



CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO

KAMILA KAREN LEITE NOBRE

O PAPEL DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA TECITURA DE
LAÇOS SOCIAIS DE SEUS PACIENTES PSICÓTICOS: O QUE NOS DIZ A
PSICANÁLISE?

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2019

KAMILA KAREN LEITE NOBRE

O PAPEL DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA TECITURA DE
LAÇOS SOCIAIS DE SEUS PACIENTES PSICÓTICOS: O QUE NOS DIZ A
PSICANÁLISE?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como requisito para a obtenção de grau de bacharelado em Psicologia.

Orientadora: Moema Alves Macedo.

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2019

KAMILA KAREN LEITE NOBRE

**O PAPEL DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA TECITURA DE
LAÇOS SOCIAIS DE SEUS PACIENTES PSICÓTICOS. O QUE NOS DIZ A
PSICANÁLISE?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
coordenação do curso de Psicologia do Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para
obtenção de grau de Bacharelado em Psicologia.

Aprovado em: 02/12/2019

BANCA EXAMINADORA



MOEMA ALVES MACEDO

Orientador(a)



FRANCISCO FRANCINETE LEITE JUNIOR

Avaliador(a)



LILIANE MARIA DA SILVA SARAIVA

Avaliador(a)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Presidente Luís Inácio Lula da Silva, que, ao longo de sua trajetória, fomentou projetos como o ProUni, possibilitando que pessoas como eu tivessem acesso a uma educação digna e de qualidade.

Agradeço a toda minha família que se empenhou em me proporcionar estudar Psicologia. Especialmente ao meu pai, Cícero Robério Nobre, por sempre ter acreditado na minha capacidade e nunca ter recuado em acolher as minhas necessidades para a realização desse e de tantos outros sonhos. Ao meu querido esposo, Kaio Lima Canella, que sempre demonstrou apreço pelos meus avanços e conquistas, e jamais hesitou em colaborar grandemente para a realização dessa jornada. À Cíntia Virlânia por não ter desistido da tarefa de ser minha amiga, me ensinado tanto sobre a vida de uma forma tão única, acolhendo as minhas angústias que, para outros, pareciam tão banais. Aos meus irmãos, Robson Mikael e Livia Maria, por serem tão únicos e importantes para mim, ao ponto de me fazerem desejar crescer como um exemplo para eles.

Agradeço às minhas amigas e amigos: Maria Carla, João Pedro, Marina, Geórgia, Luis Vítor, Luciana, Brenda e Jéssica Salvador, por todas as conversas e compartilhamento de bons e maus momentos. Por terem sido, em muitos momentos, luz no meu caminho.

Agradeço a querida professora e orientadora deste trabalho, Moema Alves Macedo, por ter me ensinado tão intensamente o valor de um cuidado justo e honesto para com cada sujeito, bem como, por me permitir experienciar o contato com tudo de mais real e profundo que a Psicologia poderia me oferecer.

Por fim, agradeço a mim mesma pela garra, força e vontade de se construir dia após dia como um ser e uma profissional das quais eu possa me orgulhar.

O PAPEL DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NA TECITURA DE LAÇOS SOCIAIS DE SEUS PACIENTES PSICÓTICOS: O QUE NOS DIZ A PSICANÁLISE?

Kamila Karen Leite Nobre¹
Moema Alves Macedo²

RESUMO

Com este artigo, pretende-se discutir, com base no arcabouço teórico da psicanálise freudolacanianana, a importância do tratamento e do cuidado prestados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na formação de laços sociais por parte dos usuários com estruturação psicótica. Para tal, percebeu-se a necessidade de discutir sobre as bases que fundamentam a existência de um equipamento de saúde mental como o CAPS, bem como, o que se entende por psicose e, por fim, as concepções acerca da formação dos laços sociais, sendo estes dois últimos discutidos aqui à luz da psicanálise. Não se pretende, nesse trabalho, abordar nenhuma dessas temáticas sem considerar devidamente os atravessamentos da história da saúde mental no Brasil e as implicações éticas, políticas, teóricas e técnicas atreladas à construção de um novo modelo de saúde mental em detrimento de uma perspectiva asilar, bem como, fomentar a necessidade da construção e manutenção de um modelo de fazer saúde que reconheça a topologia da psicose em sua singularidade, possibilitando um direcionamento útil e possível para o sujeito psicótico e suas crises.

Palavras-chave: CAPS. Laço Social. Psicose. Psicanálise.

ABSTRACT

This article aims to discuss, based on the theoretical framework of Freudolacanian psychoanalysis, the importance of treatment and care provided in Psychosocial Care Centers (PCC) in the formation of social ties by users with psychotic structure. To this end, we realized the need to discuss on the basis of the existence of a mental health equipment such as CAPS, as well as what is meant by psychosis and, finally, the conceptions about the formation of social ties, these last two being discussed here in the light of psychoanalysis. This paper does not intend to address any of these themes without properly considering the crossings of the history of mental health in Brazil and the ethical, political, theoretical and technical implications linked to the construction of a new mental health model to the detriment of an asylum perspective. as well as fostering the need to build and maintain a health care model that recognizes the topology of psychosis in its uniqueness, enabling a useful and possible direction for the psychotic subject and their crises.

Key-words: PCC. Social bond. Psychosis. Psychoanalysis.

¹Discente do curso de Psicologia da UNILEÃO. kamilakarenleitenobre16@gmail.co

²Docente do curso de Psicologia da UNILEÃO. Moema@leaosampaio.edu.br

No meio do mundo sereno da doença mental, o homem moderno não se comunica mais com o louco; há de um lado, o homem de razão que delega para a loucura o médico, não autorizando, assim, relacionamento senão através da universalidade abstrata da doença... a linguagem da psiquiatria, que é monólogo da razão sobre a loucura, só pôde estabelecer-se sobre um tal silêncio. (FOUCAULT, 2002 p. 153).

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda a temática da psicose, tomando como fonte as concepções iniciais de Sigmund Freud (1856-1939) sobre essa forma de estruturação psíquica, bem como, os avanços obtidos por Jacques Lacan (1901-1981) acerca dessa temática. É válido salientar que o conceito de psicose desse último, de que a mesma é uma forma de se inscrever na rede de significados e significantes, será a linha teórica basilar do trabalho em questão, alicerçando a discussão sobre as possibilidades e os impasses na formação de laços sociais de sujeitos com essa estruturação, onde a maneira de pensar, falar e agir se encontram perturbadas e incompreensíveis para a rede de significações socialmente estabelecidas.

Esses impasses - que são da ordem da linguagem e da cultura - apontam para a necessidade de que se crie e se estabeleça uma melhor relação, um laço, entre a cultura e a loucura. Os laços sociais são tecidos e estruturados pela linguagem e, portanto, chamados de discursos. Laços sociais estes que não se destinam às demandas de adaptação e normatividade, mas sim, à necessidade de acolhimento e compreensão daqueles que são empurrados para fora da cultura ocidental.

