

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Jordana Santos Cardoso

**A ESCUTA DO PACIENTE PSICÓTICO NA CLÍNICA DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA: uma leitura psicanalítica**

São Luís - MA

2017

Jordana Santos Cardoso

**A ESCUTA DO PACIENTE PSICÓTICO NA CLÍNICA DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA: uma leitura psicanalítica**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Isalena Santos Carvalho

São Luís - MA

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Santos Cardoso, Jordana.

A escuta do paciente psicótico na Clínica da Reforma Sanitária : uma leitura psicanalítica / Jordana Santos Cardoso. - 2017.

53 f.

Orientador(a): Isalena Santos Carvalho.

Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Escuta. 2. Psicanálise. 3. Psicose. 4. Reforma Psiquiátrica. I. Santos Carvalho, Isalena. II. Título.

Jordana Santos Cardoso

**A ESCUTA DO PACIENTE PSICÓTICO NA CLÍNICA DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA: uma leitura psicanalítica**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Isalena Santos Carvalho

Aprovada em: 19/07/2017

Profa. Dra. Isalena Santos Carvalho (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Valéria Maia Lameira (Banca examinadora)
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Ma. Janete Valois Ferreira Serra (Banca examinadora)
Instituto Laboro

Profa. Dra. Maria da Conceição Furtado Ferreira (Banca examinadora - suplente)
Universidade Federal do Maranhão

*Aos pacientes do Centro de Atenção
Psicossocial, em especial: Ana, Caio,
Joana, Luís, João, Márcia e Samuel.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Henrique e Vilma, pelo lugar nessa família e por me permitirem caminhar.

Aos meus irmãos Yana e Ítallo pelo carinho, o que fazem deles os melhores irmãos que eu poderia ter; Ao sobrinho Luiz Henrique, pelas novas palavras apresentadas.

A Thiago, pelo amor concretizado em gestos.

Aos professores do curso de Psicologia, em especial à Isalena Carvalho, pelo apoio e pela orientação criteriosa para além de uma escrita acadêmica e à Valéria Lameira, com quem pude fazer um trabalho que diz mais que um estágio.

Aos colegas do curso de Psicologia, em especial, aqueles com os quais pude experimentar um trabalho institucional sob o referencial da Psicanálise, são eles: Samiris, Ruan, Girlane, Déborah e Luiza.

À Luiza Jansen, por me acompanhar nesse percurso, não somente acadêmico.

Às amigas, Paola e Ronize, pela amizade genuína.

Aos pacientes do Centro de Atenção Psicossocial pela oportunidade de acompanhá-los e dizer um pouco mais.

Aos colegas do Centro de Atenção Psicossocial, pelo apoio, torcida e por possibilitarem que eu questionasse o meu próprio lugar nesse trabalho.

Aos examinadores deste trabalho que tão gentilmente aceitaram o convite em compor a banca examinadora: Valéria Lameira, Janete Valois e Maria da Conceição Furtado.

RESUMO

Este trabalho apresenta uma leitura psicanalítica da escuta do paciente psicótico na Clínica da Reforma Psiquiátrica em um Centro de Atenção Psicossocial. Para tal, foi utilizado o método psicanalítico, no qual o objeto de pesquisa se constituiu à medida que as falas dos pacientes e dos profissionais foram lidas, de modo que a sustentação para a questão estudada tenha se dado a partir dos elementos apresentados nessas falas. O tema aqui apresentado tem como sustentação teórica obras de Sigmund Freud e de Jacques Lacan. São apresentados e discutidos aspectos conceituais e históricos relacionados ao tratamento do paciente psicótico sob a concepção da reforma psiquiátrica e dos conceitos de escuta e sujeito apresentados nos documentos da Política Nacional de Saúde Mental. Em seguida, são apresentadas as noções de psicose e de escuta propostos pela Psicanálise. Procurou-se apresentar o percurso de Freud para articular o mecanismo da paranoia tomando como ponto inicial de sua teorização a Teoria da Libido e em seguida como a teorização de Freud acerca da escuta se tornou balizador do tratamento em Psicanálise, para então apresentar a leitura da escuta do paciente psicótico na Clínica da Reforma Psiquiátrica em um Centro de Atenção Psicossocial.

Palavras chave: Psicanálise. Reforma Psiquiátrica. Psicose. Escuta.

ABSTRACT

This work presents a psychoanalytic reading of psychotic patient listening in the Psychiatric Reform Clinic in a Psychosocial Care Center. For that, the psychoanalytic method was used, in which the object of research was constituted as the speeches of the patients and the professionals were read, so that the support for the question studied was based on the elements presented in these speeches. The theme presented here has the theoretical support of works by Sigmund Freud and Jacques Lacan. Conceptual and historical aspects related to the treatment of the psychotic patient under the conception of the psychiatric reform and the concepts of listening and subject presented in the documents of the National Policy of Mental Health are presented and discussed. Next, the notions of psychosis and listening proposed by Psychoanalysis are presented. It was tried to present the route of Freud to articulate the mechanism of the paranoia taking as its initial point of its theorization the Libido Theory and soon as the theorization of Freud on the listening became the landmark of the treatment in Psychoanalysis, to then present the reading of the Listening to the psychotic patient at the Psychiatric Reform Clinic in a Psychosocial Care Center.

Keywords: Psychoanalysis. Psychiatric reform. Psychosis. Listening.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
TR	Terapeuta de Referência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	A CLÍNICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	14
2.1	Aspectos históricos da reforma psiquiátrica	14
2.2	Aspectos conceituais da clínica da reforma psiquiátrica	17
2.3	O sujeito na clínica da reforma psiquiátrica	21
3	A ESCUTA PARA A PSICANÁLISE E A CLÍNICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	24
3.1	O mecanismo da Psicose.....	24
3.2	A escuta para a Psicanálise	29
3.3	A escuta do paciente psicótico no CAPS.....	33
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
	APÊNDICE	52

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho se propôs a fazer uma leitura da escuta do paciente psicótico na Clínica da Reforma Psiquiátrica em um Centro de Atenção Psicossocial. O tema aqui apresentado foi estudado sob o referencial teórico da Psicanálise, tendo, assim, como método a pesquisa psicanalítica, no qual a teoria é articulada com a prática, prática essa que adveio do trabalho realizado em um Centro de Atenção Psicossocial, como membro da equipe multiprofissional dessa instituição.

Assim, esse estudo teve como objetivo discutir a escuta do paciente psicótico na Clínica da Reforma Psiquiátrica, a partir das falas dos pacientes e dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial, tomando como base como a fala do paciente é dirigida ao profissional do serviço e qual a proposta de tratamento dirigida ao paciente em questão.

Para tal, foram discutidos aspectos conceituais e históricos relacionados ao tratamento do paciente psicótico sob a concepção da reforma psiquiátrica, confrontados com as noções de psicose e de escuta propostos pela Psicanálise.

Entende-se ser essa uma reflexão relevante para a Clínica da Reforma Psiquiátrica por abordar como ela se estrutura no cotidiano do serviço e como na construção dessa prática, os conceitos propostos por ela vão dando sustentação, ou não, para o fazer de cada profissional do serviço.

Por outro lado, tal fazer quando confrontado com o referencial da Psicanálise nos coloca diante de muitas interrogações, entre elas a de como a Psicanálise pode se colocar frente às noções conceituais que sustentam a clínica da Reforma Psiquiátrica e, portanto, de como a escuta proposta pela Psicanálise aí nos convoca.

O estudo então visou contribuir com as investigações relacionadas à escuta do paciente psicótico e com o seu tratamento, a fim de possibilitar um aprimoramento da qualidade do serviço.

Diante da proposta de fazer uma leitura da escuta do paciente psicótico na Clínica da Reforma Psiquiátrica, o trabalho se inicia com o capítulo intitulado “A Clínica da Reforma Psiquiátrica” e nele se dá a apresentação dos aspectos históricos e conceituais da Clínica da Reforma Psiquiátrica. Para tal, toma-se como ponto de partida o modelo asilar destinado à loucura no período que antecede o Movimento da Reforma Psiquiátrica, período anterior à década de 60 e no qual a Psiquiatria tradicional tem a sua clínica pautada em aspectos puramente nosológicos da doença mental.

Com a influência de movimentos como os da Comunidade Terapêutica, da Psicoterapia Institucional, da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Preventiva/ Saúde Mental Comunitária, o Movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou forma, mas foi somente com a Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia que o movimento assumiu seus verdadeiros contornos.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se dá nos anos 70 e é a partir dela que é instituída a Clínica da Reforma Psiquiátrica sustentada pelo arcabouço legal da Política Nacional de Saúde Mental e a partir do qual foram criados os Centros de Atenção Psicossocial.

Entre os aspectos conceituais da Clínica da Reforma Psiquiátrica o capítulo apresenta ainda o que se convencionou chamar de atenção psicossocial, com a descrição dos procedimentos e iniciativas que não estão comumente associados à clínica médica. Para apresentar a clínica da Reforma, foram abordados os seguintes conceitos: aquele que inclui outros saberes além do médico por pressupor um trabalho multiprofissional (Clínica Ampliada), que busca garantir a gestão do tratamento do paciente e sua permanência no serviço (Projeto Terapêutico Singular) e que define que o paciente terá um profissional responsável pelo seu tratamento (Terapeuta de Referência).

Dito isso, são abordados também os conceitos de escuta e sujeito apresentados nos documentos da Política Nacional de Saúde Mental, a fim de demarcar qual a noção que circunda esses conceitos, fazendo deles uma noção diferente da proposta pela Psicanálise.

No capítulo seguinte, cujo título é “A escuta para a Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica”, fez-se necessário um percurso teórico que se inicia com as formulações de Freud lido por Lacan acerca do mecanismo da psicose, tópico esse seguido da teorização de Freud acerca do método de associação livre, para então ser realizada a leitura da escuta do paciente psicótico na Clínica da Reforma Psiquiátrica, tema central deste estudo.

Para discorrer sobre o funcionamento do psicótico, o percurso pela Teoria da Libido foi imprescindível. Freud situa a psicose alicerçada na teorização do desenvolvimento libidinal e faz uma distinção entre um investimento libidinal no *eu* chamado por ele de libido narcísica e um investimento em *objetos sexuais*, denominado assim de libido objetal. Freud mostra então que há na psicose um retorno ao próprio *eu*, formulando assim a sua teorização sobre o *narcisismo*. Para tanto, as principais obras empregadas para a construção da escrita foram: *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905), *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia* (1911), *Sobre o Narcisismo: uma introdução* (1914), *Pulsões e suas vicissitudes* (1915), *O Inconsciente - Avaliação do Inconsciente* (1915), *Além do Princípio de Prazer* (1920) e *Esboço de Psicanálise* (1940).

Ao abordar à questão de Freud sobre o *Narcisismo*, buscou-se também a formulação teórica de Lacan em *O estádio do espelho* (1949) para apresentar a ação psíquica, própria da constituição do *eu*, encadeada entre o autoerotismo e o narcisismo, teorização essa que em Freud não foi desenvolvida.

Lacan traz contribuições importantes à teoria psicanalítica e em especial à psicose, já que somente no retorno de Lacan à Freud, algumas questões colocadas por Freud sobre a psicose foram aprofundadas. Lacan atribui à psicose um estatuto de estrutura clínica, mostrando como a linguagem nela opera.

No que diz respeito ao mecanismo da psicose, Lacan retorna ao *Complexo de Édipo* (*Totem e Tabu – 1913*) formulado por Freud, lança mãos das noções de Metáfora Paterna e Significante Nome-do-pai e mostra com isso, que na psicose, pela não ocorrência da operação da Metáfora Paterna, o significante Nome-do-pai é foracluído. Para abordar a teorização formulada por Lacan, fez-se necessária a leitura dos artigos escritos por ele: *Seminário, livro 3: Sobre as Psicoses* (1955-1956) e *Seminário, livro 5: As formações do inconsciente* (1957-1958).

