove liberdade e autonomia e não chega a funcionar como rede (NETO, 2009).

Como exemplo disso, temos centros de atenção psicossociais repetindo práticas tutelares e com absorção de demandas que deveriam ser dirigidas à outros dispositivos, além do aumento constante do número de usuários que utilizam o CAPS e dificilmente o abandonam o campo (NETO, 2009). Posto isso, o exercício de construir alternativas de vida que independam desse serviço e a desconstrução

constante de práticas que tutelam, mas sem deixar de assistir o sujeito e a criação de fluxos de encaminhamentos, devem ser o eixo da ação dos profissionais de saúde que almejam funcionar como uma rede de assistência efetiva.

## 2.4 O CAPS E A DIMENSÃO DA CLÍNICA PSICANALÍTICA.

É importante que a psicanálise no CAPS mantenha a dimensão da clínica como recurso no dispositivo, porque um território clínico é o único que poderá existir a partir da palavra do sujeito. Nos aspectos discursivos e teóricos lacanianos, a psicanálise feita no coletivo é posta no campo da psicanálise aplicada, no caso em questão, aplicada à clínica institucional, já que não se situa do lado da psicanálise pura, que refere-se a clínica tradicional ou a formação do operador dessa prática. Mas ainda é concebida como prática clínica, localizada no campo da psicanálise em intenção, um modo de tratamento psicanalítico em sentido pleno, mas que é exercido em dispositivo distinto como o CAPS, estruturado em proximidade com o modo de funcionamento da neurose (AMANCIO, 2012).

Vale ressaltar que a clínica proposta não tem a ver com a exigência de um setting analítico tradicional, é possível que se estabeleça relação de analista e analisante sem haver sala fechada com quatro paredes e apenas o analista e uma poltrona. A clínica precisa ser construída de atendimentos dentro da dimensão coletiva, porque táticas terapêuticas que não considerem essa dimensão tendem a não funcionar com os sujeitos psicóticos (AMANCIO, 2012). Isso indica a direção de um tratamento que se reconheça no espaço institucional e considere as particularidades da clínica com as psicoses, sem perder a consciência técnica de que cada sujeito deve ser escutado na sua diferença radical. A dimensão coletiva não é o mesmo que as atividades em grupo, nem é o mesmo que o próprio grupo. Ela é a esfera social, o outro, que atravessa e influencia a clínica com as psicoses, por vezes, de modo mais contundente que na clínica com as neuroses (AMANCIO, 2012).

Existem condições relevantes nos quadros de psicoses que interferem no manejo clínico nos dispositivos substitutivos. A inércia, o automatismo, a estereotipia que não trazem consigo questionamentos ou demandas formuladas, não são acessíveis ou permitem aproximação para que haja chance de reconstrução do laço social. Nesses

casos, onde a instituição não sabe como proceder ela parece permitir que os usuários a invada já que não pode enfrentá-los (LOBOSQUE, 2007).

O psicótico tende a estabelecer com os seus outros uma relação que se mantém sempre especular, ou seja, imaginária. Isso acontece porque como dito anteriormente não há para ele a chamada barreira simbólica. Na medida em que ele perde esse Outro, ou que não o encontra, é que ele se depara com o outro meramente imaginário (LACAN, 1966). O psicanalista que se propõe ao trabalho com um paciente psicótico será deve estar ciente de que será posto nesse lugar, já que não existe para o psicótico forma de situar o analista em outra posição. Portanto, o analista na psicose, tem um trabalho sério, ele estará sempre encarregado de conseguir contornar e dar conta do manejo dessa relação imaginária que o sujeito psicótico construirá com ele. No entanto, é como sujeito que esse psicótico se remete ao analista para contar a esse da sua posição de objeto, o que obriga o psicanalista a considerar o seu discurso, seja ele qual for, como a verdade absoluta desse sujeito (LACAN, 1966).

Nesses casos o recurso da transferência é um recurso primordial para desfazer os vários impasses que essa clínica apresenta seja no âmbito privado ou institucional, e construir uma clínica antimanicomial. O CAPS é uma instituição que recebe pessoas com transtornos mentais severos, graves psicoses, e a transferência nesses casos se apresenta como formas muito difíceis ao manejo transferencial. São pacientes com demandas excessivamente voraz, incessantes, ou a ausência total de demanda, de fala, de expressão. Lobosque (2007) nos aponta para a questão da importância da formação dos profissionais que recebem cotidianamente esses casos, e que, parecem se colocar fora do lugar de protagonismo de implicação e a responsabilização o com o seu trabalho, parecendo voltados à mera execução do serviço.

Isso demonstra um problema com o fazer clínico na instituição que deriva em grande parte da precarização da formação do profissional. Desse modo, Desse modo, apesar de todos os princípios que levaram à sua criação e de seu papel estratégico no processo de desinstitucionalização, pode-se encontrar nos CAPS profissionais que estão no serviço sem engajamento, apenas por uma questão de subsistência, outros que tem motivação, mas cujos impasses do serviço, que não são reconhecidos e tratados a tempo, geram tanta angustia que os leva a abandonar o

interesse pela sua prática, ou os casos dos que já não tem mais nenhuma perturbação ou curiosidade pelo campo e seguem numa prática sem nenhuma afetação pelo serviço.

Frente às angústias do trabalho, muitas vezes os profissionais do cuidado são remetidos, estando nessa instituição, ao seu próprio desamparo. E, nesse ponto, que os profissionais às voltas com suas implicações e condições de trabalho poderão buscar a saída que reduza as aflições provocadas pelo serviço, como terapias que não implicam o sujeito, na eficácia comprovada dos psicofármacos que suprimem os sintomas e promovem alívio quase imediato, ou nas novidades da neurociência (PEREIRA, 1997).

No importante texto intitulado ' Analista cidadão' (LAURENT, 1999) a problemática do função do analista e do seu lugar na instituição é abordada com um viés mais político que considera que o analista tem responsabilidades éticas para além da própria ética da psicanálise. O termo analista cidadão define o que se espera desse analista na instituição. O analista deve ter interesse pelo novo cenário da saúde mental e cobrar das novas políticas de saúde mental que elas se construam numa verdadeira rede de assistência que seja democrática, respeite os direitos da cidadania e dos usuários que acessam o dispositivo.

O analista deve reconhecer a existência do interesse em comum entre a psicanálise e a democracia, deixando o lugar de analista crítico, como o intelectual que existia apenas para construir a crítica de tudo, e passar ao lugar ativo, de analista que se afeta com os processos do seu tempo e capaz de considerar e trabalhar renovando sua função, fazendo-a caber e corresponder à atualidade.

O autor argumenta que não se trata de esperar que o analista se engaje na construção de uma instituição utópica ou um lugar utópico, mas que ele tome partido, por meio de intervenções, de produções teóricas e por meio do debate democrático. Ao invés de se posicionar como um lugar vazio, ele pode ajudar a sociedade a considerar a articulação entre as particularidades dos sujeitos e as normas mínimas da instituição (LAURENT, 1999).

Para além das paixões narcísicas incitadas pelas diferenças de abordagens e de saberes, o analista tem que ajudar a equipe, sem se pretender único no seu exercício. A sua função de impedir, que, em nome da universalidade ou da

reinserção ao meio esqueçam-se as particularidades dos usuários, não pode ser uma armadilha narcísica de sentir-se o único com esse propósito (LAURENT, 1999). O analista não pode esquecer que seu direcionamento nunca poderá ser a favor de retirar de alguém suas particularidades para fazê-lo caber em qualquer meio de trabalhar na adaptação dos sujeitos a demandas e modos de viver que não contemplem sua singularidade e suas possibilidades.

Para sair da dimensão da fala simples que se pode facilmente manter com o sujeito psicótico, o analista precisa visar o sujeito. Na psicose não se trata da transferência a ser manejada da mesma forma como na neurose, porque esse sujeito não está dividido pela linguagem e não irá se endereçar ao analista como Sujeito Suposto Saber que poder dizer a verdade sobre o seu sintoma. “Quem sabe aí é o sujeito, já que tem certeza de que o Outro sabe sobre a sua vida, sobre seus pensamentos, sobre a sua condição” (MEYER; BRAUER, 2010, p. 241). O endereçamento do psicótico ao analista acontece para encontrar quem possa testemunhar sobre sua experiência única na linguagem e sobre como consegue se posicionar no mundo (LAURENT, 1995).



## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

#### **3.1.1 Natureza da pesquisa**

A presente pesquisa é de natureza qualitativa. O método qualitativo é um traço notório das pesquisas sociais. De acordo com Minayo (2006) a pesquisa social pode ser entendida como os vários tipos de investigação que “tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica”. Tendo em vista que este estudo teve como fundamentação a teoria psicanalítica, o método mais adequado certamente foi o qualitativo, uma vez que, sobre tal perspectiva, Minayo (2006) elucida que o método qualitativo é aquele que se dedica ao estudo da história das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, resultado das interpretações humanas sobre o modo como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, bem como sentem e pensam. Desse modo, as abordagens qualitativas são as mais apropriadas quando se fala do estudo de grupos e segmentos delimitado, de histórias sociais a partir da ótica dos sujeitos, das relações e para análises de discursos e de documentos.

#### **3.1.2 Caráter da pesquisa**

Essa pesquisa teve caráter exploratório por ser a modalidade que melhor responde as necessidades desse estudo. O tema do estudo aqui apresentado não é um campo de vastas elaborações científicas. Muito embora os programas de saúde mental no Brasil sejam amplamente estudados, as nuances da relação da saúde mental com a abordagem psicanalítica ainda tem muito a ser investigado. Posto isso, a principal característica dessa pesquisa foi justamente o fato dela pretender familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido e explorado (GIL, 2009).