Em tempos onde, ao se falar de saúde mental, os manicômios e tratamentos de choque são lembrados pela sociedade civil e pelo poder público com notório saudosismo, se faz necessário resgatar a importância dos CAPS — como produto da reforma psiquiátrica, na humanização dos tratamentos psiquiátricos e psicoterápicos ofertados aos pacientes com transtornos mentais graves. O público mais atingido pelo modelo antigo de Saúde Mental foi o grupo de pacientes psicóticos. Com a reforma, esse grupo também foi o mais beneficiado com as mudanças na perspectiva da concepção de sujeito e do tratamento ofertado.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se configuram como sendo um espaço aberto e acolhedor para o sujeito psicótico e suas crises, possibilitando convívio social e autonomia, proporcionando certa privacidade psíquica perdida na psicose e que sem a qual a vida se torna impossível. Os CAPS se estruturam de modo que contribuem para que o sujeito

psicótico povoe os espaços sociais e possa se inserir na cultura – não através da tradução de suas alucinações e delírios para os significados da língua, mas sim, através da criação de espaços onde se inscrevem nessa língua novos significados. É nessa perspectiva que os CAPS têm se consolidado como um equipamento de política pública fundamental para a tecitura de laços sociais de sujeitos psicóticos.

É partindo dessa perspectiva que o presente trabalho tem como objetivo discutir sobre a importância do papel desempenhado pelos CAPS na construção de laços sociais de sujeitos psicóticos. Para tal, se faz necessário que: haja a compreensão dos caminhos percorridos pela saúde mental no Brasil até a criação de equipamentos substitutivos como os CAPS, bem como; se descreva, com base no arcabouço epistemológico da Psicanálise, as peculiaridades da formação do laço social de pessoas com estruturação psicótica; e, por fim, se identifique a relação entre o tipo de tratamento ofertado no CAPS e a possibilidade de tecer laços sociais por parte de seus pacientes com estruturação psicótica.

O presente projeto consiste em uma pesquisa de caráter bibliográfico, pois a mesma oferece meios que contribuem na definição de problemas já existentes - como a relação entre os CAPS e os pacientes com transtornos mentais graves. Além disso, permite explorar novos sentidos para questões menos cristalizadas - como na compreensão da formação de laços sociais por parte de psicóticos, permitindo que a temática seja analisada sob novo enfoque, produzindo novas perspectivas.

Os passos metodológicos utilizados nesse projeto podem ser descritos em cinco: exploração de fontes bibliográficas como livros, artigos, teses e revistas científicas; leitura do material; elaboração de fichas com resumos do material lido; análise e ordenação das fichas de acordo com seu conteúdo; e, por fim, a escrita de uma conclusão sobre a temática. O material de leitura é o disposto em bibliotecas, coleções particulares e publicações científicas. Acerca da coleta dos artigos científicos, foram escolhidas três bases de dados para essa pesquisa bibliográfica, sendo elas: PePSIC, Google Acadêmico e SciELO, tendo como busca os descritores “CAPS”, “psicose”, “psicanálise” e “laço social”. Ao lançar os descritores citados no PePSIC, foram disponibilizados oito artigos, sendo cinco destes excluídos por critério de idioma, o mesmo ocorreu com a plataforma SciELO, onde 16 de 27 artigos foram excluídos por critério de idioma, por duplicação em relação à pesquisa anterior e por não contemplarem a interlocução entre os descritores buscada nessa pesquisa. A plataforma Google Acadêmico sugeriu, a partir dos descritores anteriormente citados, 3.490 artigos

científicos, onde 30 foram analisados para a pesquisa, foram excluídos os artigos em língua estrangeira, bem como, os duplicados em relação às pesquisas nas bases de dados anteriores, dos quais foram selecionados para a pesquisa em questão 8 desses artigos pela interlocução entre os descritores.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CAPS E ANÁLISE ACERCA DE SUA CONSOLIDAÇÃO ENQUANTO MODELO PSICOSSOCIAL DE ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UM CONTRAPONTO AO MODO ASILAR

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, se caracterizam como sendo pontos estratégicos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – instituída pela portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011– pois se estruturam como um serviço de caráter aberto e comunitário às pessoas em sofrimento mental, contando com o apoio de uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica da interdisciplinaridade. O CAPS faz parte dessa rede de saúde juntamente com os serviços residenciais terapêuticos (SRT), as unidades de acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral em hospitais gerais e nos CAPS III.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), essa modalidade de CAPS atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de severos e persistentes transtornos mentais. Possibilita serviços de atenção continuada, funcionando 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana, oferecendo atendimento clínico e acolhimento noturno.

A atuação do CAPS é pautada no modelo psicossocial de atuação em saúde mental, desde suas bases ideológicas, até a sua práxis, que se fundamenta no contraponto às formas de atuação em saúde mental que se estabelecem no modelo asilar.

Apesar de ser um equipamento que faz parte de um modelo que se pretende como substitutivo aos asilos e manicômios, esses dois modos de fazer em saúde mental coexistem na contemporaneidade, pois não se referem somente aos limites de muros e grades, mas principalmente, às formas que os profissionais inseridos nesse equipamento atuam e compreendem a importância dessa atuação.

A história da saúde mental no Brasil não está concluída – está diariamente se construindo. Justamente por isso, é notória a existência de uma insistência em se manter uma conduta asilar dentro de equipamentos psicossociais.

Ao se falar do percurso histórico da saúde mental no Brasil, se faz necessário abordar mais profundamente esse paradigma existente nas práticas contemporâneas do fazer em saúde: o modo asilar e o modo psicossocial. As diferenças entre esses dois modos de se fazer saúde estão para além da teoria que as embasa, se fazendo presente também nas maneiras de atuação dentro de cada um, bem como, o discurso que articula um modo e outro.

Para tal, Costa-Rosa (2000, p. 141) parte da consideração das práticas em saúde mental em duas esferas: político-ideológica e teórico-técnica, que são indissociáveis, porém, distintas em sua prática.

Em busca de demarcar com maior precisão a forma com que o modelo asilar e o modelo psicossocial compreendem o fazer em saúde mental – nos seus aspectos político-ideológicos e teórico-técnicos, será discutida, nesse primeiro momento, a forma com que cada um desses modelos se estabelece em relação a: concepções de seu objeto; a forma com que a instituição se organiza; as modalidades de relacionamento com os usuários do equipamento e com a população; e por fim, as implicações éticas dos efeitos de suas práticas. Bem como, o papel dos profissionais de Psicologia no fomento e manutenção das ações no modelo psicossocial.