Ao abordar o conceito de escuta sob a luz da Psicanálise privilegiou-se as formulações teóricas de Freud sobre a *atenção flutuante* e o *método da associação livre*. Fez-se inicialmente uma introdução sobre o método catártico, método a partir do qual Freud teceu suas primeiras conclusões quanto a importância da fala do paciente para o desenrolar do tratamento.

Dando seguimento ao tema da escuta, parte-se das formulações teóricas de Freud quanto ao *método da associação livre*, sob o qual Freud propôs que de um lado o paciente falaria livremente, em associação livre, e do lado do analista, esse permaneceria em atenção flutuante. Para discorrer sobre esses pontos teóricos tomou-se como base principalmente os *Artigos sobre Técnica* (1912-1913), *Cincos Lições de Psicanálise* (1910), a *Conferência XXIX* (1933), *Construções em análise* (1937) e *Esboço de Psicanálise* (1940).

Ainda para discorrer sobre a escuta, foi necessário trazer o conceito de realidade, considerando que Freud colocou que toda realidade é uma realidade psíquica e que a realidade para neurose se difere da realidade para a psicose. Para falar sobre realidade psíquica, foram utilizados os seguintes textos: *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1924), *Neurose e Psicose* (1924), *Caso Schreber* (1911) e *Seminário: livro 3 – Sobre as Psicoses*.

Freud mostra com a sua teorização que o delírio é uma construção possível de ser escutada e que é uma tentativa de reconstrução do mundo, uma tentativa de cura. Para Freud,

o delírio se encontra aplicado como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do eu com o mundo externo, ou seja, do que faltou no plano simbólico.

Por fim, o último tópico desse capítulo traz “A escuta do paciente psicótico no CAPS”, objeto desse estudo. A proposta desse tópico foi fazer uma leitura psicanalítica da prática desenvolvida por mim em um Centro de Atenção Psicossocial como membro da equipe multiprofissional, prática essa que a mim suscitou muitas questões entre as quais a de como o paciente psicótico é acolhido e como o seu delírio é escutado pela equipe, considerando a psicose e seu funcionamento. Diante de tais questões, pude observar a partir da experiência que essa escuta é demarcada por uma concepção pedagógica na qual diante do delírio este deve ser abolido ou relativizado ao seguir as prescrições dadas pela equipe, por uma concepção disciplinar visto que o delírio é tomado como um mau funcionamento social e por uma concepção organicista, sob a qual o delírio deve ser abolido pela via da medicação. Com base nisso, escolheu-se para este trabalho fazer uma discussão das questões por mim levantadas a partir dos conceitos de escuta e psicose como propostos pela Psicanálise.

Partiu-se então da apresentação das falas de pacientes e de profissionais do CAPS, levando em consideração as noções de escuta voltadas a uma clínica da psicose. Apresentou-se então, as falas dos pacientes e como elas são lidas pelos profissionais do CAPS e mostrou-se, com isso, como os conceitos relacionados à Política de Saúde Mental, entre eles, Terapeuta de Referência, sujeito e Projeto Terapêutico Singular são sustentados por diversas concepções de tratamento, a saber: política, pedagógica, disciplinar e/ou medicalizante.

Fez-se então um contraponto de como a leitura psicanalítica pode contribuir para o tratamento da psicose, levando em consideração o delírio como processo de cura, o manejo da transferência, a concepção de realidade psíquica e o saber inconsciente.

2 A CLÍNICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Neste capítulo, trago como proposta um panorama histórico da reforma psiquiátrica, bem como uma apresentação e uma discussão dos aspectos conceituais da clínica da reforma psiquiátrica e do conceito de sujeito e escuta conforme propostos pelos documentos balizadores da Política Nacional de Saúde Mental.

2.1 Aspectos históricos da reforma psiquiátrica

A clínica da reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2001), em seus dispositivos substitutivos de atendimento ao sofrimento psíquico, visa oferecer oportunidades de tratamento para o sujeito psicótico que questionem o modelo asilar e que sejam, assim, diferentes dele. Todavia, sob o risco de se fazer representar por uma clínica pautada nas convenções nosológicas da Psiquiatria Tradicional, a clínica da reforma psiquiátrica pode se sustentar por uma prática direcionada somente à redução ou extinção dos sinais e sintomas psiquiátricos em detrimento da subjetividade do paciente.

A proposta de um tratamento para o transtorno mental data do século XVII com a criação do Hospital Geral na França em 1656, definido como um “lugar social” para o louco e para a loucura na sociedade ocidental (AMARANTE, 2007). Inicialmente, a instituição hospitalar se configurou muito mais como um aparato disciplinador, ao segregar segmentos marginalizados da população, do que terapêutico, sendo considerada assim uma instituição total.

O aspecto central de uma instituição total, nesse caso o hospital, é o de ter um plano de atividades obrigatórias planejadas para os objetivos da instituição e não para o paciente. Nela há a ruptura das barreiras que comumente separam as três esferas da vida (dormir, brincar e trabalhar); todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade; cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto; todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, por um sistema de regras e um grupo de funcionários responsável por manter tais regras (GOFFMAN, 2015).

Na história da psiquiatria tradicional encontra-se o movimento alienista da França como precursor do tratamento dos transtornos mentais, tendo como representante o médico Philippe Pinel, também considerado um representante da clínica médica moderna.

Pinel elaborou a primeira nosografia dos transtornos mentais, fundou os primeiros hospitais psiquiátricos, propôs o princípio de isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica nesta área ao introduzir o tratamento moral. Este tem como princípio terapêutico o isolamento do mundo exterior sob a perspectiva de que as causas do transtorno mental estão no meio social. O hospital, enquanto instituição disciplinar, seria ele próprio uma instituição terapêutica (AMARANTE, 2007).

Os hospitais psiquiátricos, como reduto do saber concernente ao transtorno mental e, por sua vez, local eleito para o tratamento dos transtornos mentais, desempenhava um papel de produção e reprodução do saber médico e da terapêutica desenvolvida.

Para Amarante (2007, p. 26), o hospital tornou-se:

A um só tempo, espaço de exame (como um laboratório de pesquisas que permitiu um novo contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e dos doentes, disciplina do corpo terapêutico e das tecnologias terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (hospital-escola, residência médica, local privilegiado de ensino e aprendizagem).

Após as duas grandes guerras mundiais, alguns movimentos marcam o início Reforma Psiquiátrica. Entre eles estão a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional que defenderam a ideia de que o fracasso estava na gestão do hospital e a solução seria introduzir mudanças na instituição, além do movimento formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva/ Saúde Mental Comunitária, o qual acreditava que o modelo hospitalar estava esgotado e que deveria ser substituído por outros serviços assistenciais, sendo a primeira responsável pela criação dos primeiros centros de saúde mental (AMARANTE, 2007).

Outro movimento que teve forte repercussão e que influenciou a assistência em Saúde Mental até os dias atuais foi a Psiquiatria Democrática proposta, na Itália, por Franco Basaglia. Com este movimento houve o fechamento dos pavilhões e enfermarias psiquiátricas e a abertura de serviços substitutivos, entre os quais os centros de saúde mental, os quais diferem dos citados anteriormente por não existir o fluxo do pacientes em mão dupla, já que assumiam para si todo o cuidado do paciente com transtorno mental daquele território.

A lógica de tratamento hospitalar, no entanto, passou a ser contestada e apesar de Tenório (2002) colocar que a psiquiatria já nascera como reforma psiquiátrica, representado pelo gesto de Pinel de desacorrentar os loucos na França, no Brasil, mesmo com a crítica ao modelo asilar representado pelas colônias agrícolas na virada do século XX, somente nos anos

70, com a alegação dos direitos à cidadania dos loucos, é que se pode afirmar que houve a Reforma Psiquiátrica brasileira.

A instituição psiquiátrica, que antes era apenas o hospital, passou então a ser multiplicada nos diferentes serviços ou instituições chamados de atenção psicossocial. Esta é a diretriz inclusive legal da assistência psiquiátrica pública brasileira e se constitui em uma espécie de paradigma de cuidados à doença mental grave, paradigma este caracterizado por uma ampliação do escopo das intervenções no sentido de tratar a psicose no próprio meio social e promover as condições para uma existência mais favorável do doente mental grave, aí incluindo o objetivo de preservar ou resgatar laços de pertencimento social do paciente (TENÓRIO, 2002).

Segundo Tenório (2001, p. 60):

A condição psicótica abarca um campo enorme da experiência do sujeito, muitas vezes a totalidade dessa experiência. Isso inclui tanto a experiência subjetiva de estar no mundo quanto a dimensão pragmática da vida [...] para a psicose, não há propriamente cura: no sentido médico, de restituição a uma integridade anterior à doença [...]; na perspectiva psicanalítica, não se torna neurótico, um psicótico; no âmbito psicossocial, não se propõe conformar o louco segundo as normas da razão que regula as trocas sociais. O tratamento, portanto, não visa nem a restituir uma integridade mental perdida ou a tornar o psicótico um neurótico (isto é, “normal”), nem a ajustá-lo ao padrão social vigente.

No Brasil, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial surgiu em 1987, considerado um serviço substitutivo ao modelo asilar e assim um marco inaugural de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma clínica ampliada que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo (PITTA, 2011).

No que se refere aos novos serviços substitutivos, a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 (Brasil, 2001), a qual redirecionou o modelo de assistência em saúde mental, definiu como direito da pessoa com transtorno mental o tratamento em serviços comunitários de saúde mental. Posteriormente, as Portarias nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) e a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011) estabeleceram as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial, a saber: Centro de Atenção Psicossocial Tipo I, Centro de Atenção Psicossocial Tipo II, Centro de Atenção Psicossocial Tipo III, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Tipo III e Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil.

A assistência prestada no Centro de Atenção Psicossocial inclui as seguintes atividades: atendimento individual, atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias (BRASIL, 2002; 2004a).

2.2 Aspectos conceituais da clínica da reforma psiquiátrica

Antes do advento da reforma psiquiátrica, o hospital fora considerado uma “instituição terapêutica” (AMARANTE, 2007, p.33) e “a hospitalização, a única e necessária resposta ao questionamento da loucura” (CASTEL, 1978 [1991], p. 62). Contudo, somente após o nascimento da clínica psiquiátrica é que se pode falar em um tratamento para a loucura.

Como nos adverte Rinaldi e Bursztyn (2008), para se falar em clínica deve-se inicialmente destacar a importância do saber médico na origem da própria noção de clínica. A doença é abordada de forma objetiva e dissociada da existência do sujeito como um conjunto de sintomas e signos a ser decifrado pelo saber médico. Essa noção de clínica, segundo Campos (1996/1997 [2002]), se ancora mais na concepção de doença do que de sujeito e possui uma abordagem terapêutica excessivamente voltada para a noção de cura e frequentemente confundida com a eliminação de sintomas.

De acordo com Tenório (2001, p. 77), a clínica psiquiátrica:

Nascida do mandato social de exclusão da loucura, estaria fadada a corroborar a vinculação entre cidadania e razão e o aprisionamento e domesticação da loucura no registro da negatividade, como, por exemplo, pelas categorias da psicopatologia, que corroboram a ideia de um padrão único de subjetividade normal, por relação ao qual o patológico é um desvio. Assim, qualquer abordagem clínica da loucura traria consigo essas marcas de origem.