Esse tipo de estudo não pretendeu procurar ideias, padrões ou hipóteses. A intenção não foi testar ou confirmar uma determinada hipótese, e sim explorar um

tema importante no campo das práticas de saúde mental, com vistas a contribuir com a ampliação e sistematização do conhecimento nesta área.

### **3.1.3 Delineamento da pesquisa**

Esse estudo configurou-se como um estudo de campo, buscando o aprofundamento das questões anteriormente propostas pela pesquisa, procurando o aprofundamento de uma realidade específica. Foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os quatro psicanalistas participantes desse estudo, dois trabalhadores da saúde mental e dois psicanalistas clínicos sem vínculo com serviço público. Esse tipo de entrevista “[...] apresenta certo grau de estruturação, já que se guia por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso” (GIL, 2010, p. 112).

Seu caráter qualitativo pretendia conhecer a fundo seu objeto de estudo, para melhor compreender como acontece e quais efeitos a psicanálise tem sobre o campo da saúde mental e qual as contribuições que esse campo pode oferecer a teoria.

## **3.2 LOCAL**

Essa pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial CAPS CIDADE, localizado no município de Cariacica, local onde foram entrevistados os dois psicanalistas que trabalham na saúde mental, e também nos consultórios dos dois psicanalistas clínicos sem vínculo com serviço público.

## **3.3 PARTICIPANTES**

O grupo de amostragem dessa pesquisa foi definido por processo não probabilístico seguindo critérios de acessibilidade ou conveniência, pois como ressalta Gil (2009, p.113) “O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma representar o universo”, sendo assim a amostra dos sujeitos pesquisados [...] “é destituída de qualquer rigor estatístico e não requer elevado nível de precisão”.

Participaram dessa pesquisa quatro psicanalistas, sendo dois atuantes no serviço público de saúde, no CAPS II e dois que tem sua prática restrita ao consultório particular. Eles foram entrevistados a respeito de sua prática, experiências, e concepções sobre a psicanálise como meio de tratamento nos centros de atenção psicossocial.

### 3.4 PROCEDIMENTOS

No primeiro contato com os participantes, foram apresentados os objetivos, relevâncias e justificativa da pesquisa e disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no Apêndice C para os profissionais, no qual constam os termos para execução da pesquisa, como confidencialidade dos dados coletados. Em seguida a entrevista foi marcada e realizada individualmente com cada participante, numa duração média de 40 minutos cada.

Após essa etapa, a pesquisa passou por etapas fundamentais, quais sejam: transcrição das entrevistas, seleção e exploração do material; criação de categorias para a identificação dos trechos de relevância das entrevistas e, em seguida, foi efetuada a análise dos dados, a partir do referencial teórico da psicanálise, saúde mental e reforma psiquiátrica. No tocante às entrevistas, registra-se que elas foram realizadas com o devido consentimento dos participantes cujo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 3.5 DESFECHOS CLÍNICOS

O principal instrumento para coleta de dados dessa pesquisa foram as entrevistas semi dirigidas que apreenderam informações que respondem as perguntas formuladas nos objetivos dessa pesquisa. A entrevista semiestruturada aproxima-se mais duma conversação focada em determinados assuntos, o que garante certa liberdade ao entrevistado. Como essa pesquisa tem natureza qualitativa, o roteiro de entrevista é um dos instrumentos mais pertinentes (MINAYO, 2006). Para Minayo (2006), o roteiro de entrevista é o instrumento que media os marcos teórico-metodológico e a realidade empírica. Diferente do questionário que é construído considerando as hipóteses do pesquisador, o roteiro de entrevista conta com menor

quantidade de questões e nenhuma pressuposição do autor. O roteiro busca exatamente as percepções dos atores sociais, e as questões devem ser abertas para possibilitar ao entrevistado respostas que incluam sua experiência e subjetividade, tal como aconteceu no decorrer da pesquisa (MINAYO, 2006).

### 3.6 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE

O material da pesquisa foi analisado a partir da análise de conteúdo, conforme preconizado por Bardin (1977), sem terem sido especificadas categorias pré-determinadas. Segundo Caregnato e Mutti (2006, p.682), a análise de conteúdo é uma “[...] técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social”. Estes autores ampliam a definição desta técnica citando a criadora da mesma que apresenta a definição da análise de conteúdo como

“[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens” (BARDIN apud CAREGNATO; MUTTI, 2006, p.683)

O procedimento de análise de dados realizado nesta pesquisa foi o de análise por categorias temáticas, processo que busca construir categorias de análise a partir de significações e temas provenientes da análise das falas e sua relação com o tema e o referencial teórico utilizado (CAREGNATO; MUTTI; 2006). Para tanto, as etapas previstas de pré-análise; exploração do material e de tratamento dos resultados foram realizadas com vistas a explorar o material e realizar sua interpretação em articulação teórica com os conceitos da psicanálise e da saúde mental e reforma psiquiátrica.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Nesta pesquisa, foram obedecidos e respeitados certos preceitos a fim de orientar a conduta e assegurar o respeito pela pessoa.

Esses princípios são quatro e tratam-se dos direitos das pessoas, tais como: direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade. Com o propósito de salvaguardar estes direitos, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que foi assinado por estes e por quem realiza a pesquisa, no qual estão explicitados dentre outros, os desconfortos e possíveis riscos associados à pesquisa, os benefícios da pesquisa, as formas de acompanhamento e assistência e de especial importância o esclarecimento quanto aos direitos e a confidencialidade e avaliação dos registros, guardando a identidade e as respostas dos participantes.

Foram atendidos durante toda a pesquisa, todos os princípios do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da ISJB - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. O comitê estabelece a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido para informar e esclarecer aos participantes as implicações éticas da pesquisa, normatizando que suas identidades serão mantidas em total sigilo, tanto pela instituição onde foi realizada quanto pelo pesquisador.

É de acordo também com a Resolução Nº 196/96, versão 2012, que discorre sobre as pesquisas que trabalham com seres humanos. “[...] Esta Resolução incorpora, sob a ótica das coletividades e dos indivíduos, os referenciais da autonomia, bioética não maleficência, beneficência, equidade e justiça, entre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa [...]” (BRASIL, 2012a, p.2).



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O campo escolhido para o estudo dessa pesquisa foi o dispositivo denominado centro de Atenção Psicossocial, criado a partir da reforma psiquiátrica brasileira, a fim de substituir os manicômios que abrigavam as pessoas com doença mental grave. O Centro de atenção psicossocial (CAPS) existe para ser um local de assistência às pessoas que sofram de transtorno mental severo. Esse dispositivo deve ser um ponto de referência, que promova a obtenção de autonomia e garanta o direito à cidadania aos usuários do serviço. Não funciona na lógica asilar, e pode ser compreendido como um serviço substitutivo dos hospitais psiquiátricos no sentido de propor um novo modo de vida, com liberdade e dignidade às pessoas chamadas loucas. Na definição do ministério da saúde o CAPS tem como objetivo:

Oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, pág 43).

Como dito anteriormente esse é um serviço que nasce no ano de 1987, na cidade de São Paulo consequência da forte luta social contra o modelo hospitalocêntrico existente na época. O movimento chamado reforma psiquiátrica buscava renovação de saúde mental e denunciava as condições sub-humanas nas quais viviam as pessoas portadoras de transtorno mental (BRASIL, 2004). O primeiro CAPS, chamado Professor Luiz da Rocha Cerqueira, foi o primeiro dispositivo a ser implantado no país que funcionou de acordo com as novas políticas públicas de saúde mental. Atualmente o CAPS é o dispositivo presente nas suas várias modalidades em todos os estados do país, sendo a principal referência no cuidado em saúde mental dentro da Política Nacional de saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

.Tendo descrito as particularidades e fundamentos do campo de estudo dessa pesquisa, a análise dos resultados apresentará as categorias criadas a fim de organizar as respostas dadas pelos participantes, permitir sua leitura e o alcance objetivos desse trabalho. Para justificar e problematizar as falas dos participantes a respeito do lugar do analista na instituição e dos apontamentos sobre as condições

fundamentais para que haja psicanálise efetiva no dispositivo CAPS, foi utilizado o referencial teórico da psicanálise.

Para leitura dos resultados, foram organizadas quatro categorias a partir da leitura atenta das respostas obtidas no campo em articulação com os objetivos propostos: O posicionamento dos analistas em relação às possibilidades da prática psicanalítica no CAPS, Sobre a formação do analista, A psicose na psicanálise do CAPS e sobre os impasses da psicanálise no CAPS. As categorias identificadas pretendem definir e separar os pontos relevantes das respostas dos participantes que responderam à pergunta que criou essa pesquisa.

#### 4.1 POSICIONAMENTO DOS ANALISTAS EM RELAÇÃO ÀS POSSIBILIDADES DA PRÁTICA PSICANALÍTICA NO CAPS

Os quatro psicanalistas sujeitos dessa pesquisa disseram apostar no trabalho do psicanalista numa instituição como o CAPS, além de acreditarem na possibilidade de que haja uma análise individual com os usuários do CAPS mesmo fora do setting analítico tradicional. O posicionamento em defesa da psicanálise no CAPS foi unânime, embora a justificativa dessa posição tenha variado entre os participantes.