2.1 O OBJETO DE INTERVENÇÃO

No que se refere ao "objeto", é possível apontar que no modo asilar existe uma maior consideração em relação aos aspectos orgânicos dos problemas que se pretende tratar, desencadeando, nesse sentido, no tratamento medicamentoso como base de sua terapêutica.

Segundo Costa-Rosa (2000, p. 152), também é característica do modo asilar no que se refere ao seu objeto:

Pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito (como subjetividade desejante), o que implica que não se invista na sua mobilização como participante do tratamento (no máximo chega-se a recorrer ao indivíduo), está-se ainda com a hipótese de que quem trabalha basicamente é o remédio. Numa outra dimensão se pode dizer que não é sequer o corpo, mas sim o organismo o destinatário principal das ações.

Em decorrência desse direcionamento das intervenções, o sujeito continua sendo encarado pela sociedade como um doente, já que não há um trabalho de compreensão da doença e do sujeito pela família e sociedade. Quando a família é convocada a participar do tratamento, essa participação se dá apenas em caráter pedagógico e assistencialista. O sujeito não é de fato incluído no próprio tratamento, ficando alheio a esse processo e sendo cada vez mais isolado de sua família e círculo social.

A terapia entendida não tanto como relação individual entre médico e paciente, mas, sobretudo, como um sistema organizado de teoria, normas prestações – é em geral o processo que liga o diagnóstico ao prognóstico, que conduz da doença à cura. Este é, portanto, um sistema de ação que intervém em relação a um problema dado (a doença) para perseguir uma solução racional, tendencialmente ótima (a cura). (ROTELLI et al, 1990 p. 25).

As concepções desse modelo acerca da psicose não conseguem ir além dos conceitos de doença e transtorno, na qual se deve buscar uma cura através da terapêutica médica. Quando se utiliza de concepções de outras teorias, tais como a psicanálise, não o faz por completo, mas apenas de forma acessória nos momentos e casos que convém. Sua principal intervenção institucional se constitui como sendo o enclausuramento em hospitais psiquiátricos fechados.

O modelo psicossocial, no que se refere a como compreende e lida com seu “objeto”, tende a considerar os fatos políticos e biopsicosocioculturais como sendo determinantes no processo de tratamento de seus pacientes. A maior ênfase em um aspecto ou outro da vida do sujeito se dará, por parte da equipe, dependendo de cada situação e de cada demanda trazida pelo mesmo, onde nenhum desses aspectos deve ser negligenciado.

Acerca do tratamento ofertado no modelo de atuação psicossocial em saúde mental, Costa-Rosa afirma (2000, p. 158):

Seus meios básicos serão psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, com destaque para as cooperativas de trabalho; além da medicação.

O sujeito habita o lugar central nesse processo, sendo o participante principal de seu tratamento, onde o investimento que faz no mesmo é de caráter indispensável. Essa característica e a relevância de todos os aspectos da vida do sujeito não excluem ou subjagam, de forma alguma, a sua dimensão de organismo. No entanto, as relações sociofamiliares também ganham espaço nesse tipo de modo de atuação.

Segundo Basaglia (1985), é preciso negar a doença como objeto central e, em seu lugar, colocar a existência-sofrimento do sujeito na sua relação com a sociedade. É preciso que se desconstrua a intervenção que se volta somente para a cura, dando lugar às intervenções que se voltem para a emancipação do sujeito e para a criação de possibilidades de vida e de participação no meio social.

Nesse sentido, não é apenas o indivíduo que trabalha em seu tratamento – tampouco somente o medicamento, mas também, sua família e a comunidade na qual está inserido. Esse pensamento advém do entendimento de que a loucura não pertence somente à esfera do indivíduo, mas também e principalmente, ao contexto sociocultural no qual ele se insere.

É nessa perspectiva que o CAPS fundamenta sua atuação em saúde mental. A dimensão do cuidado na produção de saúde é incorporada ao processo de trabalho, que tem por objetivo a produção de atos e intervenções sociais que possibilitem, junto ao sujeito, a construção de uma autonomia. Nessa perspectiva de clínica ampliada, é necessário que o sujeito adquira autonomia no seu tratamento, cuidando mais de si, desenvolvendo estratégias e projetos de vida, onde o foco não está em torno de sua doença, mas sim, de suas possibilidades.

Sem dúvida, esse é um trabalho individual, a ser criado e tecido em parceria com cada sujeito e em função das especificidades de cada caso. Se em outros campos da saúde as chamadas 114 tecnologias encobrem essa necessidade e dão a falsa ilusão de que a saúde possa operar com uma lógica racional que prescindia do usuário, na saúde mental se impõe outra lógica de atenção, cuja demanda central como tecnologia são as relações. (CREPOP, 2013, P. 114).

Nesse sentido, é necessário que se recuse referenciais teóricos e perspectivas que apontem para o sujeito como sendo mero objeto de investigação científica, onde a ciência tenha primazia sobre os direitos fundamentais do usuário. Também é preciso que sejam recusadas teorias que visem a normalização e adaptação dos sujeitos aos modelos de vida em sociedade impostos. Faz-se necessário, portanto, buscar referências que baseiem a produção de saúde, transforme subjetividades e liberte sujeitos, que permita que o sujeito se insira na sociedade a partir de sua própria linguagem, não abdicando dela.

2.2 FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

No que se refere às formas de organização da instituição, o modo asilar apresenta uma estrutura de organograma piramidal ou vertical, onde o fluxo do poder institucional se dá do

ápice para a base, sem possibilidades de que isso ocorra de outras formas. Poucos determinam e a maioria obedece. Inclusive pacientes e colaboradores. Há uma proibição, para a população e pacientes, de adentrar a diversos espaços e compreender como eles se constituem ou como determinados tratamentos funcionam.

No modo asilar de atuação, as estratificações de poder e saber são bastante visíveis, e mesmo que elas partam de aspectos pessoais, demonstram-se também na relação com o usuário do serviço e a população. Esses últimos (usuários e população) estão excluídos e impossibilitados de ocupar qualquer lugar que não seja o de objeto inerte e mudo.

Já no modo psicossocial, a forma de organização institucional se pretende radicalmente diferente do modo anterior. O organograma deve ser horizontal, diferenciando-se do modelo de organização piramidal do poder.

Os dispositivos do modelo psicossocial de atuação em saúde mental capacitam toda a instituição a serviço da ética e da técnica. O que no modelo asilar é considerado de “natureza morta”, (as relações subjetivas), é utilizado aqui a serviço das práticas de atenção à saúde. Essa diferenciação surgiu na história do fazer em saúde mental a partir das assembleias de usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental.