Para Rinaldi e Bursztyn (2008), a partir da reforma psiquiátrica, a clínica não se confunde mais com a clínica psiquiátrica *strictu sensu* e passa a incluir os procedimentos de atenção psicossocial e a incorporar a dimensão do sujeito. O campo da ação terapêutica incorpora preocupações e iniciativas que não são comumente associadas à clínica.

Para Tenório (2001), a clínica do CAPS não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas os subordina a uma nova apreensão do que seja a problemática da doença mental e do que seja o tratar. Além disso, incorpora outros saberes, procedimentos e preocupações.

A clínica da reforma psiquiátrica surgiu como reconhecimento do sujeito na loucura. Ela é uma prática singular junto ao paciente de enfrentamento de cada situação, da particularidade de cada sujeito e de cada momento de sua trajetória, mesmo que consista em uma intervenção mais ampla, acompanhando o sujeito para além dos espaços tradicionalmente descritos como clínicos (TENÓRIO, 2001).

Para o mesmo autor, entre as características que definem a clínica da reforma psiquiátrica estão: o tratamento que visa acompanhar o sujeito em sua demanda singular,

orientado pelas indicações do paciente e pela disposição a longo prazo, além das recomendações do acolhimento, respeito à singularidade e à diversidade.

De acordo com Rinaldi e Bursztyn (2008, p.34):

O campo da atenção psicossocial é atualmente marcado por diferentes orientações, desde aquelas que, oriundas da psiquiatria democrática italiana, privilegiam a dimensão política propondo uma supressão da clínica em prol do cuidado, até aquelas que retomam a clínica, seja incorporando os procedimentos de atenção psicossocial passando a designá-la como *clínica ampliada*, seja como *clínica do sujeito*, em que se faz notar a presença do discurso psicanalítico.

O conceito de clínica ampliada aponta para a necessidade de inclusão de outros saberes além do biológico, o que pressupõe o trabalho da equipe multiprofissional nos serviços de saúde mental articulado ao Projeto Terapêutico Singular, construído junto ao paciente. Contudo, esse conceito, na apresentação de alguns autores (CAMPOS, 2002; GRIGOLO, 2010; LANCETTI, 2010), aparece na intersecção com os conceitos de cuidado e clínica do sujeito.

Para Rinaldi e Lima (2006), a noção de clínica sofre uma série de transformações que vão desde a sua supressão, ao ser recoberta pelo cuidado, até a sua ressignificação como clínica ampliada ou clínica do cotidiano.

Já o conceito de cuidado, pressupõe que o cuidar em saúde mental se faz na relação do paciente com aqueles com quem convive e dos espaços institucionais circulados por ele. Segundo Grigolo (2010), a clínica do cuidado é praticada em diversos cenários e tem o desafio de produzir saúde mental nas relações de cuidado (família e amigos) e onde se fizer necessário, como: casas, serviços abertos, hospitais, comunidade etc. Essa concepção de clínica, conforme mencionado por essa autora, deu origem à concepção do tratamento com base na rede de atenção substitutiva e territorial e seus agentes.

A partir do campo da psicanálise, a clínica do sujeito se refere a uma clínica voltada ao sujeito do inconsciente. Para Figueiredo (2007, p. 85), essa clínica no campo da saúde mental é “fazer existir o sujeito justo onde ele tende a se apagar pela via do automatismo”. É uma clínica que se renova a partir da convocação do sujeito a falar.

Tomado como eixos de discussão os direcionamentos propostos pela clínica da reforma psiquiátrica, no relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental são encontradas algumas diretrizes que sustentam esta clínica. Entre eles é possível elencar:

As relações pautadas no acolhimento e vínculo entre trabalhadores, usuários e familiares; o cuidado integral; o protagonismo social representado pela autonomia e autodeterminação do usuário; o diálogo entre o saber acadêmico e o saber popular; além das diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2010).

A clínica da reforma psiquiátrica, como antes citado, tem como diretriz a PNH que apresenta a articulação da clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, os quais pressupõem a escuta no funcionamento dos dispositivos de saúde mental (BRASIL, 2004b; 2008). Na clínica ampliada, o tratamento se converte no acompanhar da vida do paciente e, embora não dispense o saber psiquiátrico, incorpora outros saberes, outros instrumentos e práticas (RINALDI; LIMA, 2006).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) como outro dispositivo estabelecido como orientador na clínica da reforma psiquiátrica tem com objetivo:

A singularidade do sujeito como elemento central de articulação e propõe um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito, resultado da discussão da equipe interdisciplinar, como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação (BRASIL, 2008).

O PTS é um dispositivo conduzido pelo Terapeuta de Referência (TR), definido como aquele que terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o paciente o seu projeto terapêutico, definindo as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o paciente e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004a).

O trabalho desenvolvido sob o dispositivo PTS se assemelha ao que Figueiredo (2010), propôs como uma organização coletiva da equipe a partir da “transferência de trabalho” e “construção do caso”. A primeira diz respeito ao trabalho com responsabilidade partilhada fazendo circular o saber que advém do sujeito; o último se dá a partir dos elementos fornecidos pelo sujeito, e não da convergência de saberes múltiplos dos profissionais.

Assim, embora o conceito de clínica ampliada estabeleça em sua formulação o rompimento com a concepção de clínica como somente médica ao propor a inclusão de outros profissionais, não é somente a inserção de outros profissionais que caracterizam a clínica ampliada, mas a inclusão do sujeito para além da doença.

Essa clínica parte do compromisso ético com o sujeito, de modo singular e da responsabilidade do profissional sobre o paciente, além do diálogo com outros setores das políticas públicas, o reconhecimento dos limites dos saberes de cada profissional e das tecnologias por eles empregadas (BRASIL, 2008).

No conceito de clínica ampliada exposto acima, há um posicionamento de que o tratamento em saúde mental é dado na direção do sujeito e sua singularidade. Contudo, pode-

se inferir que esse documento trata o mesmo sujeito singular como aquele em que o conjunto dos sinais e sintomas são valorizados, o que sinaliza que mesmo quando há uma preocupação com o sujeito, essa menção ao sujeito se dá pela via organicista.

É possível identificar essa referência ao aspecto orgânico, no documento da PNH relacionado à Clínica Ampliada, no qual se afirma que “o diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. Mas para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo” (BRASIL, 2008, p. 3).

No documento destinado à operacionalização dos CAPS (Brasil, 2004a), se aponta que “todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um ‘meio terapêutico’, isto é, nas sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica”.

Segundo Figueiredo (2005), a clínica no CAPS se faz no coletivo. O recurso ao coletivo se dá na própria convivência, que é uma característica privilegiada dos CAPS, por meio das diversas propostas de tratamento como oficinas terapêuticas; trabalho protegido; grupos de medicação; grupos e assembleias de pacientes e familiares; atividades conjuntas de lazer e esporte, enfim, o coletivo é a marca dessa clínica já definida como ‘ampliada’.

Almeida (2003, p.169) aponta que:

Há uma ideia de que as oficinas são lugares exclusivos de produção e manejo de subjetividade, um lugar essencialmente técnico, digamos assim, onde o terapêutico acontece [...] como se os nexos de produção de subjetividade não se espalhassem pelo ambiente-CAPS à revelia de qualquer intento de formação técnica.

Para Tenório (2001), “o tecido institucional é o dispositivo capaz de acolher e sustentar possibilidades transferenciais e expressivas inapreensíveis no âmbito dos dispositivos tradicionais [...] a instituição deve ser, portanto, uma ‘superfície de vida’, uma organização do espaço, das trocas, da circulação”.

Os conceitos de escuta e de vínculo e afetos, assim propostos no documento da PNH (2008), articulados ao conceito de clínica ampliada e projeto terapêutico, tornam-se operadores dessa clínica, onde o acolhimento, o estabelecimento de vínculos e o respeito à singularidade e à diversidade devem ser possibilitados.

De acordo com a PNH (2008), a escuta é então designada como forma de acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Já no que se refere ao vínculo, é mencionada a transferência de afetos tanto por parte dos pacientes com os profissionais quanto dos profissionais para os

pacientes ou dos profissionais entre si, o que segundo esse documento, aumenta as possibilidades de ajudar o sujeito.

Segundo Tenório (2001), a experiência clínica mostra que a transferência é um fenômeno produzido pelo paciente mais ou menos a revelia do profissional, o que não quer dizer sem relação com a presença do mesmo, pois é preciso que o profissional esteja ali e represente uma oferta de trabalho.

É importante assinalar que o termo escuta e transferência de afetos acima citados na PNH parecem demarcar uma herança do conceito de transferência proposto pela psicanálise, já que ao se mencionar estes conceitos é levado em consideração o sujeito e a sua possibilidade de falar. No entanto, somente em outro capítulo, esses conceitos serão abordados, de modo a discutir como eles são formulados pela Psicanálise e como ele podem contribuir para a escuta do paciente psicótico.

2.3 O sujeito na clínica da reforma psiquiátrica

Com base nos documentos referentes à Política Nacional de Saúde Mental e aqueles que estão articulados como os documentos da Política Nacional de Humanização, verifica-se que é dada ênfase ao termo “sujeito” seguido de expressões como produção de sujeito ou dimensão subjetiva e social.

A exemplo do documento referente à Clínica Ampliada (BRASIL, 2008), é dada ênfase ao termo “sujeito”, considerado assim como um dos balizadores da clínica da reforma psiquiátrica. Esse documento se refere a um “sujeito” em sua complexidade, o qual utiliza os serviços e busca a participação, autonomia e adesão ao projeto terapêutico. É também proposto nesse mesmo documento, um posicionamento profissional de dialogar com esse “sujeito”, considerando a sua complexidade. Cabe então interrogar de qual sujeito se está falando, qual o lugar desse sujeito na atual política de saúde mental brasileira e na clínica da reforma psiquiátrica e do que se trata quando é proposto que o profissional deve dialogar com o sujeito.

No Relatório da IV Conferência de Saúde Mental, são definidos como princípio e diretrizes para a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial que “o usuário possa ter garantido seus direitos de cidadão, de forma a superar preconceitos e ser protagonista de seu próprio tratamento” (Brasil, 2010, p. 64), o que parece demonstrar é que o sujeito em questão, citado no documento da Clínica Ampliada, é o mesmo usuário dos serviços, mencionado na IV Conferência de Saúde Mental.

Assim como é situada a pessoa no Artigo 7º da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), o qual versa sobre a preservação da autonomia das pessoas e participação na comunidade, as concepções de sujeito e de usuário veiculadas nos documentos citados acima parecem convergir para uma concepção de sujeito restrita a de um sujeito de direito diferente daquilo que é proposto pela Psicanálise. Seria então o sujeito da política de saúde mental, o mesmo usuário ou a mesma pessoa? Seria ele tão somente um sujeito de direito?

Com base nos documentos já mencionados e na Constituição do Brasil de 1988 que trata dos direitos e deveres do cidadão e na Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 que versa sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, os conceitos de sujeito, indivíduo e pessoa comparecem como sinônimos de cidadão, pois antevêm uma preocupação com a cidadania, como se a garantia da cidadania por si só já fosse o próprio tratamento, garantia essa que se estende desde o direito à desinstitucionalização até o direito à reabilitação psicossocial.

De acordo com Rinaldi e Lima (2006), na clínica da reforma psiquiátrica há concepções de sujeito e de cidadania que aparecem correlacionados de formas distintas:

As noções de sujeito e cidadania são muitas vezes confundidas. Sendo o discurso da cidadania o discurso dominante, a noção de sujeito frequentemente aparece atrelada a esse discurso, como sujeito de direitos e necessidades, a partir da proposta de inclusão social. A outra noção, de pessoa única, cuja individualidade, diluída no espaço do manicômio deve ser resgatada e respeitada. De outro, acentua-se o objetivo central do trabalho dos técnicos, que é possibilitar a reinserção desses sujeitos, como cidadãos, na sociedade.