Com relação ao posicionamento dos analistas em relação às possibilidades da prática psicanalítica no CAPS, nela encontramos as seguintes respostas: *“O que se aprende com a psicanálise pode ser aplicado em qualquer lugar. Pode. Como psicanalista, desde que você saiba o que esta fazendo você pode fazer qualquer coisa’ (P2 clínico).*

*Assim, aquela coisa de setting, divã, aquela transferência onde você não pode se relacionar com o paciente, isso tudo pra mim se desconstruiu na minha relação com a saúde mental, então assim, eu acho que a psicanálise é muito mais uma psicanálise em extensão. A psicanálise em intenção ela é a clínica, é um dispositivo, é o atendimento, é o setting... Em extensão é tudo aquilo que a gente pode fazer com o que a gente aprende com a psicanálise, enquanto psicanalista, enquanto o saber da psicanálise na cultura, então eu acho que na saúde mental ela é muito mais em extensão e muito mais em ato (P1. CAPS).*

*Acho que no CAPS estamos falando da tal psicanálise em extensão. Como estava falando na pergunta anterior, acredito sim. Numa formatação diferente, porque a estrutura do CAPS não é a mesma da clínica e isso muda tudo né, o tempo a direção do tratamento as intervenções. Mas acho que a escuta pode estar lá, fazendo o discurso circular, a psicanálise pode causar e ser causada nesse espaço, agora, tem que topar um*

*enquadramento diferente, um setting inovador, acho que a análise do psicanalista na instituição de saúde tem que estar muito em dia (P1.Clinico).*

Observamos que as respostas citadas referem-se à definição do tipo de psicanálise possível de ser feita na instituição. As falas trazidas acima validam a presença do psicanalista na instituição pelo que localizam como psicanálise em extensão além de referir-se ao trabalho na saúde mental como um campo de recriação e inovação da psicanálise.

Éric Laurent (1999) apresenta o termo 'analista cidadão' para definir o que é esperado do psicanalista posto em novos campos e em relação com o cenário atual da saúde mental. O analista deve querer e demandar das novas políticas que se construa uma rede de assistência na saúde mental que seja democrática, que respeite os direitos de cidadania dos sujeitos que utilizam o dispositivo CAPS. O analista precisa compreender o interesse em comum entre a psicanálise e a democracia, deixando o lugar de analista que sempre critica todas as práticas e assumindo a posição do analista que participa e se afeta com os processos de segregação e que seja capaz de considerar renovar sua função na atualidade.

Não se trata de esperar que o analista se engaje na construção de uma instituição utópica ou um lugar utópico, mas que ele tome partido, por meio de intervenções, de produções teóricas e por meio do debate democrático. Ao invés de se posicionar como um lugar vazio, ele pode ajudar a sociedade a considerar a articulação entre as particularidades dos sujeitos e as normas instituídas (LAURENT, 1999).

Sobre a psicanálise em extensão, que os participantes supõem ser a modalidade analítica presente no CAPS. Podemos recorrer a Lacan (1967) que nos esclarece sobre a psicanálise em extensão ser toda aquela que presentifica as intenções dessa teoria no mundo, enquanto que a psicanálise em intenção seria a preparação didática que prepara operadores dessa prática. O que torna possível a extensão da psicanálise nos mais diversos âmbitos sociais é na verdade, a extensão das intenções do tratamento analítico que maneja os imperativos da sua época e do seu campo de atuação sem deixar de atuar com sua ética própria. Portanto é possível conservar a verdade psicanalítica sobre o incurável do sintoma, sem perder o rigor com seus fundamentos e mesmo assim estender a prática da psicanálise a diversos campos, diferenciando sua atuação no campo do setting clínico convencional (LACAN, 2003).

De acordo com as falas dos psicanalistas apresentadas acima, que indicam um posicionamento positivo e otimista em relação à eficiência da psicanálise na instituição CAPS e, levando em conta os dois conceitos teóricos apresentados com relação a tal posicionamento, concluí-se que há congruência entre as respostas dos analistas entrevistados e a teoria que nos indica o caminho de pensar o psicanalista atual como protagonista do seu trabalho no campo onde ele for viável. Também se pode considerar pertinente a leitura da psicanálise no campo institucional como uma psicanálise em extensão.

Ainda sobre a primeira categoria, embora todos concordem com as possibilidades da atuação do psicanalista na instituição, os argumentos apresentados para justificar tal aposta apresentam diferenças quanto às condições para que essa prática seja um recurso potente na saúde mental. *“Então eu penso que o psicanalista na instituição pode apresentar essa possibilidade de se fazer uma escuta diferente, olhar o sujeito como um todo, permitir que ele seja escutado na sua singularidade”*.

*Na rede é assim, você precisa permitir que a palavra circule sem lugares de grados né, essas graduações de cargo mais alto ou mais baixo, estão todos na horizontalidade, embora casa serviço tenha sua especificidade mas a gente precisa conseguir implementar um serviço de atenção em rede. Precisa permitir um trabalho Inter setorial e horizontal (P2. CAPS).*

*Também deve ser assim, com a psicanálise na instituição só é possível se o discurso se movimenta... O CAPS é um lugar de atuação em que às vezes o analista é chamado para ocupar o discurso do analista e deve ser como membro de uma equipe interdisciplinar, não é? Um desafio enorme, mas muito importante porque também demanda um reconhecimento de que a psicanálise não vai dar conta sozinha do sofrimento do sujeito (P1. Clínico).*

*Como estava falando na pergunta anterior, acredito sim. Numa formatação diferente, porque a estrutura do CAPS não é a mesma da clínica e isso muda tudo né, o tempo a direção do tratamento as intervenções. Mas acho que a escuta pode estar lá, fazendo o discurso circular, a psicanálise pode causar e ser causada nesse espaço, agora, tem que topar um enquadramento diferente, um setting inovador, acho que a análise do psicanalista na instituição de saúde tem que estar muito em dia (P1. Clínico).*

*Pode ser que às vezes a gente fique na clínica das entrevistas preliminares. Mas eu acho que é possível desde que o psicanalista não se seja alguém com o saber fechado, no lugar de mestria que entenda que a gente consegue fazer um trabalho em rede, se você se coloca como o mais um do cartel, por exemplo. Tem que saber reconhecer seu lugar de ação, né (P2. CAPS).*

Nessas respostas, em mais de um sujeito entrevistado, foi destacado o lugar do analista como aquele profissional que não deve fechar o seu saber, reconhecendo que sua prática no campo institucional estará sempre em relação a outros saberes. Tal observação é um dado que interessa muito a esse estudo. Os analistas trouxeram uma característica importante da função do analista quando dizem que o

analista no CAPS precisa fazer o discurso circular, e se colocar com horizontalidade em relação aos outros discursos utilizados na instituição, sem pretender ser o detentor da verdade ou acreditar que poderá trilhar sozinho.

Para além das paixões narcísicas incitadas pelas diferenças de abordagens e de saberes, o analista tem que colaborar com a equipe na função clínica, sem se pretender o único no seu exercício. A sua função de impedir que, em nome da universalidade ou da reinserção ao meio, sejam esquecidas as particularidades dos usuários não pode se tornar uma armadilha narcísica que o faça sentir-se o único com esse propósito (LAURENT, 1999). Por outro lado, o analista não pode esquecer que seu direcionamento nunca poderá ser a favor de retirar de alguém sua particularidade para fazê-lo caber em qualquer meio.

As falas citadas acima, nos levam a pensar o que pode ser a criação de uma prática psicanalítica no CAPS, que não perca o rigor teórico nem deixe de se recriar numa versão possível ao contexto onde se insere. Quando pensamos em clínica, não é a restrição da clínica ao setting conhecido da psicanálise. O que os resultados do campo indicam é que é possível que haja relação de analista e analisante sem que haja o setting tradicional.

Em um CAPS, essa clínica precisará ser construída também a partir dos atendimentos dentro da dimensão coletiva, já que estratégias terapêuticas que não considerem essa dimensão tendem a fracassar nos casos de psicoses (AMANCIO, 2012). Este ponto comparece também na fala seguinte:

*Nas oficinas às vezes parece que nada está acontecendo, que estamos sendo baba de paciente, mas é ali que eles ganham potencia... São trabalhos muito importantes. A valorização dos pares é muito importante. Na hora que você valoriza, tudo muda. Se nós, psicólogos não fizermos a defesa do sujeito, quem vai fazer? mas a fala do grupo, dos outros usuários, esse reconhecimento as vezes é mais importante pra eles do que a nossa fala enquanto equipe, isso conta muito, as vezes quando vai pro público, um trabalho toma outra dimensão eles mudam a relação com o que fazem (P1 CAPS).*

O psicanalista deve caminhar na direção de um tratamento que se reconheça no espaço institucional, considerando as diferenças desse campo, e as particularidades da clínica com as psicoses sem abandonar o saber de que cada sujeito deve ser ouvido na sua diferença radical. Vale lembrar que propor uma clínica dentro da dimensão coletiva não é o mesmo que propor atividades em grupo, nem é o mesmo que o próprio grupo. Trabalhar considerando a dimensão coletiva é considerar a

esfera social, o outro, que atravessa e influencia a clínica com as psicoses, por vezes, de modo mais contundente que na clínica com as neuroses (AMANCIO, 2012).

Para finalizar a análise da primeira categoria, são apresentados trechos da entrevista, que ainda respondem sobre o tema da possibilidade da psicanálise na instituição, apontando três aspectos da atuação do analista de grande relevância: a transferência como condição para que haja intervenção, o que foi chamado (manejo com o real) e o ato analítico: *“Eu entendo que é possível para o sujeito fazer uma transferência, é possível para o sujeito avançar em suas questões... Eu tenho questões quanto ao movimento de alguns de estar no serviço e se afastar do serviço e isso interfere no trabalho”*.