Acerca dessas transformações Costa-Rosa (2000, p.159) afirma:

Por sua própria conta, as práticas da reforma psiquiátrica também têm ensaiado algumas mudanças: decorre da natureza das operações a serem realizadas no campo da saúde mental e da ética que as práticas da Reforma Psiquiátrica têm imprimido às suas ações a introdução de transformações também na estrutura dos micropoderes, sobretudo com a horizontalização das relações de poder, tanto no seio dos trabalhadores, quanto entre estes e os usuários.

Para que esse processo de horizontalização ocorra é também necessária a valorização dos diferentes olhares sobre o objeto (que no modo psicossocial é a saúde mental, e não o sujeito), tirando do centro o saber médico-psiquiátrico e visitando outros saberes e práticas.

Essa horizontalização acontece nos CAPS por meio de reuniões clínicas, onde os casos são discutidos e são estabelecidas, pela equipe, estratégias de intervenção para cada pessoa em tratamento no CAPS. O que se nota desse movimento é que a responsabilidade pelo cuidado ao usuário se torna compartilhada por toda a equipe e não apenas de um profissional.

Além disso, o modo psicossocial busca dar ênfase à participação da população (além da participação de seus pacientes) no que se refere as decisões da instituição. Participação,

autogestão e interdisciplinaridade são metas buscadas no fazer do modo psicossocial em saúde mental, em contraponto a heterogestão e a massiva divisão de especialidades que predominam a prática do modo asilar.

2.3 A RELAÇÃO COM OS PACIENTES E A SOCIEDADE

Do ponto de vista da relação com o paciente e a sociedade no modo asilar, poderia ser sucintamente descrita como o espaço de relação entre os loucos e os sãos. Desse modo, juntamente a forma de divisão de poder, cria-se uma imensa lacuna na forma com que os pacientes, os funcionários e a população se relacionam.

Essa divisão de poder e, em consequência, essa interdição institucional dos espaços para com a população, são transformadas também em interdição de diálogo, onde o usuário e a população são colocados no lugar de “não terem nada a dizer ou fazer”.

Nesse sentido, o modo asilar de atuação proporciona a construção de relações intersubjetivas bastante verticais, contribuindo para a manutenção da falta de diálogo e da não-escuta ao usuário e a população.

Segundo os autores Amarante (1998), Bezerra Júnior e Amarante (1992) e Desviat (1999), a reforma psiquiátrica surge como uma crítica ao modelo asilar no tratamento da loucura, que tendia a compreender que o louco como doente e da loucura como doença. A propostas destes era de que se criassem novos modos de lidar com a loucura e com o louco, de forma que este não perdesse sua autonomia diante da iminência de um tratamento. Bem como, um lugar que possibilitasse que o sujeito e a comunidade transitassem livremente, a fim de que as marcas manicomiais fossem substituídas por experiências de convivência.

Nesse sentido, diferentemente de um espaço de interdição, o modo psicossocial proporciona e prioriza a criação e manutenção de uma interlocução entre paciente-sociedade-equipamento. No modo psicossocial, as instituições e seus agentes buscam adquirir caráter de interlocução, onde é posto em foco a intersubjetividade horizontal.

Pode-se dizer que nesse modo o usuário fala, não apenas como sendo um participante do diálogo, ou respondendo perguntas de um inquérito, tampouco, como num monólogo. Segundo Costa-Rosa (2000, p.162), o sujeito no modo de atuação psicossocial trabalha na sua fala. A instituição deve, portanto, sustentar o lugar de fala e escuta da população.

A instituição e seus agentes devem se apresentar e funcionar como sendo um espaço de troca e instância de suposto-saber, que deve sustentar, desde seu primeiro contato com a clientela, a oferta de um tipo de transferência compatível com a ética da singularização.

A instituição típica do modo psicossocial – Dispositivos Integrais Territorializados de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPs), não se caracterizam mais pela interioridade em relação ao mundo externo como acontecia no modelo asilar, mas sim, um local onde se cruzam as diferentes linhas de ação que se encontram no território. A própria Política Nacional de Saúde Mental citada anteriormente busca consolidar esse modelo de atenção aberto e comunitário, propondo garantir o direito de circular livremente entre os serviços, a comunidade e a cidade à pessoa com problemas mentais, esse objetivo está citado principalmente no Art. 4º parágrafo IV da portaria 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), onde traz o compromisso de reabilitar e reinserir pessoas com transtorno mental na sua comunidade através do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.

Portanto, interlocução, livre acesso do usuário e da população e territorialização com integralidade são metas radicais no modo psicossocial no que se refere às formas de se relacionar com a clientela e a população, se opondo de forma radical à imobilidade, mutismo e estratificação da atenção em níveis (primário, secundário, terciário), que são características do modo asilar de atuação em saúde mental.

2.4 CONCEPÇÃO ACERCA DAS INTERVENÇÕES E CONSEQUÊNCIAS ÉTICAS

As intervenções e as consequências éticas no modo asilar apresentam um grande aumento dos efeitos drásticos do enclausuramento e da medicalização da vida (como a cronificação asilar e a benzodiazepinação).

As intervenções voltavam-se para a supressão dos sintomas, para a busca da cura e para a normalização e adequação do sujeito aos modelos sociais pré-estabelecidos, causando um sufocamento não só de seu sintoma, mas também, de sua subjetividade e estrutura.

No modo psicossocial a cura e a supressão do sintoma não deixam de ocorrer, no entanto, não são tomadas como foco central do processo terapêutico. O foco, portanto, pode ser descrito como sendo o reposicionamento subjetivo do sujeito.

Costa-Rosa (2000, p.163) afirma que:

Mesmo considerados os diferentes graus da sua possibilidade, esse 'reposicionamento' terá que ser pensado na perspectiva de uma ética que se abra para a singularização e que tome como duplo eixo a dimensão sujeito-desejo e carecimento-ideais, como aspectos relacionados daquilo que causa o homem como homem e daquilo em relação a que ele se move.

Quando se fala da ética na atuação em saúde mental, o modo psicossocial de atuação em saúde mental a compreende como sendo imprescindível. No entanto, é necessário abordar também a dificuldade do fazer ético em saúde, pois, os tratamentos e a própria saúde coletiva se encontram no contexto das sociedades liberais, o que aponta para uma forma de viver individualizante que inviabiliza – ou dificulta, as relações intersubjetivas horizontalizadas.

O modo psicossocial, ao colocar a ética na perspectiva da singularização, da horizontalização e interlocução tenta, ao menos, fazer um atravessamento dessa questão no seu espaço de ação, ou seja, uma interceptação nesses modos de vida na cultura ocidental através da interlocução e do diálogo. Implicação subjetiva, cultural e social, bem como a singularização, são metas radicais quanto à ética do fazer saúde no modo psicossocial, se opondo radicalmente à ética do modelo asilar.