Segundo Tenório (2001, p. 21), a assunção da cidadania como valor central se materializou no campo da reforma em duas posições a princípio incompatíveis: uma a de que se trata de formular uma clínica que organiza seus procedimentos segundo o objetivo de promover a cidadania do louco; outra, a de que no seio do paradigma clínico não há possibilidade de cidadania para ele.

O direito à cidadania é marca preponderante da Reforma Psiquiátrica e é partir desse atributo que se situa a diferença do modelo asilar para o modelo de atenção territorial, já que o quê marca essa diferença não é somente a soma de outras tecnologias de cuidado à tecnologia médica, mas a destituição do poder médico e das instituições médicas sobre o louco e a loucura.

Diferente da concepção de sujeito de direito encontrada nos documentos referentes à Política de Saúde Mental, para a Psicanálise o sujeito do inconsciente é aquele que emerge do laço discursivo e é, portanto atravessado pelo laço social (COSTA-MOURA, 2006).

O sujeito do inconsciente “é o que advém, o que pode advir, quando ao *Isso fala*, na emergência de um ato falho, ou de um sonho, pode suceder um sujeito implicado até o preço de seu desejo, um sujeito que pode vir a se responsabilizar pelo descentramento que o significante provocou” (COSTA-MOURA, 2006).

Para a Psicanálise, quando se fala em sujeito não há uma separação entre a dimensão subjetiva e a dimensão social, o que não comparece no conceito de sujeito presente em documentos da Política Nacional de Saúde Mental. Como Freud apontou (1921 [1996], p. 81), a psicologia individual é, ao mesmo tempo, também psicologia social, já que “as relações de um indivíduo com os pais, com os irmãos, com o objeto de seu amor e com o seu médico, na realidade, todas as relações que até o presente constituíram o principal tema da pesquisa psicanalítica, podem reivindicar serem consideradas como fenômenos sociais”.

O sujeito para a Psicanálise é o sujeito do inconsciente, sujeito submetido às leis da linguagem e não às leis que se originam da justiça social concernente ao campo da Política de Saúde Mental. Todavia, a Psicanálise não se opõe à proposta de um sujeito de direito, mas propõe que há algo a ser escutado na fala de cada sujeito que se coloca para além do benefício social.

3 A ESCUTA PARA A PSICANÁLISE E A CLÍNICA DA REFORMA PSQUIÁTRICA

Neste capítulo, apresento as formulações de Freud lido por Lacan acerca do mecanismo da psicose, seguidas da teorização de Freud no que se refere ao método da associação livre, para então realizar a leitura da escuta do paciente psicótico no Centro de Atenção Psicossocial.

3.1 O mecanismo da Psicose

Apesar de não ter se debruçado sobre o estudo da psicose a partir da escuta de pacientes psicóticos, com base no estudo do caso *Schreber*, Freud (1911 [1996]) formula teoricamente o mecanismo da paranoia alicerçado no desenvolvimento libidinal e avança em relação à psiquiatria no que diz respeito à constituição psíquica do psicótico.

Freud considera que há no aparelho psíquico uma excitação diferente da energia relacionada aos outros processos orgânicos tidos como função biológica, a exemplo da sede e da fome, e que essa energia por ele denominada de libido é tida como uma força relacionada a um processo particular de excitação sexual.

A excitação sexual a qual Freud se refere (1905 [1996]) é descrita como um *quantum* de energia que não se restringe às partes sexuais, mas a todos os órgãos do corpo. A representação desse *quantum* de libido investida no corpo é denominada de *libido do eu* ou *libido narcísica* e essa, por sua vez, quando investida em objetos sexuais se converte em *libido do objeto*.

Há uma relação entre a libido narcísica e a libido objetal, na qual o investimento no objeto parte do funcionamento da libido narcísica. Segundo Freud (1905 [1996], p. 206):

A libido narcísica parece-nos ser o grande reservatório de onde partem as catexias de objeto e no qual elas voltam a ser recolhidas, e a catexia¹ libidinosa narcísica do eu se nos afigura como o estado originário realizado na primeira infância, que é apenas encoberto pelas emissões posteriores da libido, mas no fundo se conserva por trás delas.

Pode-se considerar então que há na libido objetal uma transitoriedade quanto ao seu investimento. Sobre a mesma, Freud (1905 [1996], p. 205) aponta que “vemo-la então

¹ O termo *catexia* foi encontrado na edição que data de 1998, edição essa consultada para fins deste trabalho, mas onde se lê *catexia*, leia-se: investimento.

concentrar-se nos objetos, fixar-se neles ou abandoná-los, passar de uns para outros e, partindo dessas posições, nortear no indivíduo a atividade sexual que leva à satisfação, ou seja, à extinção parcial e temporária da libido”.

Freud (1915a [1998]) atribui então à pulsão quatro termos: *drang* (pressão), *ziel* (alvo), *objekt* (objeto) e *quelle* (fonte). Por pressão entende-se a quantidade de força ou a medida de exigência de trabalho que ela representa. Lacan (1964 [2008]) vai chamá-la de impulso, de tendência à descarga. Lacan em seu retorno à Freud, ao fazer menção a essa tendência, ainda nos lembra que a pulsão é uma *konstante kraft*, uma força constante, pois não se cansa de se inscrever.

O outro termo da pulsão assinalado por Freud é o alvo ou meta. O alvo da pulsão é sempre a satisfação. Lacan coloca ainda que a satisfação é paradoxal, pois mesmo pelas vias do desprazer, há satisfação, já que aquilo que é prazer para uma instância é desprazer para outra.

Embora a meta final de toda pulsão seja sempre a mesma, são diversos os caminhos que podem conduzir a essa meta. Portanto, uma pulsão pode ter numerosas outras metas mais próximas e metas intermediárias, que se combinam ou até se permutam entre si antes de chegarem à meta final (FREUD, 1915 [2004], p. 148).

O objeto como outro termo da pulsão é a coisa em relação à qual ou através da qual a pulsão é capaz de atingir a sua finalidade, a satisfação. Esse objeto não é necessariamente algo estranho: poderá igualmente ser uma parte do próprio corpo do indivíduo (FREUD, 1915a [1996]).

Na medida em que Freud coloca que o objeto é o meio pelo qual a pulsão atinge seu alvo, Lacan (1964 [2008], p. 165), em seu retorno à Freud, conclui que “nenhum objeto, de nenhuma necessidade, pode satisfazer a pulsão”. Assim, o objeto da pulsão propriamente dito não é o mais importante, pois como aponta Freud (1915 [2004], p. 149), “é o elemento mais variável da pulsão e não está originalmente vinculada a ela, sendo-lhe apenas acrescentado em razão de sua aptidão para propiciar a satisfação”. A fonte de uma pulsão é o processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo, e cujo estímulo é representado na vida mental por uma pulsão. A fonte pode ser ferida de sua finalidade (FREUD, 1915a [1996]).

Freud propõe que há uma dicotomia entre o mundo interno e mundo externo, e segundo ele (1940[1938] 1996, p. 215), o *eu* deve a sua origem, bem como a mais importante de suas características adquiridas, à sua relação com o mundo externo. Para a psicanálise, a relação objetal parte da polaridade sujeito-objeto e é por meio dela que Freud (1915a [1996]) apresenta a relação que há entre o eu e o mundo externo, conforme mostra a seguir:

No começo da vida mental, o ego é catexizado com as pulsões, sendo até certo ponto, capaz de satisfazê-lo em si mesmo. Denominamos essa condição de “narcisismo”, e essa forma de obter satisfação, de “autoerótica”. Nessa ocasião, o mundo externo não é catexizado com interesse (num sentido geral), sendo indiferente aos propósitos da satisfação. Durante esse período, portanto, o sujeito do ego coincide com o que é agradável, e o mundo externo, com o que é indiferente ou possivelmente desagradável, como sendo uma fonte de estimulação) (FREUD, 1915a [1996], p. 139-140).

No estudo do caso *Schreber*, Freud (1911 [1996], p. 69) assinala que para se chegar à relação objetal, “há um estágio do desenvolvimento da libido, entre o autoerotismo e o amor objetal”.

Esse estágio recebeu o nome de narcisismo. Chega uma ocasião, no desenvolvimento do indivíduo, em que ele reúne suas pulsões sexuais, a fim de conseguir um objeto amoroso; e começa por tomar a si próprio, seu próprio corpo como objeto amoroso (p. 69).

Ao formular a questão do autoerotismo, Freud (1914 [1996], p.84) aponta que:

Uma unidade comparável ao eu não pode existir no indivíduo desde o começo; o eu tem de ser desenvolvido. As pulsões autoeróticas, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao autoerotismo – uma nova ação psíquica, a fim de provocar o narcisismo.

Essa ação a qual Freud se referiu, somente foi descrita com Lacan (1949 [1998]). De acordo com Lacan, a constituição do *Je* ([eu]) se dá em um percurso libidinal que se inicia no autoerotismo, no qual as pulsões ainda não se encontram unificadas, mas fragmentadas em várias zonas erógenas.

No final do autoerotismo é que se dá a unificação das pulsões numa única direção, no próprio [eu], ou seja, a unificação da imagem, na qual a criança, que antes não diferenciava a sua imagem da imagem da mãe, passa então a identificar a sua própria imagem. Contudo, não basta a identificação da própria imagem pela criança para que haja a constituição do [eu], é necessária a introdução da matriz simbólica, que se dá pela autenticação da imagem da criança pelo outro, a mãe, essa que encarna o Outro para a criança.

A essa passagem, na qual se dá a unificação das pulsões e a formação do *Je* ([eu]), Lacan chamou de estágio do espelho.

O *estádio do espelho* é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental. Assim, o rompimento do círculo do *Innenwelt* (mundo interno) para o *Umwelt* (mundo externo) gera a quadratura inesgotável dos arrolamentos do eu (LACAN, 1949 [1998], p. 100).

Somente com a constituição do [eu] é que se pode falar em relação objetal que em seu decurso se dá, inicialmente, pelo investimento no próprio eu o qual se inicia no autoerotismo, seguido do reconhecimento e autenticação de sua imagem, até chegar ao narcisismo primário.

Sobre o estágio do espelho, Lacan (1949 [1998], p. 101) formulou que:

Esse momento em que se conclui o estágio do espelho inaugura, pela identificação com a imago do semelhante e pelo drama do ciúme original, a dialética que desde então liga o [eu] a situações socialmente elaboradas. É nesse momento que decisivamente faz todo o saber humano bascular para a mediatização pelo desejo do outro, constituir seus objetos numa equivalência abstrata pela ocorrência de outrem, e que faz do [eu] esse aparelho para o qual qualquer impulso dos instintos² será um perigo, ainda que corresponda a uma maturação natural – passado desde então a própria normalização dessa maturação a depender, no homem, de uma intermediação cultural, tal como se vê, no que tange ao objeto sexual, como complexo de Édipo.

Para que a criança ascenda ao lugar de sujeito desejante é necessário que por intermédio de um terceiro, haja um corte na relação dual estabelecida entre a mãe e a criança e que para essa, por sua vez, haja a passagem da posição de assujeito para a de sujeito desejante. É necessário que nesse momento se estabeleça para a criança um mais-além, mais-além esse representado pelo pai. O corte seria, portanto, uma função tributária ao pai.