*No CAPS eu acredito que se o analista tiver técnica e um bom trato com o real isso pode funcionar’ ‘Os psicanalistas tem que sacar que se souberem manejar o real eles terão grandes chances de que sua escuta sirva em qualquer contexto, no CAPS ou em qualquer instituição que se proponha a recebê-la. Eu acho que se tiver escuta e psicanalista a psicanálise vai valer (P2. Clínico).*

*Desde que você faça uma escuta e a partir daí você faça o ato, ela pode se dar em qualquer lugar, você pode ter um paciente 20 anos com você e nunca ter havido ali um ato analítico. Precisa da transferência sim, é só você não permitir um grude, não ficar no imaginário (P1. CAPS).*

Começaremos a discussão desse último conjunto de falas ressaltando as condições especiais nos quadros de psicose severas, que são a maioria dos casos recebidos pelo CAPS, e que interferem no manejo clínico nesse dispositivo. Aspectos como a inércia, o automatismo, a estereotipia, casos que não trazem nenhum questionamento ou demanda formulada, que a princípio não são acessíveis, não demandam escuta analítica, ou, que pelo contrário, demandam incessantemente e questionam a propósito de tudo. Nesses casos há um grande risco de a instituição e seus profissionais permitirem que o usuário os invada por não saber como os receber de outro lugar (MACIEL, 2008). Nesse ponto, é esperado que o profissional que ocupa o lugar do analista suporte a demanda excessiva, a ausência de demanda, sem dobrar-se às medidas antecipadas, sem deixar que a angústia de estar fora do tempo da instituição determine a direção do manejo dos seus casos.

Como aponta Maciel (2008, p. 32) “Tendo como referência a clínica com a psicose, pode-se afirmar que há alguma coisa que é endereçado ao analista. Seja em uma instituição ou em um consultório particular, a prática indica que há um direcionamento“. É este endereçamento, facilitado pela posição em que se coloca a

equipe e como se organiza a própria instituição, como discutido acima, é que permitirá o estabelecimento da transferência e, a partir daí, da possibilidade de manejo desta e do tratamento.

Para conseguir ultrapassar a dimensão da simples conversa que facilmente é mantida com o sujeito psicótico, o analista precisa visar o sujeito do psicótico. A transferência da qual se fala na clínica com as psicoses não é a mesma transferência estabelecida entre paciente e analista na clínica da neurose. O sujeito psicótico não está exatamente dividido pela linguagem e não suportará no seu analista alguém que detenha a verdade sobre seu sintoma. Quando o psicótico endereça sua fala ao analista é esperando que esse analista possa testemunhar sobre sua experiência particular. (LAURENT, 1995). O analista será o secretário das questões do paciente, e assim para além de considerá-lo como sujeito ele serve de testemunha do discurso do Outro, e pode contribuir para que ele construa um sentido para seus sintomas. Portanto, É preciso considerá-lo na sua posição do sujeito. Porque será como sujeito que ele irá falar ao analista sobre sua posição de objeto e encarrega-lo de dar conta do manejo dessa relação imaginária que o sujeito psicótico estabelecerá com ele (MACIEL, 2008).

Lacan (1966) estabelece relação entre a questão preliminar ao tratamento da psicose com a transferência e nos diz que: " Deixemos neste ponto, por ora, essa questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses, que introduz como vimos à concepção a ser formada do manejo, nesse tratamento, da transferência" (LACAN, 1966).

O psicanalista precisa considerar que será colocado na transferência com o psicótico no lugar de uma relação especular que não conta com uma barra simbólica. Sem o que chamamos barra simbólica, a tendência do psicótico é de tentar fazer-se um com esse Outro, nesse caso o outro do analista. Dessa maneira posicionar-se como testemunha é disponibilizar um espaço onde ele poderá direcionar suas interpretações acerca dos fenômenos que lhe acometem (MACIEL, 2008).

Quanto ao ato analítico podemos compreendê-lo como o fazer do psicanalista, o saber fazer, contrário ao sentido e a sugestão, dirigido ao real, que toca o campo das pulsões e visa a fantasia e o gozo. Esse saber fazer ultrapassa a própria

nomeação da função do analista, o estabelecimento da sessão, seja na psicanálise em extensão ou em intenção, no setting privado ou não (LACAN, 1973).

O que se destaca após a articulação teórica disparada pelas últimas falas dos entrevistados é a percepção de que a realidade pesquisada demonstra que há, sim, condições e possibilidades para o exercício da psicanálise nos CAPS, na saúde mental. Da mesma forma, fica claro que a teoria psicanalítica reúne um corpo conceitual valioso para fundamentar a prática nestes serviços. Assim, ainda que no cotidiano as situações vividas no espaço dos CAPS possam parecer aleatórias, e que os resultados apresentados pelos usuários fiquem, muitas vezes, parecendo acontecerem 'espontaneamente' ou, ao menos, sem que se saiba o que operou em cada caso, o trabalho de buscar a fundamentação para este trabalho e seus efeitos se mostra fértil e enriquecedor.

#### 4.2 SOBRE A FORMAÇÃO DO PSICANALISTA

Nessa categoria discutiremos a partir do que foi trazido pelos participantes da pesquisa, a importância e influência do percurso de formação do analista no seu manejo com o tratamento das psicoses:

*A gente estuda a partir do nosso desejo e sintoma e eu nunca me interessei muito pela área. Na escola, na escola também não porque é o mesmo que fora dela a gente tem grupos, você sabe bem, os carteis e estudamos o que nos interessa e faz questão. Na graduação eu passei um pouco foi pela esquizoanálise... Pensando bem não da pra dizer que a formação do analista considera em sua maioria a psicanálise além do consultório, ela é bem voltada pra isso, mas acho que se o analista for bom clínico ele será bom em sustentar o saber fazer e o lugar do analista na instituição. Não da pra pensar num analista fora da sua própria análise, sem uma supervisão, esses são os critérios, uma formação comprometida (P2 Clínico).*

*hoje todos os psicólogos lá do CAPS são psicanalistas e os dez alunos estagiários são de orientação psicanalítica e é claro que isso ajuda, a gente estuda muito mais os casos lá dentro mesmo porque antes eu levava as coisas pra minha supervisão pessoal. Agora eu tenho um espaço de supervisão de caso bastante eficiência (P2 CAPS).*

*Acho que a clínica exige muito né, a clínica com as psicoses então... a nossa formação principalmente a nossa análise, isso é fundamental. Um analista que precisa sustentar um lugar na instituição e frente à psicose precisa estar na sua análise pessoal e em supervisão também. Nem todo mundo pensa assim no local onde eu faço formação, mas sempre houve espaço para esta questão ser colocada em discussão. Na escola a gente tem o foco bastante na clínica do privado mesmo, mas tem espaço sim pra discussões fora disso, você tem que levanta-las. Mas insisto que, quando um sujeito faz análise sua escuta muda, sua visão de mundo, o ouvido fica mais afiado (P1. Clínico).*

*Particpei de muitas escolas, de grupos de estudos, já foi por muito tempo analista só clínica, mas nunca aprendi tanto como no CAPS, meu papel como militante começou depois que conheci a luta antimanicomial, foi ai que comecei a ser psicanalista na instituição e com esse propósito, nosso trabalho, enquanto equipe aqui no CAPS é guiado pela luta antimanicomial, o consultório restringe muito a prática da psicanálise (P1. CAPS).*

Em todas as falas anteriores, vimos ressaltadas a importância da supervisão e da análise pessoal do analista como requisito fundamental para que haja, no CAPS, ou no consultório particular um bom analista. Notamos que os analistas acreditam que o sucesso da sua prática depende mais da formação e do comprometimento do analista do que do campo onde ele atuará. Vale ressaltar ainda, o fato, de ter comparecido nas entrevistas, por mais de uma ocasião, que as escolas onde fazem sua formação não constroem nenhum trabalho acerca da relação da psicanálise com as novas políticas de saúde mental.

Desde Freud, já havia a preocupação da psicanálise aplicada as instituições. Ele antecipou que seria necessária muita cautela da parte dos psicanalistas nas instituições (FREUD, 1996). Para utilizar essa abordagem na instituição, é fundamental que se inicie um processo de elaborações constantes sobre o saber e a técnica psicanalítica e sua utilização em contextos diversos para além do consultório privado e da clínica individual. Isso para evitar que se confunda a regra fundamental do método, a associação livre, com as sugestões diretas que podem acabar atendendo as demandas mais imediatas das instituições. Mas também para que se amplie a compreensão teórica sobre de que se trata ao atuar como psicanalista numa instituição pública.

Afinal, como discutido anteriormente no referencial teórico, a partir das afirmações de Laurent (1999), dizemos que o analista dever reconhecer a existência do interesse em comum entre a psicanálise e a democracia, deixando o lugar de um intelectual que crítica a tudo, e passar ao lugar ativo, de analista que se afeta com os processos do seu tempo, capaz de considerar e trabalhar a partir da renovação da sua função na atualidade.

Nesse sentido, a formação se mostra essencial tanto como condição de possibilidade de profissionais que consigam sustentar uma clínica frente a sujeitos psicóticos a partir do dispositivo institucional organizado nos CAPS, como também como espaço a partir do qual a psicanálise, suas instituições e seus praticantes, se sintam convocados para o compromisso com o público, com as diferentes formas e

espaços a partir dos quais a psicanálise pode participar e contribuir com as questões que afetam os sujeitos e a sociedade contemporânea, não apenas no 'um a um' (o que não deixa de ser essencial), mas também no que concerne à vida pública, coletiva e social.