2.5 UMA DIREÇÃO ÉTICA PARA O FAZER EM PSICOLOGIA NOS ESPAÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL

A construção de um espaço e de um fazer em saúde mental que possam lançar um olhar para o sujeito – e reconhecê-lo como tal, deve ser capaz de ouvir, acolher e reconhecer o sujeito e sua história, estando engajada ao processo de vida desse sujeito, para muito além da cura ou da supressão de seus sintomas.

Para que isso seja possível, é preciso que o espaço e os profissionais que atuam nele estejam alinhados com as concepções teórico-técnicas e político-ideológicas do modelo psicossocial de atuação em saúde mental, visto que não é possível acolher o sujeito, sua história e sua complexidade em um modelo de atuação em saúde mental que se esquive de colocar o sujeito como foco de sua equação. Nesse sentido, o espaço de saúde mental a qual esse projeto se refere é o CAPS – aparelho substitutivo aos hospitais psiquiátricos, que se fundamenta na portaria 3.088 de 2011, contribuindo para a reabilitação e reinserção social dos pacientes psicóticos e com transtornos mentais graves através de um cuidado e um espaço que se pretendem acolhedores para o sofrimento mental e suas crises.

O trabalho em psicologia nos espaços que pretendem romper com o modelo asilar de saúde mental deve também manter-se alinhado com o novo modelo de fazer saúde, no seu fazer e na ética que o embasa. Para isso, não há uma exigência de qual abordagem psicológica o profissional deverá seguir, embora o Conselho Federal de Psicologia (2013) afirme que há uma maioria de profissionais atuantes nos CAPS que recorram às teorias de base comportamental, social e psicanalítica.

Pela forma como a psicanálise compreende a psicose, bem como se alinha fortemente ao modelo psicossocial de atuação em saúde mental – ao pé que inaugura a idéia de que a psicose é a estrutura do sujeito e que sua fala tem importância, é que essa abordagem ganha foco neste trabalho.

Acerca do papel da Psicanálise para a construção desse novo olhar nas práticas em saúde mental, Costa-Rosa (2000, p. 157) afirma que essa importância se dá principalmente no fomento da concepção de objeto e dos meios de atuação no modo psicossocial, por conta de suas formulações acerca da constituição do sujeito humano e das possibilidades de direcionamento do tratamento, desde os fundamentos da teoria Freudiana até os avanços obtidos por Jacques Lacan (1901-1981).

Partindo da compreensão de que a loucura – aqui inclusas as psicoses, se caracteriza como sendo um fenômeno antropológico, o trabalho do psicólogo se volta bem menos para a cura e para a supressão de sintomas, tendo como foco maior a produção de subjetividades ditas “inconformadas”. Essa inconformidade está aqui no sentido de uma recusa às formas apáticas e hegemônicas de se viver que são socialmente impostas, que objetivam apenas o controle dos que nela estão, e que outrora foi o modelo de saúde mental.

Mais do que compreender os meios e os efeitos nocivos das tentativas de hegemonia das subjetividades, principalmente no contexto da atuação em saúde mental, se faz necessário que haja uma atuação e uma teoria que se pretendam contra-hegemônicas. Segundo Antunes (2001), essa perspectiva de hegemonia estava ligada às antigas práticas em psicologia, que subsidiavam um modelo de saúde mental higienista e profilático, desconsiderando a história e o desejo do paciente na direção de seu tratamento.

As perspectivas contra-hegemônicas – que tendem a uma valorização da singularidade e da subjetividade, segundo Costa-Rosa (2003) - em complemento ao citado anteriormente por Antunes (2001), foram orientadas, num primeiro momento, pelas contribuições da

Psicanálise, pois a ética dessa teoria aponta justamente para a valorização da trajetória do sujeito e de seu tratamento, que outrora foram desvalorizados pelo olhar médico-psiquiátrico que tinha como foco enrijecido apenas a doença.

Os profissionais de Psicologia devem buscar e construir bases teóricas que respondam a essas exigências – que estão em torno da ética e da importância dada ao saber do sujeito acerca de sua própria situação.

O psicólogo atuante nos equipamentos que têm como base teórico-técnica e político-ideológica o modelo psicossocial devem perceber as necessidades e possibilidades referentes a cada território de sua atuação – como o CAPS, e de cada paciente em sua forma singular de existir, como na psicose

3. CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A QUESTÃO DO CUIDADO E DA ESCUTA PRESTADA AOS SUJEITOS PSICÓTICOS NOS CAPS

A teoria freudiana inaugura a idéia de que as psicoses, neuroses e perversões não são transtornos ou doenças, mas sim, a própria estrutura de funcionamento de cada sujeito. Essa estrutura se caracteriza por fenômenos de alucinações auditivas e/ou visuais, bem como, interpretações delirantes das situações vivenciadas pelo sujeito, certo afrouxamento dos elos de associação e alterações na linguagem. A psicanálise Lacaniana introduz a primazia da singularidade do sujeito na definição de sua estrutura e das formas com que o sujeito vive e sofre nessa sua própria estrutura em relação ao social.

Nesse sentido, Lacan (1901-1981) não irá abordar a questão da psicose, da neurose ou da perversão, mas sim, a questão do sujeito psicótico, do sujeito perverso e do sujeito neurótico. O termo “sujeito” inserido pelo psicanalista, portanto, aponta para a existência de uma singularidade e uma subjetividade para muito além de uma doença ou transtorno – como aponta a medicina psiquiátrica predominante no modelo asilar.

Ao se falar de sujeito psicótico, Lacan (1901-1981) demarca a importância de perceber que se fala de um sujeito e não de uma “máquina de palavras sem sentido”, afirmando que a fala desse pode significar qualquer coisa, inclusive a verdade e conteúdos de sua história e seus sintomas, e que essa dimensão deve ser considerada.

De acordo com o mesmo, a psicose é uma consequência da ausência de um grande outro (Outro) que é capaz de produzir um reconhecimento simbólico, regulamentando as interações no interior da ordem simbólica. Todos esses aspectos atrelados à falta de simbolização submetem o psicótico a vivenciar uma falta de referência no seu discurso e em seu modo de vida, não suportando cortes e lidando apenas com a dimensão de signo das palavras e dos discursos. Daí a concepção de que o psicótico não é capaz de compreender completamente a linguagem e seus diversos sentidos.

O sujeito psicótico tem sua realidade psíquica implicada na articulação do Imaginário com os outros dois registros dados por Lacan: Real e Simbólico, os dois são responsáveis pela constituição desse sujeito. Quando falamos de psicose, estamos falando da forclusão, que é um elemento negado que retoma ao real, fora do simbólico. Portanto, podemos dizer que o sujeito psicótico, está num lugar de ex-sistência, ao que se refere estar fora, e que também não depende do saber e nem do sentido para existir. Isso tudo permite a visualização das características da produção e configuração da psicose, como sendo um discurso que ignora, ou tende a ignorar o impossível e seus desdobramentos. (BUCHAÚL, 2008, p. 37)

A clínica psicanalítica afirma que as dificuldades que os sujeitos psicóticos têm de elaborar decorrem de sua própria estrutura que é marcada pela ausência de um significante primordial que amarre a cadeia simbólica na qual ele está inserido – um significante que está foracluído, que determinará uma relação muito particular com o Outro e que fará com que o sujeito ignore o impossível.