A mãe, por sua vez, é aquela que possibilita ao filho a primeira relação com o Outro resultante da simbolização primordial que se dá com as idas e vindas da mãe. Freud, em *Além do Princípio de Prazer* (1920), demonstra essa primeira simbolização com o *Fort-Da*, ao descrever o jogo de uma criança no qual a criança mostrava com o carretel, o desaparecimento e o retorno do mesmo.

O menino tinha um carretel de madeira com um pedaço de cordão amarrado em volta dele. Nunca lhe ocorrera puxá-lo pelo chão atrás de si, por exemplo, e brincar com o carretel como se fosse um carro. O que ele fazia era segurar o carretel pelo cordão e com muita perícia arremessá-lo por sobre a borda de sua caminha encortinada, de maneira que aquele que desaparecia por entre as cortinas, ao mesmo tempo que o menino proferia seu expressivo ‘o-o-ó’. Puxava então o carretel para fora da cama novamente, por meio do cordão, e saudava o seu reaparecimento com um alegre ‘da’ (‘ali’) (FREUD, 1920 [1996], p. 25-26).

Freud (1920 [1996]) aponta que esse jogo encenado pela criança se relacionava à renúncia pulsional que efetuava ao deixar a mãe ir embora sem protestar. Compensava-se por isso, encenando ela própria o desaparecimento e a volta dos objetos que se encontravam ao seu alcance.

Para Lacan (1957-1958 [1999], p.188):

² O termo *instintos* foi utilizado na edição de 1998 consultada para fins desse trabalho, mas para melhor apreensão da ideia proposta neste parágrafo, onde se lê *instintos*, leia-se: *pulsões*.

Através dessa simbolização, a criança desvincula sua dependência efetiva do desejo materno da pura e simples vivência dessa dependência e alguma coisa se institui, sendo subjetivada num nível primário ou primitivo. Essa subjetivação consiste, simplesmente, em instaurar a mãe como aquele ser primordial que pode estar ou não presente.

Com a simbolização primeira resultante da relação com a mãe, essa criança que por sua vez já se encontra inserida no mundo simbólico, se instaura então o desejo da criança, um desejo do que a própria mãe deseja, na medida em que o quê a criança deseja é o desejo do desejo da mãe, ela deseja o objeto do desejo da mãe. Sendo o objeto do desejo da mãe, o falo, a relação da criança com o mesmo depende não somente da posição do falo no plano imaginário, mas da posição do pai na ordem simbólica. Pai esse que priva a mãe do objeto de seu desejo, o objeto fálico.

Freud formulou a questão da incidência da relação parental na constituição do sujeito desde os *Estudos sobre a Histeria* (1893 -1895 [1996]) e nos *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905 [1996]) com a *Teoria do Complexo de Édipo*, mas é a partir do estudo das sociedades primitivas em *Totem e Tabu* (1913 [1996]), que Freud vai nos mostrar que na “relação do homem com o pai” (FREUD, 1913 [1996], p. 158), há algo fundamental para a constituição do sujeito, que vai além da proibição contra o incesto.

Sob o imperativo do “não matarás” como lei básica do totemismo, Freud apreende desses estudos que com a morte do pai, “o pai morto tornou-se mais forte do que o fora vivo” (p. 146) e é a partir dessa premissa que Freud vai teorizar acerca do pai enquanto lei.

A lei básica do totemismo é uma analogia utilizada por Freud para ilustrar a incidência do pai enquanto portador da lei e proibidor do objeto que é a mãe. A esse pai que mesmo depois de morto, permanece vivo em forma de lei no nível da linguagem, Lacan denominou de *pai simbólico*.

O pai aqui referido não é somente o pai como de direito portador da lei que promulga a proibição do incesto, mas o pai como portador da lei, investido pelo significante do pai, pelo significante Nome-do-Pai, como então foi denominado por Lacan. Assim, a interdição do incesto se dá pela função exercida por ele e é a esse pai simbólico que é atribuída a função de operador da Metáfora Paterna.

Lacan (1957-1958 [1999]) coloca que é o significante Nome-do-Pai, o qual funda como tal o ato de existir a lei, que se dá a operação da metáfora paterna na travessia edipiana. A metáfora para a psicanálise é a substituição de um significante que surge no lugar de outro significante e no caso da operação da metáfora paterna, ela se dá pela substituição do primeiro

significante introduzido na simbolização, o significante do desejo da mãe, pelo significante Nome-do-Pai, significante da lei.

Esse significante representa a *lei* simbólica, que na psicose não comparece. A Forclusão (*Verwerfung*) seria, portanto, a ausência de inscrição do significante Nome-do-Pai e tudo o que se produz na psicose ordena-se em torno da tentativa do sujeito de fazer suplência à ausência do significante Nome-do-Pai (LACAN, 1957-1958 [1999]).

Dada a ausência do significante Nome-do-Pai, o psicótico busca uma ancoragem imaginária para se sustentar enquanto sujeito e é no delírio que ele pode encontrar um ponto de sustentação em seu contexto de existência. Para Lacan (1955-1956a [1988], p. 107), é no delírio, “proliferação imaginária, no qual se introduz, de maneira deformada, e profundamente a-simbólica, o sinal central de uma mediação possível”.

Lacan esclarece que a relação do psicótico com a linguagem é de outra ordem e aponta que na impossibilidade de mediação simbólica, o sujeito psicótico atribui ao *outro* aquilo que por ele foi rejeitado, ao afirmar que “tudo o que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung* reaparece no real” (1955-1956a [1988], p. 22).

Essa é a leitura de Lacan do que foi indicado por Freud em relação ao caso *Schreber*. Para Freud, a percepção suprimida internamente não é projetada para o exterior, mas “aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (1911 [1996], p. 78). Com base nisso, Lacan (1955-1956a/ [1988]) apontou que a projeção na psicose é o mecanismo que faz voltar de fora o que está preso na *Verwerfung*, ou seja, o que foi posto fora da simbolização geral que estrutura o sujeito.

3.2 A Escuta para a Psicanálise

Com a proposta de apresentar a escuta do paciente psicótico a partir do trabalho de Freud lido por Lacan, cabe então trazer como a fala do paciente, desde o início das descobertas psicanalíticas, é o alicerce da escuta analítica.

No início da construção de sua teoria ainda na época do emprego do *método catártico* com as histéricas, Freud já reservava um espaço destinado à fala do paciente por acreditar que era o meio através do qual todo o tratamento se desenrolaria; mesmo que, para ele, naquele momento de sua teorização, a expectativa quanto ao efeito da fala fosse apenas catártico.

A partir dos questionamentos ao *método catártico*, Freud acentuou a importância da *escuta* do paciente e propôs o *método da associação livre*, no qual de um lado o paciente falava livremente e do outro, o analista, permaneceria em *atenção flutuante*.

O *método da associação livre* proposto por Freud se deu inicialmente como forma de interpretar os sonhos. Em “Cinco Lições de Psicanálise” (1910a [1996], p. 48), Freud demonstra como se dá a interpretação dos sonhos a partir do método da associação livre.

Pondo de lado a aparente conexão dos elementos do sonho manifesto, procurarão os senhores evocar ideias por livre associação, partindo de cada um desses elementos e observando as regras da prática psicanalítica. De posse deste material chegarão aos pensamentos latentes do sonho com a mesma perfeição com que conseguiram surpreender no doente o complexo oculto, por meio das ideias sugeridas pelas associações livres a partir dos sintomas e lembranças.

Ao se dedicar a revisão da Teoria dos Sonhos, na *Conferência XXIX* (1933/1932 [1996]), Freud define que na ocasião em que o paciente conta um sonho, “ouvimos passivamente, sem colocar em ação nossa capacidade de reflexão” (p. 20).

Eis, então, o *método da associação livre* proposto por Freud em que o peso não está no significado que o conteúdo do sonho pode ter e da impressão que o sonho causou ao paciente. O analista se coloca atento às palavras usadas pelo paciente ao contar o sonho e como os significantes vão se encadeando na fala do paciente.

Em *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise*, Freud (1912a [1996], p. 125-126) então indicou que se deve “simplesmente escutar” e isso implica uma posição de “manter a atenção uniformemente suspensa em face de tudo o que se escuta”, e foi a isso que ele denominou de *atenção flutuante*.

A *atenção flutuante* diz respeito a manter-se atento aos conteúdos trazidos pelo paciente, sem priorizar a atenção para cada pormenor que ele trouxe ou atribuir maior importância a algum ponto da fala do paciente. Freud mostrou, com isso, a importância de se escutar o que paciente diz e como diz, como os conteúdos que se repetem, os pensamentos que o paciente revela querer pôr de lado ou aqueles que são para ele considerados irrelevantes.

A noção de *atenção flutuante* está intimamente ligada a de *associação livre*, e como indicou Freud, essas duas noções são as balizas da clínica psicanalítica. Quando Freud se propôs a deixar que o paciente “diga tudo o que lhe passa pela mente” e “conte-me o que sabe a respeito de si próprio”, do outro lado, do lado do analista, ele propunha que “deve-se deixar que o paciente fale e ele deve ser livre para escolher em que ponto começará” como é mostrado em *Sobre o início do tratamento* (FREUD, 1913 [1996], p. 149-150).

Quando indica que o paciente deve ser livre para falar e escolher em qual ponto começará, Freud também adverte que a *associação livre* sofre a influência da resistência disfarçada em juízo crítico. Freud (1910a [1996], p. 45) coloca que:

Para evitá-la põe-se previamente o doente a par do que pode ocorrer, pedindo-lhe que renuncie a qualquer crítica; sem nenhuma seleção deverá expor tudo o que lhe vier ao pensamento, mesmo que lhe parece errôneo, despropositado ou absurdo, e especialmente, se lhe for desagradável a vinda dessas ideias à mente.

Com essas recomendações, Freud já indicava que do lado do paciente há um saber que não se sabe e que advém do inconsciente, o que é possível também identificar na seguinte passagem do *Esboço de Psicanálise* (Freud, 1940 [1996], p. 188-189):

O que desejamos ouvir de nosso paciente não é apenas o que sabe e esconde de outras pessoas; ele deve dizer-nos também o que não sabe [...] deve dizer-nos não apenas o que pode dizer intencionalmente e de boa vontade, coisa que lhe proporcionará um alívio semelhante ao de uma confissão, mas também tudo o mais que a sua auto-observação lhe fornece, tudo que lhe vem à cabeça, mesmo que lhe seja desagradável dizê-lo, mesmo que lhe pareça sem importância ou realmente absurdo.

Assim, ao calar-se e permitir que o paciente falasse livremente, Freud propõe o *método da associação livre* sob o qual o paciente pode endereçar a fala livremente ao analista, de forma que as questões trazidas por esse paciente possam ser trabalhadas a partir das associações feitas a cada vez que ele se coloca a falar e endereçar sua fala ao analista.

A *associação livre* não se trata de tomar a fala do paciente e com isso dirigi-lo por meio de recomendações, mas dirigir o tratamento por meio de uma escuta que, no caso da psicose, abra a possibilidade de encontrar um lugar possível de sujeito com a circunscrição de suas questões por meio do delírio.

A escuta como então proposta por Freud, não pode ser dissociada da concepção de realidade também proposta por ele, considerando que a partir desse ponto de vista é que houve uma quebra de paradigma. Para Freud, toda realidade é uma realidade psíquica, o que implica dizer que o conteúdo trazido na fala do paciente diz respeito à lente a partir da qual ele percebe o mundo que o cerca.

Há ainda na teoria de Freud pontos importantes quanto à diferença da realidade psíquica na psicose quando comparada à neurose. Para ele, há tanto na neurose quanto na psicose uma tentativa de substituição da realidade, tentativa essa feita através da fantasia para a primeira e do delírio para a segunda, mas para Freud (1924a [1996], p. 207) essa substituição da realidade na psicose se dá pelo repúdio à realidade e não por ignorá-la como na neurose.