A formação do psicanalista repousa na própria experiência analítica. A experiência pessoal e privada é, na verdade, a única porta de entrada possível para uma formação. Para além do eixo principal, a formação do analista deve ser compreendida como um processo interminável que envolve além da experiência da análise pessoal, a supervisão e os estudos teóricos e as produções escritas do analista (BIRMAN, 1996). Portanto a formação mais radical de um analista só pode ocorrer numa análise, seja para o analista que se propõe a atuação se serviço público ou privado. Essa formação não tem a ver com uma formação acadêmica, posto que toda formação em psicanálise só pode ser a formação do inconsciente. Entretanto, reiteramos que a análise pessoal não dá conta sozinha da formação de um analista, a teoria, a troca com pares numa escola, as supervisões são recursos valiosas para sua formação, sem deixar de considerar que formar-se analista não é educar-se racionalmente (STEFFEN, 2005).

Em " artigos sobre a técnica", Freud revela seu ceticismo em relação a publicar o que poderia ser entendido como um manual prático do psicanalista. Esse texto confirma que o psicanalista não se constitui apenas do conhecimento da teoria (OLIVEIRA, 2013).

Vale ressaltar ainda, um aspecto importante quanto ao direcionamento do tratamento em psicanálise que nunca deixa de depender da formação do analista em questão. A problemática do fazer clínico, do lugar do analista posto na instituição em relação com as demandas de funcionamento desse campo. Essa dificuldade pode ter base em grande parte na precarização da formação do profissional. Desse modo podemos encontrar no CAPS profissionais que estão no serviço sem preparo, e que, quando remetidos, ao seu próprio desamparo, correm o risco de recorrer à saídas que reduzam as aflições provocadas pelo serviço, como inclinações terapêuticas que não implicam o sujeito, ou a eficácia comprovada dos psicofármacos que suprimem os sintomas e promovem alívio quase imediato etc. (PEREIRA, 1997).

Em psicanálise não se pode pretender medir a eficiência do tratamento a partir do ajustamento do sujeito à sociedade. Portanto enquanto psicanalista deve-se preservar as concepções que Freud e Lacan nos deram em relação a criação de um novo discurso. Se fosse possível que uma clínica sustentasse na transmissão de informações sobre a saúde e recomendações de vida, uma formação fundamentada na aplicação de técnicas bastaria pra livras os sujeitos dos seus sintomas mais severos. Mas, como isso não acontece devemos considerar que quando falamos em formação em psicanálise, referimo-nos à construção de um discurso que privilegia o saber do inconsciente. Por fim, a grande lição desde Freud ate Lacan nos deixa, é que um analista não se constitui a partir da prática de troca de informações, nem de outra abordagem que não se proponha prioritariamente a construção de um saber (OLIVEIRA, 2013).

#### 4.3 A CLÍNICA COM AS PSICOSES NO CAPS

Essa categoria analisará as particularidades da clínica com as psicoses no serviço substitutivo de saúde mental a partir da experiência e do depoimento que cada participante trouxe sobre sua atuação nessa clínica.

Como já citado no referencial teórico desse trabalho, o ponto de encontro mais importante entre a psicanálise e a saúde mental talvez seja a intenção que essas duas abordagens tem de exercer o cuidado a partir da escuta da singularidade do sujeito. Tanto a psicanálise quanto os preceitos da reforma psiquiátrica indicam que seus profissionais se pautem nas especificidades de cada caso, recriando sua prática a cada atendimento e apostando num projeto terapêutico sempre novo, como corrobora a fala seguinte: *“A clinica no serviço publico é uma clinica de muita complexidade porque normalmente você esbarra na questão social e não questão da precariedade subjetiva (P2 CAPS).”*

*Tenho experiência com a psicose sim. Muitas vezes chega um sujeito que porta uma psicose. É uma clinica diferente, da invenção. Incita o estudo e te descola do setting porque te exige fora. A questão é que no CAPS você consegue estar mais próximo você intervêm em outro nível porque você tem a chance de ir a casa do sujeito, de ter alguém que o acolha na equipe quando você não estiver... Então mais lá do que aqui (consultório) é um trabalho que exige muito (P2 CAPS).*

Outro aspecto da clínica com as psicoses no CAPS, presente nessa fala, e que julgamos muito importante é sobre a condição interdisciplinar que envolve o cuidado mesmo na clínica psicanalítica.

Por se tratar, no CAPS, de um trabalho multidisciplinar, que busca horizontalidade entre os vários saberes presentes nesse campo, à clínica psicanalítica sofre redefinições no campo institucional (CAMPOS, 2014). Compreendemos, ao considerar a fala do psicanalista trazida acima, é que essa redefinição dos limites da clínica é algo que pode oferecer um cuidado mais completo ao usuário, além de ampliar os horizontes da clínica psicanalítica no sentido de permitir um contato para além do consultório.

Para além do foco na própria estrutura que por si só já acarreta serias complicações para o sujeito psicótico, as entrevistas apontam principalmente para as condições da vida em volta do psicótico, para aspectos que agravam sua condição, as drogas, as condições econômicas, o acolhimento social e etc. Como vemos demonstrado nos seguintes depoimentos:

*No CAPS ele pode ser louco, ele tem espaço para isso... é por isso que ele vem. Acho que ele ter um lugar onde possa se expressar com autenticidade isso sim é terapêutico, não podemos querer pretender transforma-lo num neurótico, isso não é possível. Muitos pacientes não tem um laço fora do CAPS, não constrói uma rede. O nosso foco é no sujeito no coletivo, pensando na estrutura psicótica, ele esta fora do laço social, embora esteja na cultura, falta a ele o significante pra fazer o laço, o nome do pai. Como se estivesse fora, como objetivo e não como sujeito. Ninguém espera muito dele, não se aposta que ali tem um sujeito que ira comparecer com sua particularidade, no CAPS ele ganha um lugar ele resgata sua condição de sujeito antes retirada pela sociedade (P1 CAPS).*

*São dores psíquicas diferentes as do CAPS e consultório, quando você tem essa falta real que é do sujeito é estrutural... mas quando você tem faltas reais pra sua condição de existência, fome, falta total de estrutura, isso se choca numa vertente que é complicada, é abissal pro sujeito e um trabalho muito mais difícil pra nós, analistas ( P2 CAPS).*

*Nessas situações, com esses sujeitos no CAPS, são mais elementos a serem trabalhados e eu acho que temos que nos ofertar como psicanalista, por exemplo, quando há associação com a droga você vai se ofertar no lugar do que vai ser cheirado do que vai se fumado você vai se ofertar todo. É então assim exige mais uma oferta do analista. Ela precisa ser maior que no consultório (P2 CAPS).*

*Eu fui mais terapêutica quando eu entrei na defesa pelo reconhecimento, pelos direitos, defender seus direitos junto à equipe, proporcionar as coisas a eles, escuta-los mesmo como sujeitos, não só o da psicanalise, mas o sujeito cidadão. O sujeito de direito e reconhecer esse lugar... eu acho que ficar muito dentro do consultório, porta fechada, é complicado porque o psicótico é diferente.. Quando a saúde mental ela da um lugar, ainda que de sujeito de direito, isso muda a vida do paciente, tem efeitos positivos sobre*

*ele. Esse sujeito ele pode ser louco, pode se representar daquela forma, ele passa a ter um lugar pra isso (P1 CAPS).*

*Pode ser mais difícil o caso quando têm essas questões econômicas e muitas vezes as famílias vão deixando de cuidar dos filhos porque o serviço é muito demorado, ficam na vertente da impossibilidade do não consigo, ou só consigo se o conselho tutelar conseguir pra mim, ou se o juizado determinar vaga e quando o sujeito vem buscar ajuda a coisa já está grave eu acho que muitos ficam na posição de fracasso, alguns casos é não querer saber, não querer ver aquilo (P2 CAPS).*

Notamos, nas falas acima, uma prevalência bastante evidente com as questões políticas e psicossociais que acometem o grupo de usuários do CAPS, muito maior do que de questões interiores e particulares. Esse aspecto nos demonstra um trabalho bastante voltado para o coletivo, enquanto construção de laço social para esses usuários. Aspectos como a pobreza extrema, a “desestrutura” familiar, o uso de drogas, a ausência de lugar na sociedade, foram mais citados do que a estrutura psicótica enquanto tal. Como se essas condições associadas à psicose fossem o ponto principal de intervenção da clínica proposta no CAPS.

Sobre isso, podemos considerar que a reforma Baságliana, que foi a maior referência e influência da Reforma Brasileira, apostou na exclusão dos hospícios como modo de garantir a cidadania para pessoas portadoras de transtorno mental. Para Viganó, (2005) essa negação da lógica manicomial pode acabar por valer como uma política compensatória, garantidora de direitos que por consequência acarreta o apagamento do sujeito.

As falas recortadas acima confirmam de certo modo o posicionamento de que o deslocamento visto da experiência do sujeito que era aprisionado em hospícios, como doente mental a espera da cura da sua patologia, agora tornou-se um sujeito portador de transtorno mental usuário de um dispositivo de saúde cuja demanda principal é a inclusão social e a obtenção de cidadania.

Nesse sentido, como apontado por Neto (2009), o tratamento pode deixar de priorizar o sofrimento psíquico decorrente do transtorno mental, e as suas implicações particulares para dedicar-se ao sofrimento decorrente da sua posição de classe ou das variáveis da vida coletiva que afeta o processo de cura e de adoecimento do sujeito (NETO, 2009). Contudo, devemos considerar que a clínica psicanalítica em extensão ainda diz respeito ao caso particular e único, enquanto que a saúde mental tem suas ações norteadas pela luta política a favor das peculiaridades de certo grupo.

Jacques Alain Miller (1999) faz uma crítica ao psicanalista que se propõe a ser um trabalhador da saúde mental, alegando que os objetivos da saúde mental divergem com os da psicanálise. A saúde mental tem como objetivo reintegrar o indivíduo a comunidade social e visa à defesa de um sujeito de direito, enquanto a psicanálise tem seu tratamento voltado para o sujeito do inconsciente, e se interessa pelo caso particular, na sua radical diferença e sem identificação a grupos.