Acerca da forma com que a linguagem se estabelece no sujeito psicótico ou e de como o sujeito psicótico se estabelece na linguagem, Lacan (1955-1956/1992, p.42) afirma:

É uma linguagem de sabor particular e frequentemente extraordinário, do delirante. É uma linguagem onde certas palavras ganham destaque especial, uma densidade que se manifesta algumas vezes na própria forma do significante, dando-lhe esse caráter indiscutivelmente neológico tão surpreendente na produção da paranóia.

Lacan, em seu seminário dedicado à psicose (seminário III, 1956), propõe que a fórmula de uma prática embasada pela psicanálise para a atuação com sujeitos psicóticos seja “introduzir o sujeito” na sua própria lógica inconsciente, buscar caminhos para que o sujeito se implique na sua própria história, no seu gozo e no delírio que ele mesmo constrói para se estruturar. De forma mais básica, isso significa dizer que a teoria lacaniana aponta para a necessidade de deixar o psicótico falar de sua vida e se fazer protagonista dela, demonstrando como se relaciona com os outros e como amarra seu passado, presente e futuro.

Aqui se apresenta outra contribuição da teoria psicanalítica para com a atuação no modelo psicossocial em relação ao tratamento ofertado aos sujeitos psicóticos: o entendimento de que a psicose é uma estrutura e de que essa estrutura é pertencente a um sujeito.

A compreensão dessa teoria permite que o tratamento ofertado ao sujeito psicótico em sofrimento seja dentro dos limites e possibilidades de seu próprio funcionamento e de sua própria linguagem, saindo da perspectiva de que o mesmo deve ser “normalizado” aos padrões neuróticos de inserção social e que eram buscados pela forma de fazer saúde no modelo asilar.

Isso significa dizer que o tratamento da psicose dentro de um equipamento de saúde mental como o CAPS deve compreender a psicose não como uma doença, mas sim, como uma maneira de existir no mundo, não buscando a neurotização ou normatização dos usuários psicóticos, mas acolhendo-os em sua própria linguagem e funcionamento, a fim de evitar maior sofrimento para o sujeito e proporcionar uma direção para o tratamento que leve em consideração as capacidades e a história do usuário, bem como, o que ele produz em suas alucinações e delírios, possibilitando que o sujeito se autorize a ser o foco e protagonista de seu tratamento e de sua vida. Viganò (2005), no seu artigo intitulado Basaglia com Lacan, afirma que:

A quem puder extrair da experiência basagliana um ensinamento, proponho fi xá-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. (p.16).

Segundo Eric Laurent (1999) A presença dessa abordagem nas instituições públicas de saúde mental ainda é bastante restrita, ao pé que sua teoria e prática advêm de consultórios particulares. No entanto, a clínica psicanalítica da psicose, ainda que marcada pela atuação nesses consultórios e pelo foco nas neuroses, está desde sua origem ligada às instituições e às psicoses, pois os manicômios, asilos e Santas Casas de Misericórdia eram os lugares que recebiam pessoas com essa estrutura e pessoas que estudavam formas de intervir sobre elas. Nesse sentido e por todas as suas contribuições, a psicanálise não deve recuar diante da questão da psicose e do trabalho com essa estrutura em instituições.

Portanto o paradigma da clínica psicossocial das psicoses pretende devolver à clínica a condição de operar com a complexidade do seu objeto, manejando um conjunto heterodoxo de recursos e possibilidades que extrapolam os

limites disciplinares, acadêmicos e/ou corporativos que, tradicionalmente, moldaram de forma reducionista os fenômenos sobre os quais pretende intervir, de modo a submetê-los às conveniências protocolares das instituições. (DE OLIVEIRA SILVA, 2009).

É na fala – seja ela delirante ou sintomática, que o sujeito psicótico pode marcar sua existência singular. A escuta é, portanto, um instrumento primordial no trabalho terapêutico junto a esses sujeitos, uma vez que falar pressupõe um “falar para alguém, para o Outro”.

Nesse sentido, é fundamental que as produções psicóticas sejam acolhidas pelos profissionais e pelos Centros de Atenção Psicossocial, não rejeitando essas produções que trazem o conteúdo existente na estrutura psíquica do usuário, e que aponta para a direção de um tratamento que seja útil e possível para o sujeito.

A escuta de um sujeito, e não somente de um “transtorno” abre caminho para a criação de condições para o surgimento de diferenças, conflitos e singularidades, possibilitando reconhecer o caminho que ele percorre e que vias podem ser utilizadas no seu projeto terapêutico singular (PTS) a fim de que as demandas do sujeito sejam trabalhadas para muito além de um atendimento individualizado.

Segundo o Ministério da Saúde (2007), o Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas que são articuladas e discutidas de forma interdisciplinar a fim de planejar ações em saúde na lógica do matriciamento, a fim de colaborar para o direcionamento do tratamento do paciente.

Segundo Quinet (2006, p.36),

o discurso do mestre é o discurso da instituição, o discurso que institui, e seu avesso – o discurso do analista – é o que destitui o significante do lugar do mestre. Ao ser destituente, seu governo é o da a-cracia, o que não significa desgoverno, nem falta de direção.

Pode-se observar com clareza a influência da psicanálise na atuação em instituições de saúde mental, uma vez que a mesma contribuiu para as transformações das possibilidades e condições de tratamento, bem como, do lugar ocupado pelo paciente nesses novos dispositivos – como os CAPS, ao pé que coloca a atenção no falar do sujeito e no conteúdo de sua fala. Isso significa dizer que a psicanálise contribuiu diretamente para a produção de um fazer em saúde mental que considere verdadeiramente a importância da escuta qualificada prestada ao sujeito psicótico, ao pé que o reconhece como sujeito. A psicanálise faz, portanto,

uma aposta ética, onde o usuário deve ser sempre considerado em sua singularidade, inclusive na forma com que consegue ou não se relacionar com as pessoas de seu convívio.

Nos CAPS, onde o sujeito psicótico convive com outros usuários e com todos os trabalhadores daquele espaço, bem como, com os familiares que se fazem presente na instituição, faz parte do processo natural da convivência e do tratamento a possibilidade da criação de laços sociais por parte desses pacientes que, no imaginário social, são incapazes de constituírem laços sociais.

4. O CUIDADO PSICANALÍTICO E A FORMAÇÃO DE LAÇOS SOCIAIS EM PACIENTES PSICÓTICOS DOS CAPS

Os laços sociais, para a psicanálise, não se referem à sociabilidade superficial entre pessoas, ou até mesmo, sobre a convivência social. Os laços sociais estão relacionados com a cultura e a linguagem, e podem se constituir de diversas formas.