Na psicose há uma reparação da perda da realidade, não às expensas de uma restrição com a realidade, mas de uma maneira mais autocrática, pela criação de uma nova realidade que não levanta mais as mesmas objeções que a antiga, que foi abandonada (FREUD 1924a [1996]).

Embora na obra de Freud não se encontre relatos de casos de psicoses feitos a partir da escuta feita por ele, foi com base no caso *Schreber* no estudo intitulado *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia* (1911 [1996]), que Freud pôde avançar nas formulações teóricas que indicaram a possibilidade de uma escuta do paciente psicótico.

Com base na história contada sob forma de livro em 1903 pelo próprio paciente, o então doutor em Direito Daniel Paul Schreber, Freud (1911 [1996]) ao estudar essa obra, situa que a fala do paciente psicótico deve ser considerada. Ainda no início da descrição do caso *Schreber*, Freud (1911 [1996], p. 21) indica que “a investigação psicanalítica da paranoia seria completamente impossível se os próprios pacientes não possuíssem a peculiaridade de revelar (de forma distorcida, é verdade), exatamente aquelas coisas que outros neuróticos mantêm escondidas como um segredo”.

A partir desse estudo, Freud mostra que há na fala do paciente psicótico algo que se distingue da fala do neurótico e mostra com isso que há no delírio uma tentativa de restabelecimento de seu mundo. Freud (1911 [1996], p. 45) coloca que existem dois ângulos a partir dos quais poderíamos tentar chegar à história de um caso de paranoia e nela expor os conhecimentos complexos e forças motivadoras da vida mental. Poderíamos partir das próprias declarações delirantes do paciente ou das causas ativadoras de sua moléstia.

Por meio do estudo do caso *Schreber*, Freud estabelece que a “formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (FREUD, 1911 [1996], p.78).

Com referência à gênese dos delírios, Freud (1924b [1996], p. 169) afirma que:

Inúmeras análises nos ensinaram que o delírio se encontra aplicado como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do eu com o mundo externo. Se essa condição de um conflito não nos é muito observável do que atualmente acontece, isso se deve ao fato de que, no quadro clínico da psicose, as manifestações do processo patogênico são amiúde recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução.

Nessa perspectiva, Freud (1937 [1996]), em *Construções em Análise*, ao se referir aos delírios coloca que:

Os delírios dos pacientes parecem ser os equivalentes das construções que os neuróticos erguem no transcorrer de um tratamento analítico – tentativas de explicação e de cura, embora seja verdade que estas, sob as condições de uma psicose, não podem mais do que substituir o fragmento da realidade que está sendo rejeitado no passado remoto.

Principalmente com o estudo do caso Schreber, Freud faz referência à fala do paciente psicótico ao considerar que o delírio é uma construção possível de ser escutada e não algo ininteligível e que deve ser abolido.

Em seu retorno a Freud, Lacan apontou que o fenômeno da psicose é um fenômeno de linguagem. Em seu Seminário dedicado ao estudo das psicoses, Lacan (1955-1956a [1988]) apresenta o caso intitulado por ele de “*Eu venho do salsicheiro*”, caso esse de uma jovem que ao cruzar com um homem que, para ela, era desprezível, profere a frase “eu venho do salsicheiro”. Ao contar sobre esse acontecimento, a jovem diz que ao proferir tal frase, é surpreendida pelo homem que segundo a paciente a chama de “porca”.

O que Lacan nos mostra é que “na fala, o sujeito recebe sua mensagem sob uma forma invertida” (1955-1956a [1988], p. 63), ou seja, o sujeito recebe sua mensagem vinda do Outro sob uma forma invertida e pode a reconhecer como que tem a ver consigo, o que não se realiza na psicose, já que a mensagem se dá por alusão.

Para Lacan há somente duas formas de falar para o sujeito; dirigindo-se ao Outro e dele recebendo a mensagem que concerne a si mesmo sob uma forma invertida, ou indicando sua existência sob uma forma de alusão (LACAN, 1955-1956a [1988]).

Com Lacan (1955-1956a [1988]), na psicose o Outro está excluído enquanto detentor do significante. Por isso ele é tão potentemente afirmado, entre ele e o sujeito, no nível do outro, do imaginário. Por isso a mensagem que o sujeito deveria receber de forma invertida vinda do Outro não se presentifica, não garantindo, portanto, a autenticação simbólica de sua mensagem, ou seja, um lugar na ordem simbólica.

Sobre o caso acima citado, Lacan (1955-1956a [1988], p. 66) afirma:

Se essa mulher é propriamente uma paranoica, é que o ciclo, para ela, comporta uma exclusão do Outro. O circuito se fecha nos dois outros com minúsculo que são o fantoche na frente dela, que fala, e no qual ressoa a mensagem que é a dela, e ela própria que, enquanto eu, é sempre um outro e fala por alusão.

Lacan (1955-1956a [1988], p. 66) coloca ainda que para o sujeito: “é manifestadamente alguma coisa de real que fala. Nossa paciente não diz que é um outro qualquer atrás dela que fala, ela recebe dele sua própria fala, mas não invertida, sua própria fala esta no outro que é ela mesma, seu reflexo no espelho, seu semelhante”.

Dessa forma, o que Lacan mostra é que para além do fenômeno da crise com produções delirantes exuberantes, desespero alucinatório e passagens ao ato, a fala do paciente psicótico pode servir como um ponto de ancoragem para ele e assim esse alcançar um lugar possível de sujeito.

3.3 A Escuta do paciente psicótico no CAPS

Nas diretrizes propostas pela PNSM há a recomendação de que o CAPS apresente em seu funcionamento o profissional de referência e destaca ainda que é “preciso levar em conta que o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é fundamental em seu processo de tratamento” (BRASIL, 2004a).

Considerando as funções do TR propostas no documento relacionado ao CAPS (BRASIL, 2004a), de monitorar o projeto terapêutico e o trabalho com a família, a equipe do CAPS, ao elaborar uma forma de operacionalizar o PTS a partir da distribuição dos pacientes aos profissionais conforme os regimes (intensivo, não intensivo e semi-intensivo)³, parece desconsiderar o vínculo estabelecido pelo paciente com o profissional.

Acerca disso, Figueiredo (2005) coloca que os protocolos de intervenção que ditam o que fazer *a priori* funcionam como uma espécie de anteparo ao real da clínica e oferecem suporte para as ações, mas não são suficientes para o enfrentamento das situações cotidianas e para uma abordagem continuada de cada caso.

Assim, essa forma de organização do serviço adotada pela equipe do CAPS não leva em consideração aquilo que é de mais importante como baliza na condução de um tratamento para a Psicanálise: a autorização, pela via da transferência, dada pelo paciente ao profissional de que ele pode conduzir o seu tratamento.

Acontece que, com muita frequência, aquele profissional de referência definido por essa distribuição meramente burocrática não é o mesmo para o qual o paciente direcionou um pedido de tratamento pelo endereçamento da fala, o que nos leva a interrogar qual lugar é dado à transferência no tratamento proposto no CAPS.

Na condução do tratamento de alguns profissionais do CAPS é muito comum identificar que há uma diferença frente ao tratamento de um paciente neurótico e de um paciente psicótico, em uma perspectiva de que para o paciente inscrito na neurose a construção da sua realidade dispensa dúvidas e para aquele inscrito na psicose, há algo que sempre deve passar por uma comprovação da realidade.

³ De acordo com a Portaria nº 336 de 19/02/2002 são definidos os atendimentos intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O atendimento intensivo é aquele destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, o paciente pode ter uma frequência menor. Embora as nomenclaturas intensivo, semi-intensivo e não intensivo não vigorem mais como procedimentos de acordo com a Portaria nº 854 de 22/08/2012, essas nomenclaturas permanecem sendo utilizadas para fins de organização do serviço.

A questão que aqui se coloca frente a esse atendimento do paciente psicótico é que essa conduta não considera a concepção de realidade psíquica proposta por Freud, de que toda realidade é um realidade psíquica, ao determinar que aquele conteúdo trazido pelo paciente passe por uma confirmação por parte do familiar ou daquele que o traz ao serviço, a fim de se identificar veracidade dos fatos. Para alguns profissionais do CAPS a busca por essa verdade é algo rotineiro, principalmente quando esse paciente é dado como “esquizofrênico”, muito embora se saiba que se tratando de realidade psíquica o que importa é que para o paciente aquilo que ele traz é uma verdade para ele.

Por parte dos profissionais que compartilham da perspectiva antes citada, o discurso do paciente é destituído de legitimidade ao se considerar que o mesmo não é capaz de falar de si próprio e da sua própria história de vida, com a atribuição ao outro, muitas vezes representado por sua família, a tutela de sua fala.

Freud mostra que, por se tratar da realidade psíquica, o que está em questão não é se há um erro de percepção por parte do paciente psicótico ou se há veracidade na fala do mesmo, mas que há nessa fala algo que sinaliza a busca por um ponto de ancoragem.

Freud (1937, [1996], p. 286) coloca que no tratamento da psicose:

Abandonar-se-ia o vão esforço de convencer o paciente do erro de seu delírio e de sua contradição da realidade, e, pelo contrário, o reconhecimento de seu núcleo de verdade permitiria um campo comum sobre o qual o trabalho terapêutico poderia desenvolver-se.

A concepção pedagógica do tratamento em que o paciente deve ser informado ou ainda deve ser “educado” acerca do seu quadro patológico é outro ponto a ser discutido, pois ela baliza a prática de muitos profissionais inseridos em serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental, não diferente no CAPS, já que é uma noção que sustenta muitas práticas propostas pela Política de Saúde Mental de que a educação em saúde deve atravessar toda e qualquer conduta do profissional de saúde.

Em *Psicanálise Selvagem*, Freud traz essa questão e defende que “é ideia há muito superada a de que o paciente sofre de uma espécie de ignorância e que se alguém consegue remover essa ignorância dando a ele a informação (acerca da conexão causal de sua doença com sua vida), ele deve recuperar-se” (FREUD, 1910b [1996], p. 237).

É comum que as questões trazidas pelos pacientes não sejam escutadas por alguns profissionais do CAPS como um pedido endereçado a eles. Em vez disso, há a orientação ao paciente daquilo que poderá ajudá-lo na remissão de seu sintoma e o que ocorrerá caso não siga tal recomendação.

Ana, ao ingressar no CAPS como paciente, traz em suas mãos um bilhete e questiona aos profissionais que a recebem quem deles é o profissional de Psicologia. Ao ser apresentada ao psicólogo, entrega a ele um bilhete, no qual está escrito: “Eu escuto vozes. Você pode me ensinar como faço para deixar de escutar vozes?”. Naquele momento, Ana é acolhida em seu pedido de ser escutada ao ser solicitada a falar sobre o que lhe ocorre.

Contudo, durante a sua permanência no CAPS, Ana redige constantemente bilhetes e os entrega aos profissionais da equipe do CAPS. Em um desses bilhetes, ela fala: “As vozes da noite não me deixam trabalhar quieta”. Em outro momento, Ana tenta dizer o que lhe ocorre. “As vozes estão falando comigo. As vozes falam comigo o tempo todo. Elas me magoam. Eu fico triste. Elas me chamam de doida. Eu estou sofrendo com isso. Eu não sou doida, mas elas me chamam de doida. Eu não sou doida. Eu sou esquizofrênica”.

Embora Ana demonstre em sua fala a direção do tratamento a ser seguida pela equipe, a de ser escutada, alguns profissionais da equipe, por sua vez, se dirigem a paciente com orientações daquilo que ela poderia fazer para minimizar ou extinguir os sintomas (“Não pense nisso”; “É preciso tomar a medicação para parar de escutar as vozes”; “Se você tomar a medicação direito, isso vai passar”).