No entanto, outra compreensão possível desse processo que modifica o fazer clínico com as psicoses no serviço substitutivo de saúde mental, é a leitura de que a clínica invade o campo do bem estar social, e passamos ao entendimento de que não é possível separar o transtorno mental da existência da vida em sociedade e de suas implicações. Nesse contexto, auxiliar o usuário a ter uma vida cotidiana satisfatória e com sua cidadania garantida faz parte do paradigma da reforma e dos profissionais do CAPS. Ou seja, o cuidado e a clínica no CAPS, não são restritos à resolução dos complexos e entraves particulares de cada usuário, mas na construção de uma rede, e na promoção de uma vida em sociedade, como nos diz Tenório:

A reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social. Na expressão consagrada, uma resposta não asilar. [...] trata-se de evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário no contexto de um tratamento que permite ao paciente não ser alijado do corpo social e dos atos da sociabilidade. (TENÓRIO, 2001, pág. 120).

#### 4.4 OS IMPASSES DA PSICANÁLISE NA INSTITUIÇÃO

A discussão dos resultados sobre os impasses da psicanálise na instituição constitui a última categoria e também a mais importante, já que responde mais diretamente aos objetivos da pesquisa, que tinham como pretensão investigar as limitações e os impasses do fazer psicanalítico no CAPS. Apresentaremos as falas dos participantes para posterior análise:

*Não tem psicanálise coletiva isso é furada o analista tem que saber fechar a porta, acha que nesse ponto às coisas podem se complicar... Ouvir o desejo às vezes é contrariar a lei imposta e isso não é ético. A nossa ética é outra se ela é conciliável com essa ética do direito eu ainda não sei. As questões de direito se sobrepõe muito facilmente ao desejo que só a gente, enquanto psicanalista às vezes escuta. É por isso que tem que ter manejo, tem que estar seguro do que faz saber o que esta fazendo porque se a gente sustenta o desejo na frente do juiz a causa passa a ter lugar (P2 Clínico).*

*A psicanálise não atende mesmo aos princípios da saúde pública, ela não é uma política de direitos, sua política é outra, mas isso não quer dizer que ela não possa fazer alguma coisa à margem disso. Fico incomodada com quem lida com a psicanálise como um saber pronto, como se ela tivesse um*

*lugar, não, ela nunca teve nem como clínica eu acho. E esse discurso dominante muitas vezes vai ser o da própria instituição, do médico, da equipe, do sistema de saúde. Complicado, é dar de cara com esse impossível talvez na maior parte do tempo (P1 Clínico).*

*Mas não da pra esquecer isso, as demandas da psicologia, as demandas dos sistemas, o psicanalista bem avisado saberá o que fazer. Agora o serviço tem um tempo, o CAPS deve ter um tempo e a psicanálise tem outro... O tempo do sujeito e o tempo de ser analista. Nem todo dia há análise, nem todo dia há analista, isso é impossível e ai tem que suportar essa angústia mesmo com a demanda da instituição com a demanda e com o saber por que o saber da instituição nos massacre (P2 Clínico).*

*Eu acho que a tendência da instituição é, por exemplo, eu estava no CAPS e o sujeito não queria aderir às oficinas e era como se não aderindo às oficinas ele não pudesse ficar ali sem fazer nada na atenção diária. Essa é uma discussão que eu trago sempre no CAPS que é algo mais ele busca ali além de uma oficina, algo mais fazia com que ele saia da casa dele, vá ate o CAPS, passe o dia no espaço. Acho que as pessoas reduzem, sem generalizações, mas é o que acontece na roda viva das questões que surgem no trabalho muitas vezes se reduz a: o sujeito vem aqui pra comer” tem algo mais, não é assim, ele não quer só isso (P2 CAPS).*

Temos nas falas acima questões a serem pensadas no campo da saúde mental. Compreenderemos os questionamentos e críticas feitas à atuação do analista no CAPS e ao próprio serviço, como impasses que precisam ser mais bem formulados a fim de tornar a psicanálise um recurso mais conciliável e útil à saúde mental, uma vez que, ainda com os entraves e discordâncias verificados nas falas, todos os psicanalistas participantes da pesquisa acreditam que essa é uma prática legítima e possível no CAPS. Esses depoimentos demonstram a percepção de uma diferença que dificulta a presença da psicanálise no CAPS. Encontramos nas falas dos participantes argumentos que afirmam que a psicanálise não existe como um tratamento coletivo, que sua política não é a mesma que a política de direitos e que as demandas e o tempo da instituição sempre estarão em desacordo com o tempo psicanalítico, que é o tempo do sujeito. A psicanálise visa à clínica do sujeito e não se coloca a serviço das políticas sociais. Embora a reforma fale da clínica do sujeito o que se parece verificar na prática é que esse sujeito é o do direito e não do inconsciente. Como coloca Tenório:

*A psicanálise não visa nem a cidadania nem o cidadão. Na verdade, pode estar em desacordo com essas duas referências, quando assumem as seguintes acepções: a cidadania tomada como universal a ser atingido por todos os sujeitos e o cidadão resumido àquele dos “direitos”, que reivindica do Outro aquilo que lhe foi sonogado. Para a psicanálise, o “lugar social” do sujeito é um trabalho do sujeito, não um bem que ele reclama (TENÓRIO, 2001. pág. 129).*

Na reforma o social está associado à noção de cidadania, e se baseia nessa noção para construir suas políticas. Em psicanálise, o Outro é anterior ao sujeito e lhe

fornece os significantes para a sua constituição, desse modo compreende-se que o “psíquico” é o mesmo que o “social”, já que ambos têm a ver com a posição que o sujeito assume diante do Outro. Sendo assim, o sujeito é inevitavelmente social desde que se inscreva no campo do outro. As diferenças de estruturas são maneiras de responder ao Outro, uma escolha, que embora inconsciente, e provocada a partir do desenrolar da trama infantil, é de responsabilidade do sujeito (OLIVEIRA, 2006).

O sujeito é entendido sempre como social e ao mesmo tempo sempre particular, essa é a especificidade da clínica psicanalítica. O sujeito se revelará na fala, se houver escuta, é no fenômeno da linguagem, nas configurações da linguagem, na descontinuidade do discurso que ele advém. O sujeito do inconsciente comparece na fala, mesmo na fala do psicótico (OLIVEIRA, 2006). Nesse caso são os delírios e alucinações que deverão interessar ao psicanalista, já que esses sintomas contêm a verdade do sujeito. A inovação da psicanálise está em, ao escutar o sujeito psicótico ou não, voltar à atenção para a articulação dos significantes e não para a produção de sentido.

Há, na prática do analista na instituição, o risco da sua posição ser utilizada a serviço do mestre contemporâneo quando articulada com a função terapêutica. Sabemos que a psicanálise tem princípios inversos aos das diversas psicoterapias. Ao tomar o discurso do avesso, ela recusa a via do ideal, do ajustamento, da norma, mesmo que a sua prática em si, oriente uma terapêutica (LACAN, 1973). Como vimos nas seguintes falas:

*É muito difícil não tutelar, mas a gente está avisado, a gente não é inocente. Então no CAPS o tempo todo isso é tratado. Nosso primeiro impulso é sempre o de tutelar, fazer pelo outro, mas temos que deixar pra ver, às vezes uma coisa pequena muda muito para o paciente. “Agora, a questão do pagamento que é outra interferência, eu sou paga pra estar aqui. O estado me paga, é um sujeito que já paga um preço muito alto. Eu recebo pra estar aqui então tem pagamento sim. (P1 CAPS).*

*É o espaço que propicia que eles sejam sujeitos. A gente espera muito que tenha um protagonismo na vida e na luta por seu direitos também né, que eles tenham algum engajamento, mas isso é pensar como neurótico. A gente enquanto analista tem que saber considerar até onde o psicótico pode ir, é difícil pra equipe às vezes perceber isso, a gente tem que apontar, é nosso lugar mesmo (P1 CAPS).*

Ao se entender a psicose como uma questão de existência, e não como uma doença mental, a noção de cura não pode ser o ideal social de normalidade e deve construir estratégias de tratamento que visem às particularidades do sujeito. A psicose ser uma estrutura diferente da neurose não implica numa impossibilidade no seu

tratamento analítico, mas sim que é preciso criar caminhos para que esse tratamento que não seja autoritário, coletivo ou assistencialista (COTTET, 2011).

O CAPS é uma instituição pública, novo modelo de assistência para substituir os manicômios que antes guardavam os tidos loucos, que se pretende desinstitucionalizado, mas que guarda ainda problemas reconhecidos como resquícios da lógica manicomial. Esse lugar novo coloca para o psicanalista o desafio de ocupar seu lugar na instituição sem se isolar dos demais saberes existentes nela (ZENONI, 1998).

O CAPS existe para romper verdadeiramente com o modelo manicomial, mas, como toda instituição que recebe pessoas portadoras de transtorno mental severo tendem a se cronificar, construindo coletivos repetitivos e estabelecendo uma série de atividades que perpetuam a relação do sujeito com o campo sem grandes evoluções (LANCETTI, 2009). Temos isso confirmado por um participante quando ele diz que:

*Às vezes tem pacientes que a gente vê que podia estar em outro lugar fazendo outras coisas, mas o CAPS ocupa uma dinâmica econômica, psíquica, muito importante pra eles... Eles têm autonomia e liberdade, mas o CAPS continua sendo referência. Muitos falam que o CAPS é a família deles, a referência deles é a instituição é o único lugar que eles têm pares, tem relação de troca social. (P1 CAPS).*

Como exemplo disso, temos centros de atenção psicossociais que repetem as práticas tutelares, absorvem demandas que deveriam ser dirigidas a outros dispositivos, e sofrem com o aumento constante de números de usuários que não abandonam o campo, fazendo dele sua única referência (NETO, 2009).