Para que se possa compreender a importância do olhar psicanalítico no cuidado para com o psicótico e, conseqüentemente, para a formação de laços sociais destes, antes é necessário que haja uma compreensão do que são os ditos laços sociais na perspectiva teórica da psicanálise. Para tal, faz-se necessário recorrer aos postulados de Freud e Lacan sobre esse conceito.

4.1. UMA TEORIA QUE COMPREENDA O LAÇO SOCIAL

A teoria freudiana aponta, a partir da leitura dos mitos, que no cerne de toda civilização e cultura há uma interdição do incesto e da agressividade. Essa interdição é oportunamente exposta no texto de Totem e Tabu (1913), onde há uma narrativa acerca da história de uma horda primeva onde o pai era o soberano e, mesmo depois de sua morte, continuava a ser soberano e adquiria status de lei. Essa lei regula a entrada de cada sujeito na cultura, intervindo e mediando as relações sociais. Nesse sentido e segundo a teoria freudiana, essa lei irá estruturar a vida social a partir da função do pai, restando a agressividade e a incestuosidade, que culturalmente são as duas premissas basilares da sociedade ocidental.

A teoria lacaniana acerca do laço social parte das concepções iniciais freudianas, no entanto, assume o papel de ampliar esse olhar sobre a formação desses laços, apontando para a constituição do sujeito através da linguagem. Lacan demarca que o pai da horda citada anteriormente exerce a função simbólica dessa interdição, sendo representado pelo significante Nome-do-Pai, situando e adequando o sujeito no campo da linguagem.

Os laços sociais são tecidos e estruturados pela linguagem e, portanto, são chamados de discursos. Segundo Lacan (1972/1973, p. 74) o liame, o laço social só se instaura por ancorar-se na maneira pela qual a linguagem se situa e se imprime, se situa sobre aquilo que formiga, isto é, o ser falante.

Essa nova perspectiva trazida por Lacan sobre o laço social faz referências ao discurso e a falta inerentes à todo sujeito humano, apontando para a concepção de que o próprio ato de fazer laço exige certos furos – no discurso e no sujeito do discurso, denunciando que resta algo que não é articulável pela linguagem. Por intermédio dos discursos é que Lacan aborda a questão dos laços sociais possíveis entre os sujeitos, pois, para o autor, o discurso é uma forma de relacionamento social construído sem palavras.

Segundo o autor e psicanalista contemporâneo Coutinho Jorge (2002, p. 19):

A originalidade dessa teoria [dos quatro discursos] e o contexto sociopolítico no qual surge não impedem que ela seja um verdadeiro corolário de fundamentais desenvolvimentos lacanianos anteriores, já que trata do liame social enquanto (sic) essencialmente fundado na linguagem: se o inconsciente é estruturado como uma linguagem, como Lacan postulou desde 1953, o liame social não deixa de sê-lo.

Faz-se necessário salientar mais profundamente a diferença crucial entre sociedade e laço social. Segundo Miller (2003, p. 3) a sociedade é para cada sujeito a prova de um funcionamento cujo não pode-se ter idéia de como o mesmo funcione, ou seja, a evidência de que pode-se ter confiança numa estrutura desconhecida que não fornece idéias de como isso se mantém. Há somente a certeza de que ela se mantém. Nesse sentido, o autor afirma que a sociedade é, portanto, um ato de fé e, justamente por isso, um ato duvidoso.

Por outro lado, o laço social se refere ao campo do Outro. O laço social, portanto, trata-se de uma relação com o grande outro, e essa relação é de dominação, onde há a articulação entre dois lugares, ou seja, a relação entre o dominante e o dominado.

A formação de laços sociais por parte de pacientes psicóticos parece não fazer parte dessa lógica de funcionamento, já que nessa estrutura o significante Nome-do-Pai está

foracluso, fazendo com que o sujeito psicótico não reconheça – pelo menos não totalmente, as leis regentes no discurso social em que vive. A ausência dessa instância reguladora, a ausência do Outro faz com que o sujeito psicótico precise inventar a si mesmo, pela falta de referências em seu discurso.

Os sujeitos psicóticos estão dentro da linguagem e fora do discurso. No entanto, é inegável que os sujeitos psicóticos falam e se comunicam, circulando entre diversos discursos sem se posicionar em nenhum deles. Isso aponta para a idéia de que a psicose não impossibilita o sujeito psicótico de formar laços sociais, mas sim, dificulta esse processo.

Cabe aqui, portanto, salientar a importância de um cuidado e de um olhar prestados ao sujeito psicótico que seja facilitador da construção de seus laços sociais através de sua própria linguagem, levando em consideração suas possibilidades e dificuldades.

4.2. UM ESPAÇO QUE PROPORCIONE A FORMAÇÃO DE LAÇOS SOCIAIS

As questões em torno das possibilidades e dificuldades para a formação de laços sociais por parte de pacientes psicóticos são consideravelmente presentes no cotidiano de instituições públicas de saúde mental, como os CAPS, pois é comum que nesses locais freqüentemente usuários psicóticos que demandem um reconhecimento ou um lugar possível na constituição daquele corpo social e que buscam estabelecer algum laço com os discursos ali presentes, onde possa se alojar durante algum tempo, tais como os discursos médicos, religiosos, universitários, jurídicos ou artísticos.

Espaços que acolhem o sujeito psicótico e suas demandas devem respeitar a topologia revelada pela psicose quanto a sua peculiar relação entre o dentro e o fora - principalmente por ser bastante comum que os usuários afirmem terem seus pensamentos invadidos ou expostos sem seu consentimento.

Calligaris (1989, p. 70) no seu trabalho intitulado “a transferência psicótica”, afirma que quando o sujeito psicótico não encontra no outro uma escuta minimamente atenta e que possibilite a construção de uma metáfora delirante, seu trabalho psíquico se torna bastante empobrecido justamente pela falta ou insuficiência de uma escuta do sujeito e de sua subjetividade – que inclusive pode ser alucinatória, mas ainda sim, contendo informações importantes sobre aquele sujeito.

Construir um espaço que proporcione certa privacidade psíquica ao sujeito psicótico também é uma forma primordial de cuidado para com esse usuário, já que na psicose essa privacidade se perde e sem ela é impossível viver, mas também, que esteja aberto ao público e à comunidade, para proporcionar reinserção e laço.