Em outro momento, Ana sinaliza a um profissional aquilo que ela espera da condução do tratamento. Em uma fala insistente e repetitiva de que gostaria de “mudar de casa” e que não mais gostaria de residir com a sua mãe, Ana diz, ao ser abordada por um profissional da equipe com uma sequência de perguntas (“Onde você vai morar?”; “Como você vai morar sozinha?”): “Para de me fazer perguntas, deixa eu falar, isso eu já te falei”. E Ana continuou: “a minha mãe gosta mais da Maria do que de mim. Elas me excluem. Eu quero mudar de casa, não quero mais morar com a minha mãe, eu preciso de um novo lugar para morar”.

A fala de Ana mostra que ela se sente excluída, que não existe um lugar para ela. Parece ser por meio de sua certeza de que precisa mudar de casa o que sustenta um lugar possível de sujeito. Por outro lado, a extinção dessa fala, como algo determinado por uma causa neuroquímica e a ser abolido pela via da medicação, como assim é proposto por alguns profissionais da equipe, tira a possibilidade que alguma manifestação subjetiva ganhe importância no tratamento.

Considerar a via da medicação como única alternativa possível para o tratamento mostra como o discurso médico ainda impera em muitas instituições e como os profissionais que nela estão se relacionam com esse discurso, o que mostra que, mesmo em um CAPS, as concepções hospitalocêntricas ainda podem permanecer. Assim, é preciso interrogar quais as questões que envolvem um posicionamento como esse por parte de profissionais não médicos,

considerando que sustentado pelo aparato teórico de suas profissões há a possibilidade de questionar a necessidade ou não do uso da medicação.

Por outro lado, para o médico, o psíquico parece possuir uma explicação biológica e quando esse profissional é colocado diante de questões, cujas explicações não comportam uma explicação (puramente) biológica, como a ausência de um cuidador para um paciente, dada uma rede de suporte social frágil, ele a denomina como “questão social”, considerando, portanto, ser algo sem relação com sua alçada profissional. É uma visão de psíquico que fragmenta o tratamento.

Somado a isso, parece haver na formação dos profissionais um saber pronto e não questionável, o que faz com que o profissional, diante de situações as quais ele precisa dar respostas, responda-as de acordo com o saber com o qual ele pode se assegurar, nesse caso, o saber médico. Coloca-se então uma questão que é crucial para a Psicanálise na instituição, a de inverter essa lógica, dando à fala do paciente o estatuto de saber. “O que se busca é o saber que o próprio paciente produz sobre sua história, a interpretação que faz de seu sofrimento e as saídas que inventa para tratá-lo” (FERREIRA, 2005, p. 33).

A formação dos profissionais que estão no CAPS vai influenciar diretamente como a concepção de tratamento ao paciente psicótico vai sendo construída pela equipe e como esse conhecimento vai sustentar uma atuação multiprofissional pela transferência de trabalho. Assim, se essa formação é organicista, as possibilidades de tratamento tendem a ser reduzidas somente à busca de uma remissão dos sintomas.

No decurso de sua teoria, Freud (1915b [1996], p. 202) formulou que há grandes modificações na fala do paciente esquizofrênico.

O paciente devota especial cuidado a sua maneira de se expressar, que se torna ‘afetada’ e ‘preciosa’. A construção de suas frases passa por uma desorganização peculiar, que as torna incompreensíveis para nós, a ponto de suas observações parecerem disparatadas. Referências a órgãos corporais ou inervações quase sempre ganham proeminência no conteúdo dessas observações.

A exemplo disso, Freud indicou o caso da jovem cuja queixa era de que seus olhos não estavam direitos, estavam tortos. A despeito de seu amante, referia-se ao mesmo como um “entortador de olhos”. “Ele tinha entortado os olhos dela; agora ela tinha olhos tortos; não eram mais os olhos dela; agora via o mundo com olhos diferentes” (FREUD, 1915b [1996], p. 202).

Há na fala dessa paciente uma literalidade quando se refere à sua maneira nova de olhar o mundo. Freud ao concordar com Tausk, médico que acompanhava essa paciente, coloca que “a relação da paciente com o órgão corporal (o olho) arrogou-se a si a

representação de todo o conteúdo (dos pensamentos dela). Aqui a manifestação oral esquizofrênica exibe uma característica hipocondríaca: tornou-se a fala do órgão” (FREUD, 1915b [1996], p. 203).

Para Freud, na esquizofrenia, “todo encadeamento de pensamento é dominado pelo elemento que possui como conteúdo uma inervação do corpo (ou, antes, a sensação dela” (FREUD, 1915b [1996], p. 203). Essa característica é encontrada na fala de Luís, quando faz referência aos órgãos corporais, cuja queixa diária está relacionada à cicatriz abdominal originada de uma cirurgia sob a qual o paciente refere que se encontra “aberta e com exposição dos órgãos”.

A fala desse paciente demonstra algo que não pode ser confirmado na realidade do corpo, mas por se tratar de sua realidade psíquica, essa fala não pode ser considerada como algo que não merece crédito ou como algo que pode ser descartado, já que quando esse paciente se refere a uma cicatriz “aberta e com exposição dos órgãos”, ele não o faz por metáfora da qual pode se extrair vários sentidos, mas tem um sentido único. Há uma cicatriz aberta e órgãos expostos.

Na fala do psicótico, a palavra tem peso em si mesma. Por isso Lacan recomenda que “tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta” (Lacan, 1955-1956a [1988], p.241); “o significante (e não o que ele significa) que é objeto da comunicação” (LACAN, 1955-1956b [1988], p. 544).

Para Lacan (1955-1956a [1988], p. 44):

A significação dessas palavras que fazem vocês se deterem tem como prioridade remeter essencialmente para *a* significação, como tal. É uma significação que basicamente só remete a ela própria, que permanece irreduzível. O próprio doente sublinha que a palavra tem peso em si mesma. Antes de ser redutível a uma outra significação, ela significa em si mesma alguma coisa de inefável, é uma significação que remete antes de mais nada à significação enquanto tal.

A fala do psicótico não contempla a vacilação tão presente no discurso do neurótico, já que para a última há um deslizamento dos significantes, a exemplo do observado na fala de Samuel, paciente do CAPS e que antes de seu primeiro surto lecionada a disciplina de matemática. Samuel, quando questionado por outra paciente sobre o que era razão e o que era emoção, sobre a razão, ele falou: “é o quociente entre dois números”.

Para Lacan (1955-1956a [1988], p. 69):

O significante como existindo sincronicamente é suficientemente caracterizado na fala delirante por uma modificação que destaquei aqui, a saber: alguns de seus elementos se isolam, tornam-se pesados, ganham um valor, uma força de inércia particular, carregam-se de significação, simplesmente de uma significação.

A precisão da palavra também pode ser conferida na fala de João, um paciente do CAPS, ao se referir às inúmeras tentativas de retirada do “passe-livre”. Havia uma literalidade no seu pedido de passe-livre que precisava ser escutada, o que não se deu inicialmente, já que a emissão da carteira de passe-livre foi o modo pelo qual seu pedido foi atendido.

Dunker e Neto (2004, p.119) apontam que na atual proposta da Política de Saúde Mental brasileira, o paciente “tem sua demanda revertida de demanda de cura para demanda de inclusão. Sua patologia é definida pela exclusão social concreta e não por uma nosologia neutra. A localização de sua demanda não emerge do sofrimento psíquico individualizado, mas do sofrimento atinente à sua posição de classe”. A emissão do cartão de passe-livre foi tomada como um direito a ser garantido como se a garantia desse direito por si só já fosse o próprio tratamento.

Tempos depois, João, já de posse da carteira do passe-livre, disse que, a partir de então frequentaria o CAPS, mas que isso se daria somente nos dias de sábado e domingo, dias que formalmente o serviço não funciona. Essa fala de João foi o início de um trabalho de escutar como mostrava que para ele não era mais possível permanecer em “regime intensivo”.

João manteve-se afastado das atividades propostas pela equipe. Era comum que se mantivesse dormindo durante sua permanência no CAPS e falava que preferia ter ficado em casa, fazendo aquilo que gosta, como assistir filmes e ouvir músicas, o que posteriormente o levou a falar: “não quero mais vir no CAPS todos os dias da semana”.

O comportamento de João de não participar das atividades ou permanecer dormindo foi por vezes interpretado pela equipe como indicativo de piora de seu quadro clínico, sem uma análise sobre o que ele gostaria de fazer para além dos muros do CAPS. Carvalho e Bucher-Maluschke (2013, p. 84) apontam sobre essa questão que “o ócio é percebido como fonte de adoecimento. O paciente não pode ficar parado em momento algum enquanto estiver em tratamento. Deve ser envolvido em qualquer atividade, mesmo que lhe pareça sem sentido ou pouco atrativa”.

A fala de João “não quero mais vir no CAPS todos os dias da semana” foi então a autorização, dada por ele, para que a equipe intervisse junto a sua família para a mudança de regime, como assim foi realizado. A intervenção com a família, por sua vez, não se deu sem poucas repercussões, pois, para o familiar que cuida de João, não permanecer no CAPS todos os dias seria tirar a função que o serviço tem que é a de “creche”, denominação essa utilizada por seu cuidador. Carvalho e Bucher-Maluschke (2013) sinalizam essa questão e colocam que é necessário que o CAPS não se torne um lugar que serve para o paciente simplesmente permanecer, como assim parece sinalizar a fala do familiar de João.

Caio ao se referir a uma premissa do CAPS proposta pela PNSM de que o “CAPS deve ser portas abertas” contesta essa afirmação e fala: “O CAPS diz que é portas abertas, mas ele não é nada de portas abertas. O CAPS fica com a porta fechada e um guarda na porta que não me deixa sair quando eu quero. Eu me sinto preso aqui”. Assim como a fala de João, a fala de Caio desdobrou-se em um trabalho feito com a família a fim de possibilitar que o último escolhesse os dias e horários que permaneceria no CAPS e pudesse desfrutar de alguma autonomia para retornar para sua casa quando ele achasse necessário, apontando com isso que não é a equipe ou a família que determinam o melhor para o paciente.

Tanto o caso de João quanto o de Caio trazem uma recomendação essencial da Psicanálise que é “operar a partir do que advém da clínica, do que pôde colher tanto das palavras e ações de cada paciente quanto dos efeitos de sua própria intervenção. Assim, para daí poder extrair indicações que vão sustentar a direção do tratamento e construir uma referência mínima comum” (FIGUEIREDO, 2010).

Além disso, a fala de Caio interroga a equipe sobre o próprio funcionamento do CAPS que muitas vezes na tentativa de resguardar a integridade física do paciente e se responsabilizar por sua estadia na instituição, usa de medidas que lembram as instituições totais, como de manter as portas fechadas submetendo o paciente às normas das instituições, deixando a entrada ou saída do paciente condicionada à autorização da equipe.

De acordo com Freud (1911[1996]), o mecanismo de formação de sintomas na paranoia exige que as percepções internas sejam substituídas por percepções externas. Esse fenômeno se dá para o paciente como uma imposição vinda de fora, como algo vindo do exterior e Freud (1911 [1996], p.78) coloca que “foi incorreto dizer que a percepção suprimida internamente é projetada para o exterior; a verdade é pelo contrário, que aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora”.