A institucionalização pode ser apontada como um dos impasses presentes no serviço como sendo um dos maiores desafios tanto para a prática da psicanálise nesse campo quanto para os próprios princípios da reforma e da luta antimanicomial, que tem na sua base teórica a construção de uma atenção não institucionalizada. Ao mesmo tempo em que a institucionalização é necessária para legitimar o serviço ela corre o risco de tornar-se por isso mesmo uma instituição cronificada e reprodutora de aspectos asilares (BARROS, 2003). O exercício de construir meios de promoção de vida independente do serviço deve ser constante. O caminho para a construção de uma rede de assistência efetiva inclui o cuidado na desconstrução de práticas tutelares, e de tratamentos autoritários.

A análise das entrevistas, feita com base no referencial teórico construído nesse trabalho, visou analisar os pontos das entrevistas que respondem aos objetivos

específico e geral desse trabalho. Verificou-se grande congruência entre as falas trazidas pelos participantes e o material bibliográfico sobre as duas áreas de abrangência dessa pesquisa. Mas, também se percebeu que os riscos das práticas institucionais apontados por vários autores também se fazem presentes nos CAPS.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo investigar as possibilidades e limitações da psicanálise no serviço substitutivo de saúde CAPS, considerando o posicionamento dos analistas entrevistados e a própria experiência de estágio no campo.

A pesquisa revelou uma grande disposição dos analistas em praticar a psicanálise, ou uma escuta psicanalítica nas instituições. Segundo eles, se houver analista com boa técnica e sério comprometimento com sua formação será possível levar a psicanálise e intervir, a partir dessa escuta particular, em quase qualquer campo. A condição principal para que o método analítico seja eficaz não foi localizada por nenhum participante fora da própria formação do analista, o que inclui, supervisão, análise pessoal e o estudo da teoria.

Isso não quer dizer, que o campo em si, para além do consultório tradicional de psicanálise, não ofereça sérios entraves à prática do analista. A diversidade de saberes colocados na instituição, as demandas e objetivos do serviço, os preceitos das políticas públicas de assistência psicossociais são aspectos que precisam ser considerados, no sentido de que se elabore um lugar para a psicanálise sem a sujeitar aos outros saberes existentes. Por diversas vezes nas entrevistas o analista foi trazido como responsável por manejar essas barreiras, sustentando o desejo do analista na instituição.

Consideramos, no entanto, que para além da técnica e formação do analista, existem divergências teóricas entre a psicanálise e a assistência psicossocial, o que não se traduz por nenhuma impossibilidade de que haja analista no campo da saúde mental, mas que obriga a pensar a criação de alternativas que permitam uma união entre esses campos sem reduzi-los um ao outro. Compreendemos que, se a fundamentação das políticas substitutivas de saúde mental tem como um dos principais critérios a desinstitucionalização, mas verificamos na prática casos constantes de tutela e retirada de autonomia e, se os próprios trabalhadores desse campo relatam a dificuldade em reconhecer quando estão promovendo verdadeira autonomia de quando auxiliam e ajudam os usuários sem efeitos terapêuticos, podemos supor que a psicanálise pode ser um recurso precioso para o exercício da desinstitucionalização, já que ela trabalha na direção de responsabilizar o sujeito

pela sua condição no mundo, seja o sujeito usuários ou os sujeitos trabalhadores da saúde mental.

Vale ressaltar que a responsabilização em psicanálise, compreendida a partir da crença que nossa maneira de existir é derivada de uma escolha inconsciente, não é o mesmo que culpar o sujeito psicótico pela sua posição, que, em relação à sociedade atual é desfavorecida. Trata-se, no entanto, de considerar que sua melhor possibilidade para reduzir seu sofrimento é a partir das suas próprias elaborações inconscientes e particulares.

Verificamos que mesmo com os impasses relatados, a escuta analítica tem grande poder de intervenção no CAPS, tanto no tratamento com as psicoses tanto nos efeitos que essa escuta pode provocar na equipe multiprofissional. A clínica em psicanalítica não é apenas aquela feita no consultório tradicional, é possível expandir essa prática sem deixar de trabalhar com as particularidades de cada caso. Os participantes dessa pesquisa acreditam ser possível fazer psicanálise sem setting analítico, e ressaltaram que as condições para o tratamento com as psicoses são diferentes da clínica com a neurose. Quanto à questão do pagamento da análise, requisito importante quando tratamos da clínica tradicional com a neurose, os analistas disseram que há outras vias desse pagamento acontecer na instituição e que a ausência do pagamento em dinheiro não constitui um impedidor de uma psicanálise.

Acreditamos que responsabilização do analista pela construção do seu próprio lugar na instituição e do seu desejo em construir uma prática possível nas novas configurações é o requisito principal para sustentar a presença da psicanálise em campos diversos. A psicanálise valerá no campo institucional se ela for o saber que viabiliza o reconhecimento dos limites de cada estrutura, do impossível da cura e se construir sua prática na direção de respeitar as particularidades de cada caso, de cada sujeito. Além de provocar a instituição e não deixá-la cair na normatividade, nos ideias de cura e de vida em sociedade.

Por fim, sobre essa pesquisa concluímos que sua importância no campo social e científico é grande, mas que problema aqui trabalhado está longe de ser esgotado. Acreditamos que qualquer trabalho que se relaciona diretamente com o campo humano, no que ele tem de mais íntimo e particular precisa estar atento às mudanças constantes do seu tempo e disposto a se renovar de acordo com as

necessidades sociais emergentes. A psicanálise pode se pretender marginal, mas isso não é o mesmo que colocá-la acima das questões coletivas, políticas e sociais. Pelo contrário, ela deve estar em constante relação com os diversos saberes e com os diversos campos, aberta a diferentes formulações e novas roupagens.

A intenção dessa pesquisa foi verificar como o saber psicanalítico e os profissionais dessa área estão atuando e percebendo sua prática no importante dispositivo de cuidado CAPS. Levando em conta os resultados encontrados e sua posterior análise, finalizamos o trabalho acreditando ter verificado e respondido o objetivo desse estudo, embora, como dito acima, a relação da psicanálise como o novo campo da saúde mental seja ainda um campo vasto de estudo, com muitas questões em aberto.



## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1999.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMANCIO, V. R. **Uma clínica para o CAPS: A clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica**. 1. ed. Curitiba: Editora CRV, 2012.

ALVES, C. F de O. et.al. Uma breve historia da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia** jan/mar, 2009. Disponível em < <http://docslide.com.br/documents/uma-breve-historia-da-reforma-psiquiatrica.html> > Acesso em: 08/10/2016.

BARROS, R.B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: Conselho Federal de Psicologia. **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, S., BICHAFF, R. (Orgs.). **Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**. São Paulo: FUNDAP/ Secretaria da Saúde, 2008. Disponível em: [http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/censo\\_psicossocialSP.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/censo_psicossocialSP.pdf). Acesso em 15/10/2016.

BIRMAN, J. **Por uma estilística da existência: sobre a psicanálise, a modernidade e a arte**. São Paulo: Ed.34, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5.ed. ampl., Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Legisla---o-em-Sa--de-Mental-1990-2004--2004-.pdf>. Acesso em 15/09/2016.

\_\_\_\_\_. 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, 2004b. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Resolução 196 de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196 de 1996. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: CNS. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n ° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Acesso em 15/10/2016.

CAREGNATO, R. MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Out. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>. .> Acesso em: 27 jun. 2016.

CAMPOS, R. O. **Psicanálise e saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9(3), 2004, p. 745-9. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0968.pdf>. Acesso em 12/10/2016.

COELHO, S. T. **Quem precisa de análise hoje?** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

COTTET, S.. **Ensaio da clínica psicanalítica**. 1.ed. Rio de Janeiro: Editoria Contra Capa, 2011.

DELGADO, J. (org., trad.) **A Loucura na Sala de Jantar**. 1. ed. Santos: Editora Resenha, 1991.

DELGADO, P.G. **O otimismo da prática em tempos de mudança**: Clínica e política no novo cenário da reforma psiquiátrica. In: RIBEIRO, T., BERNARDES, J. , LANG, C. A produção da diversidade: compromissos éticos e políticos em Psicologia. 1. ed. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2007.

FERREIRA NETO, J.L. Psicologia e saúde mental: Três momentos de uma história. Rio de Janeiro: **Saúde em debate**, v.32, n.78/79/80, 2008, p. 18-26. Disponível em: <http://pucmg.br/documentos/tresmomentos.pdf?PHPSESSID=b67c09c018d1960018d5c94bc807d38b>. Acesso em 21/09/2016.

FREUD, S. **As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. Estudos sobre a histeria. 4.ed. In: \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v.2. Rio de Janeiro: Imago, 1996a, p. 99.

\_\_\_\_\_. Os chistes e sua relação com inconsciente. 4. ed. In: \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v.2. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p 122.

FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto Alegre: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo. Atlas, 2010.

GOUVEIA, R. **Saúde pública suprema lei**. 5.ed. São Paulo: Mandacaru, 2000.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Emar, 2009.

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1966.

\_\_\_\_\_. A instância da letra. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988, p. 201.

\_\_\_\_\_. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola, in **Outros Escritos**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1967. p 245.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 20: mais, ainda**. Edição -----Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1972.

\_\_\_\_\_. Televisão, in: **Outros Escritos**. 6. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p 332.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

LAURENT, E. O analista cidadão. **Revista Curinga**, Minas Gerais, p.07, set 1999. Disponível em: < [http://ebpmg.org.br/wpcontent/uploads/2013/07/edicao\\_13.pdf](http://ebpmg.org.br/wpcontent/uploads/2013/07/edicao_13.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2016.