Viganò (1999) propõe que a construção de um espaço e de um caso clínico que considere o sujeito é a forma de evitar a cronificação de usuários no interior dos serviços abertos de saúde mental. Quinet (2006), além disso, afirma que ao inserir o sujeito psicótico no seu próprio caso e possibilitar que ele tenha autonomia em seu tratamento aponta para a construção de um caso clínico a partir das contribuições feitas pelo usuário e pela sua subjetividade. Fazendo surgir assim um diagnóstico resultado de uma investigação que aponta para a necessidade de não atacar o sintoma, mas sim, compreendê-lo como uma manifestação subjetiva para que este possa ser acolhido e desdobrado. É dessa maneira que o sujeito passa a ser considerado na equação da direção de seu próprio tratamento.

A política de portas abertas estabelecida no CAPS aponta para a idéia de que esse espaço não recua diante da gravidade de um caso ou da intensidade de quaisquer transtornos. Pelo contrário, portas abertas são um sinal de que ali é um espaço acolhedor dos momentos mais críticos da loucura.

Tal acolhimento não pode acontecer, portanto, sem a presença do estabelecimento de um vínculo e responsabilização pelo cuidado prestado a esse outro, bem como, no reconhecimento de que o tratamento se constrói um por um, tendo em vista que a história de cada usuário é imprescindível para a construção de sua rede de apoio e do direcionamento de seu tratamento. Esse laço, esse cuidado que se faz um a um exige, para sua existência, relações mais flexíveis que se tecem nos CAPS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na contemporaneidade, ao se falar da saúde mental no Brasil, é possível perceber com clareza certo saudosismo em relação aos asilos e tratamentos de choque que eram vigentes até alguns anos. São facilmente perceptíveis também as investidas governamentais a fim do desmonte e desarticulação da rede de saúde mental no Brasil e, em consequência, o desmonte e desarticulação do CAPS como equipamento substitutivo aos hospitais psiquiátricos e asilos.

Dito isso, o presente trabalho surge como uma tentativa de explicitação da importância que o CAPS – como produto da reforma psiquiátrica, teve e tem na construção de uma nova perspectiva de cuidado aos sujeitos psicóticos. Houve também o interesse em expor uma interlocução entre as concepções basilares do modelo psicossocial de atuação em saúde mental e a ética da teoria psicanalítica no que se refere ao olhar prestado ao sujeito em sofrimento e, principalmente, o lugar dado nessas duas fontes teóricas aos sujeitos psicóticos.

Para tal, percebeu-se a necessidade de discutir sobre as concepções teórico-técnicas e político-ideológicas que fundamentam a existência de um equipamento de saúde mental como o CAPS em contraponto as bases que fundamentaram o modelo anterior de saúde mental – o modelo asilar, e seus atravessamentos na construção de um cuidado para pacientes em sofrimento mental grave.

O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou refletir, com base no arcabouço teórico da psicanálise freudolaciana, a importância do tratamento e do cuidado prestados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na promoção de facilitadores na formação de laços sociais dos usuários psicóticos desse serviço, abordando principalmente a questão da escuta prestada ao sujeito psicótico, bem como, o reconhecimento de sua capacidade de fazer laço social apesar das dificuldades em torno de sua relação com o discurso.

O trabalho em questão buscou salientar a importância de um espaço e de uma teoria que reconheçam o psicótico enquanto sujeito e que proporcionem a ele um tratamento e uma nova perspectiva de vida nas quais ele possa ser o protagonista. As discussões acerca de uma temática tão complexa como a da psicose não se encerram em um único trabalho, tampouco, numa mesma ótica de observação, onde muitos questionamentos ainda se mantêm e não cessam de fazer com que novas respostas e perguntas sejam buscadas.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (1995). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP. Basaglia, F. (1985). *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- ANTUNES, M. A. M. **A Psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição**. São Paulo: Unimarco Editora/Educ, 1998, 2a ed. 2001.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- BASAGLIA, F. (1979). **A Psiquiatria Alternativa. Contra o pessimismo da prática o otimismo da razão**. São Paulo: Brasil Debates.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília, 2007.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento**. Brasília, 2015.
- BASAGLIA, F. (org.). **Che cos'è la psichiatria?** (1967). Milano: Baldini & Castoldi, 1997.
- BEZERRA JÚNIOR, B., & AMARANTE, P. (Orgs.). (1992). **Psiquiatria sem hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- BUCHAÚL, P. S. **Uma análise sobre a clínica da psicose**. São Paulo, 2008, p. 37.
- _____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização: Paulo Amarante; tradução: Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- CALLIGARIS, C. (1989). **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- COUTINHO JORGE, M. A. (2002). **Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos**. Em: D. Rinaldi & M. Coutinho Jorge (Orgs.), *Saber, Verdade e Gozo: leituras de O Seminário, livro 17 de Jacques Lacan (pp.17-32)*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005.
- _____. **Centro de Referências Técnicas Em Psicologia e Políticas Públicas-CREPOP. Atuação dos Psicólogos no CAPS**. Relatório Descritivo Preliminar de Pesquisa, Brasília, 2007.
- _____. **Centro de Referências Técnicas Em Psicologia e Políticas Públicas-CREPOP. Centro de Estudos de Administração Pública e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas-CEAP/FGV. Documento Relatório preliminar de análise qualitativa dos dados da pesquisa sobre a atuação dos/as psicólogos/as no CAPS**, São Paulo, 2008.

_____. Centro de Referências Técnicas Em Psicologia e Políticas Públicas-CREPOP. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2013.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C.; YASUI, S. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva**. In Amarante, P. (coord). Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 1. Rio de Janeiro: Ed Nau, 2003.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection.

DE OLIVEIRA SILVA, M. V. **O Movimento da Luta Antimanicomial e o Movimento dos Usuários e Familiares**. Loucura, Ética E Política: Escritos Militantes, 2003.

_____. **Clínica Antimanicomial e vínculo social**. Resumo publicado nos Anais do II Congresso Brasileiro de Psicologia. 2010.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREUD, S. **Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (1911)**. E.S.B., vol. XII. Rio de Janeiro, Imago, 1974.

LACAN, J. **O seminário, livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1955 - 56 - 19850.

LACAN, J. **De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1958-1988

LACAN, J. **Seminário 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, J. **A direção da cura e os princípios de seu poder**. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

LACAN, J. **O seminário, livro 20: Mais, ainda (1972- 1973)**. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução de M. D. Magno. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LAURENT, E. **O avesso da da biopolítica: uma escrita para o gozo**. 1999

QUINET, A. (1997). **Teoria e Clínica da Psicose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

QUINET, A. (2006). **Psicose e laço social**. Esquizofrenia, paranoia, melancolia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar

ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec. 1990.

SILVA, A. E. **Saúde-loucura. Subjetividade : questões contemporâneas**. São Paulo: Hucitec, 1997. 232 p.

VIGANÒ, C. (2005). **Basaglia com Lacan**. Mental: Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC.

VIGANÒ, C. (1999). **A construção do caso clínico em saúde mental**. Revista curinga.