\_\_\_\_\_. **Versões da Clínica Psicanalítica**. 1.ed. Rio de Janeiro: Jorge zahar Editora, 1995.

LEITE, M. P. de S. Na segunda clínica de Lacan a palavra não se dirige ao outro. **Estilos clin.** São Paulo, v.5, n.9, 2000, p. 169-181.

LOBOSQUE, A. M. Um desafio à formação: nem a fuga da teoria, nem a recusa da invenção. In: \_\_\_\_\_ **Caderno de saúde mental: A reforma psiquiátrica que queremos por uma clínica antimanicomial**. Belo horizonte: Escola de Saúde Pública, P. 33, 2006. Disponível em: < <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental.pdf>>. Acesso em 10 de set. 2016.

\_\_\_\_\_. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros Escritos**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1997.

MACIEL, V. de S. A transferência no tratamento da psicose. **Mental**, Barbacena, v.6, n.10, 2008, p.31-40. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272008000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272008000100003). Acesso em 11/10/2016.

MEYER, G. R.; BRAUER, J. F. O desejo do analista e a clínica da psicose: análise de um caso. **Rev. Mal-Estar Subj.** v. 10, n. 1. Fortaleza, 2010 p. 233-258. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482010000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 03 jun. 2016.

MILLER, J. A. Saúde mental e ordem pública. . **Revista Curinga**, Minas Gerais, p.07, set 1999. Disponível em:< [http://ebpmg.org.br/wpcontent/uploads/2013/07/edicao\\_13.pdf](http://ebpmg.org.br/wpcontent/uploads/2013/07/edicao_13.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2016.

MINAYO, M. S. Contradições e consensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. In: MINAYO, M. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

NETO, K. F. Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. **Aletheia**, Canoas, n.30, p.39, dez. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942009000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 31 out. 2016.

OLIVEIRA, C. F. Os CAPS e a cronificação: o que a psicanálise tem a dizer?. (Trabalho de conclusão de curso) (curso de psicologia) **Universidade do estado do rio de janeiro centro de educação e humanidades instituto de psicologia**, Rio de Janeiro, out. 2006. disponível em: <<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/253.pdf>>. acesso em: 07 out. 2016.

OLIVEIRA, H. M. NEVES, I. Considerações sobre a formação do analista: **ética, saber e transmissão**. 1.ed. Rio de Janeiro: cad. CPRJ, 2013.

ORLANDI, EP. **A Análise de discurso em suas diferentes tradições intelectuais: o Brasil**. In: Anais do 1 seminário de estudos em análise do discurso. Porto alegre: UFRGS, 2003.

PEREIRA, M. E. C. Diagnóstico e alienação, ou "Dr., meu filho é TDAH". **Fórum de Linguagem da UFRJ**, Clínicas da Linguagem, Rio de janeiro, 2007. Disponível em< <http://forumdelinguagem.com.br/textos/Texto%20Mario%20Eduardo%20Pereira.pdf>>. Acesso em 14 set. de 2016.

QUINET, A. A estranheza da psicanálise: **a escola de Lacan e seus analistas**. 1. ed. Rio de janeiro: Zahar, 2009.

QUINTAS, R. M. A Ação Territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Enquanto Indicativo de sua Natureza Substitutiva. **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de janeiro, 2007. Disponível em: < <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4698>>. Acesso em: 10 out. 2016.

- ROTELLI F, LEONARDIS O, MAURI D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, organizadores. **Desinstitucionalização**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- RUIZ, J. A. **Metodologia científica**: guia para eficiência nos estudos. 5. ed. São Paulo, Atlas, 2002.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SOLER, C. **Estudios sobre las psicosis**. 1.ed. Buenos Aires: Manantial, 1993.
- \_\_\_\_\_. Descartes com Freud. **Psicoanálisis y Medicina**. Buenos Aires: Actuel, 1996.
- SOUZA, LEITE, M. P. Questões preliminares ao tratamento de psicóticos. In: **Arquivos de Saúde Mental**. Vols. 47 a 52. São Paulo, 1988.
- STEFFEN, R. Lacan e a Formação do Analista. **Acarta**, Santa Catarina, 2005. Disponível em: < <http://www.acpsicanalise.org.br/docs/lacan-e-a-formacao-do-analista-.pdf> >. Acesso em: 27 out. 2016.
- TENÓRIO, F. **A Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- \_\_\_\_\_. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**. v.9(1), Manguinhos, Rio de Janeiro, 2002, p. 25-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em 10/10/2016.
- \_\_\_\_\_. **Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito**. In: QUINET, A. (Org.) **Psicanálise e Psiquiatria – controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2001.
- VIGANÓ, C. Baságua com Lacan. Mental: **Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC**. 3. ed. São Paulo, 2005.
- VORSATZ, I. O sujeito da psicanálise e o sujeito da ciência: Descartes, Freud e Lacan. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 249-273, 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652015000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 out. 2016.
- ZENONI, A. Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan. 1. ed. Minas Gerais: **Revista Curinga | EBP**, 2001.



## APÊNDICE A ROTEIRO DE ENTREVISTA 1

### Psicanalistas na instituição.

Nome: Formação (Tempo e local):

Idade: Instituição:

1. Como psicanalista você adotou algum modo particular de guiar sua prática na saúde pública? Se sim, qual é?
2. Como é a clínica psicanalítica no CAPS?
3. Como o fato de ser um trabalho numa instituição, junto a uma equipe, afeta sua prática como psicanalista?
4. Existe alguma diferença da psicanálise do consultório para a psicanálise no serviço público? Se sim, quais?
5. O que é ser um psicanalista na saúde mental e pública?
6. No CAPS, você trabalha como psicanalista ou como psicoterapeuta?
7. Você diria que existe uma abordagem psicológica predominante no CAPS onde trabalha? Se for a psicanálise, o que acha dessa orientação?
8. O que pode apontar de diferenças entre a clínica com a psicose (Ou com o usuário de drogas) no consultório e no CAPS?
9. É possível acontecer uma análise no CAPS?
10. Para Jacques Alain Miller, a psicanálise na instituição só pode pretender atender aos ideais sociais da saúde pública, para ele não é possível situar a psicanálise nesse campo porque ela tem objetivos opostos ao da saúde pública. Sendo um psicanalista dentro da instituição o que você pensa sobre isso?



## APÊNDICE B ROTEIRO DE ENTREVISTA 2

### Apenas psicanalistas clínicos.

Nome: Formação (Tempo e local):

Idade: Instituição:

1. O que você acha da psicanálise na instituição?
2. Você acha possível uma psicanálise no serviço de saúde como o CAPS? Por quê?
3. Você trabalharia como psicanalista numa instituição como o CAPS?
4. Como é sua experiência com a clínica das psicoses?
5. Sua formação como analista considera o trabalho da psicanálise em instituições?
6. Para Jacques Alain Miller, a psicanálise na instituição só pode pretender atender aos ideais sociais da saúde pública, para ele não é possível situar a psicanálise nesse campo porque ela tem objetivos opostos ao da saúde pública. Sendo um psicanalista dentro da instituição o que você pensa sobre isso?



## **APÊNDICE C TERMO DE CONSENTIMENTO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Projeto – “**A relação e a prática da psicanálise nos centros de atenção psicossocial**”

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Andrea Campos Romanholi

**JUSTIFICATIVA:** A escolha do tema desta pesquisa bem como de sua problemática aconteceu em razão de uma experiência de estágio no CAPS, que suscitou questões acerca da prática psicanalítica e sua aplicabilidade no serviço de saúde. Os CAPS são serviços estratégicos na saúde mental no Brasil, sendo campo para o trabalho de muitos psicólogos. Compreender como a psicanálise pode contribuir nas práticas institucionais neste serviço se torna relevante uma vez que esta perspectiva teórica é forma de atuação de muitos profissionais atuantes no campo e pode ser um recurso na clínica das psicoses.

**OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:** O principal objetivo da pesquisa é investigar em que nível a teoria psicanalítica é condizente com as práticas psicossociais atuais e como essa prática acontece no campo da saúde mental e no trabalho com as psicoses. A pesquisa iniciará com o contato com os participantes da pesquisa a fim de verificar sua disponibilidade. Em seguida um roteiro de entrevista será aplicado nos voluntários para levantar os dados necessários que possam responder nossos objetivos. Recolhidos os dados, eles serão submetidos a uma análise fundamentada pela linha teórica selecionada para esse trabalho, a psicanálise.

**DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:** Essa pesquisa não está relacionada a nenhum tipo de compensação financeira, e os procedimentos previstos não ocasionarão desconforto ou risco aos participantes.

**BENEFÍCIOS DA PESQUISA:** Contribuir com os estudos sobre o processo de inclusão da família nas práticas de saúde mental.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:**

Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência necessária em caso da ocorrência de agravos decorrentes das atividades da pesquisa. Basta procurar a pesquisadora Andrea Romanholi, pelo telefone do trabalho 27 33318500, e também no endereço Av. Vitória, nº950, Forte São João – Vitória-ES. Cep: 29017-950.

#### ESCLARECIMENTOS E DIREITOS

Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

#### CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS

A identidade dos voluntários serão mantidas em total sigilo, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizada a pesquisa. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

#### CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador da Carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pelo  
Órgão \_\_\_\_\_, por me considerar devidamente informado(a) e  
esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida,  
livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa.  
Fui informado que meu número de registro na pesquisa é \_\_\_\_\_ e  
recebi cópia desse documento por mim assinado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura Professor Responsável