Márcia, paciente do CAPS, fala muitas vezes de seu intenso sofrimento psíquico a partir da primeira crise. Márcia é profissional da área de saúde e conta que a primeira crise ocorreu quando ela obteve uma promoção no seu trabalho, a partir da qual teria que assumir um cargo de maior responsabilidade. De posse desse cargo, segundo Márcia, ela foi alertada por uma colega de trabalho: “Você não durará nem dois dias nesse cargo”. Após um dia do alerta feito por essa colega de trabalho, Márcia entra em crise, sendo levada ao hospital psiquiátrico.

Márcia fala que perdeu o emprego, o esposo pediu demissão de seu emprego para oferece-lhe maiores cuidados, o filho desprende seu tempo para oferecer-lhe atenção e assim, Márcia permanece sob constante supervisão da família. Segundo Márcia, seria mais fácil se

ela morresse, para que a sua família não desprendesse tanto trabalho para cuidar dela. Pensa constantemente que, para a sua família, seria melhor se ela viesse a morrer. Não pode avistar uma faca, pois uma voz lhe diz: “Seria melhor se você morresse, pegue essa faca e corte seus pulsos”; não pode olhar um carro em movimento que a voz lhe diz: “Corra, corra para a frente do carro, se jogue na frente do carro” As duas situações já foram concretizadas pela paciente. Com isso, seus familiares escondem os objetos cortantes e a ela oferecem supervisão constante, principalmente ao sair de casa.

Em um dado momento de sua permanência no CAPS, Márcia entra na sala em gritos e choro ininterrupto. Segundo ela, há vozes vindas do jardim dizendo: “Você tem que pegar os espinhos e enfiar nos seus pulsos”. Márcia mostra os próprios braços e conta à equipe: “As vozes querem que eu pegue os espinhos e enfie nos meus pulsos, atravessando, assim, aqui, o outro lado do meu braço, pra ficar igual a um *piercing* grande”.

A equipe acompanha o relato de Márcia, até que após um longo tempo Márcia interrompe o choro e afirma: “Eles querem pra eu enfiar o *piercing*, mas eu não quero”. Em outra ocasião, Márcia se apresenta aos profissionais com espinhos introduzidos no dorso de sua mão e afirma: “Eles querem que eu use esses *piercing’s* e eu não posso tirar”.

Márcia é colocada frequentemente diante dessa imposição que retorna desde fora. Ao ser avistada “falando sozinha” e questionada sobre o que lhe ocorria, diz: “Eles estão dizendo para eu pular na piscina, mas eu já disse que não. Mas eles continuam dizendo para eu pular na piscina, eu tenho que pular na piscina, eles estão mandando”.

Para Márcia, o inconsciente está a céu aberto, as formações do inconsciente para ela causam-lhe estranhamento já que nas as reconhece como suas, são vozes que retornam desde fora. Embora a proliferação imaginária compareça para Márcia como algo do desconhecido, é nessa proliferação imaginária, no delírio, que ela encontra um ponto de sustentação, um ponto de ancoragem para sua existência, o que para a equipe é tomado como uma exacerbação de seu sintoma devendo ser extinto pela via medicamentosa.

Da mesma forma, o retorno daquilo que foi internamente abolido, como indicou Freud (1911) em relação a *Schreber*, comparece na fala de Joana ao se queixar de que não gostaria de permanecer em tratamento no CAPS já que havia “enjoado” dos profissionais da equipe. Ao lhe ser dada a possibilidade de escolher por outro serviço, Joana falou: “Vocês é que não me querem mais aqui. Vocês enjoaram de mim”.

É preciso que haja por parte da equipe um manejo do tratamento que possa marcar alguma diferença para Joana, um manejo que incida na relação de Joana com o Outro, relação

marcada pela inclusão cada vez maior de profissionais na sua série de perseguidores. Como aponta Ferreira (2005, p. 37):

É fundamental que nos perguntemos sobre o lugar que a instituição ocupa para o sujeito. Saber qual é seu papel e seu lugar na condução desse caso é o que possibilita que nós, enquanto operadores institucionais, coloquemos-nos como uma exceção no circuito das relações do sujeito, fazendo um “menos-um” na série do paciente.

Segundo Tenório (2006), a equipe é essencial para garantir um lugar de acolhimento no Outro. Essa é uma das funções da transferência no tratamento do paciente psicótico, isto é, abrir e manter certas vias que possam abrandar esses efeitos mortíferos da palavra no sujeito.

Joana desde a sua chegada ao CAPS contou que frequentemente e sem motivo aparente, sente raiva das pessoas e que essa raiva é algo que não consegue controlar. Nessa fala, Joana endereça um pedido à equipe e já indica algo de seu funcionamento. A filha de Joana, por sua vez, queixa-se de que Joana, em instituições nas quais fez a tentativa de realizar tratamento anteriormente, também “enjoou” dos profissionais.

Joana mostra com isso uma forma de se relacionar com o outro que independe da instituição a qual ela se encontra, o que não foi escutado pela equipe quando lhe foi dada a possibilidade de mudança de instituição e não a possibilidade de trabalhar as questões por ela colocadas, como a questão de ter “enjoado” dos profissionais da equipe, questão essa já indicada desde a entrevista inicial. Há, de um lado, Joana com as questões por ela colocadas e do outro, alguns profissionais que após o ocorrido, tomam para si aquilo que é colocado pela paciente e entram numa relação de rivalidade com ela.

Após essa situação, Joana por acreditar que são os profissionais que não a queriam no CAPS, se esforçou em provar isso a eles. Irrompeu de raiva em algumas atividades, deflagrou insultos contra alguns profissionais e os ameaçou com o argumento de que estava sendo perseguida por eles. Há na fala de Joana um dizer que não está sendo lido pela equipe. Joana inclui os profissionais na série de seu delírio persecutório, dada a transferência delirante (Lacan, 1955-1956b).

Da parte dos profissionais, observou-se ser comum que alguns se distanciem de determinando paciente quando se percebem incluídos em seu delírio persecutório. Nessa via, considera o delírio do paciente apenas como um risco de perigo físico para si. Para tal situação, são encontradas soluções como a mudança do profissional de referência que antes atendia determinado paciente, a fim de que outro profissional que não se encontra “incluído” no discurso delirante do paciente possa atendê-lo sem que assim possa ser exposto ao “risco”. A mudança de turno do paciente é também estabelecida como uma solução para uma possível manutenção da integridade física do profissional.

Diante da situação de Joana apresentada anteriormente, a equipe encontrou como alternativa a “alta disciplinar”, como se a questão fosse algo da ordem do cumprimento de uma disciplina institucional. Joana mais uma vez foi tida como indisciplinada, o seu comportamento foi reduzido a um mau funcionamento psicossocial e mais uma vez não teve a sua queixa acolhida e escutada.

Essa alternativa sinaliza uma necessidade da equipe de colocar a qualquer custo o psicótico, nesse caso a paciente Joana, em um modo de funcionamento que atenda aos ideais de uma norma que acaba pondo de lado as questões subjetivas que ela traz. Cabe questionar qual a posição que cada profissional se coloca nesse trabalho com a psicose, como o profissional responde quando é convidado a assumir outra posição que não a de um ideal e como ele se coloca quando tem que sustentar uma transferência a ele dirigida, o que pode, muitas vezes, somente ser possível com o investimento em um trabalho pessoal.

Ter que se haver com os próprios sentimentos diante de um atendimento pode se transformar em algo repulsivo para o profissional, mas também pode abrir uma outra possibilidade que é a reflexão “acerca das condições pessoais para a realização de seus encargos” (CARVALHO; BUCHER-MALUSCHKE, 2013, p. 75).

Dessa forma, o funcionamento institucional do CAPS reflete os posicionamentos teóricos e éticos dos profissionais, atravessados pela leitura que cada profissional faz do tratamento, leitura essa não sem as suas questões pessoais, o que repercute em ações como as citadas anteriormente que, no trabalho com os pacientes, podem priorizar apenas os aspectos políticos como a garantia de direito e/ou que podem reduzir o sujeito ao sintoma, principalmente se o funcionamento do serviço se dá sem uma posição crítica dos profissionais acerca do seu agir ou sem a intervenção de um terceiro, pela via da supervisão, que possa questionar o modo de funcionamento da equipe e produza como resultado novas possibilidades de trabalho para a equipe.

Ferreira (2005, p. 31) coloca que a supervisão em uma instituição pode se dá com o dispositivo da Sessão Clínica:

Um espaço clínico-institucional, aberto a todos os profissionais (de diferentes especialidades, formações teóricas e setores, tanto de nível superior quanto de nível médio), interessados em contribuir na construção de um caso clínico. A partir da apresentação do caso pelo próprio paciente por meio de uma entrevista, ou pelo relato feito pelos técnicos envolvidos no tratamento, procurava-se estabelecer a lógica do funcionamento subjetivo do paciente em questão para, a partir da particularidade de seu caso específico, estabelecer as principais coordenadas de seu tratamento e rediscutir o manejo transferencial, as hipóteses diagnósticas, a intervenção da equipe, a interação com a rede.

A Sessão Clínica é também um dispositivo não somente para tratar da direção do tratamento do paciente, mas nela há também a possibilidade de abordar impasses operacionais da instituição sem tomá-las pela via da burocracia.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre a escuta do paciente psicótico na Clínica da Reforma Psiquiátrica aponta para questões importantes que não dizem respeito tão somente ao arcabouço teórico que sustenta essa clínica, mas como, diante das questões que se colocam no trabalho com a psicose, cada profissional vai se posicionar frente a uma estrutura que apresenta um funcionamento outro.

É exatamente porque, para os profissionais, a estrutura da psicose traz impasses ao seu cotidiano de trabalho, que se considera o trabalho de escuta importante, por mostrar que para além dos conceitos colocados na operacionalização de uma política, a então Política Nacional de Saúde Mental, há um sujeito que precisa ser escutado mesmo em face de todo o estranhamento que sua fala produz.

Os achados deste trabalho nos convocam à discussão ao mostrar que nem sempre a clínica, assim como proposta pela reforma psiquiátrica, garante que possa advir um sujeito ou no caso da psicose, ascender a um possível lugar de sujeito, já que o que se encontrou foi que, embora o movimento da reforma psiquiátrica tenha como proposta a extinção do modelo hospitalocêntrico, esse ainda é uma herança ainda vigente para alguns profissionais.

Logo, há uma tendência de um trabalho prescritivo, não somente para o uso da medicação, mas também para que o paciente psicótico alcance um modo de funcionamento que esteja de acordo com os ideais dos profissionais, colocando de lado o que o paciente pode apresentar como a sua proposta de tratamento. Dito de outro modo, o paciente é visto unicamente pelo registro da doença e seus sintomas, sendo a remissão desses um parâmetro de resultado para o tratamento proposto pela equipe.

Por outro lado, a clínica da reforma psiquiátrica aqui estudada se revelou por uma dimensão também política, por se preocupar em garantir os direitos aos pacientes com transtornos mentais. Faz-se também necessário que o serviço se atente para as questões subjetivas do paciente, a fim de que o paciente psicótico faça dos dispositivos da reforma psiquiátrica, em especial o CAPS, uma referência, não de um local onde ele possa suprir as suas necessidades materiais (benefícios, alimentação etc.), mas uma referência possível de tratamento para ele, onde ele reconhece que suas questões possam ser escutadas e trabalhadas.

Dito isso, o trabalho nos trouxe interrogações acerca dos impasses encontrados no tratamento ao paciente psicótico e a que eles se devem. Muito embora se saiba que há diretrizes para operacionalizar a política, concluiu-se que muitas recomendações propostas por esses documentos ganharam outra interpretação, o que nos leva a pensar que há algo de

uma imposição de seu próprio saber por parte dos profissionais em relação aos pacientes, que tanto pode se dá pela não submissão a essas diretrizes quanto pelo desconhecimento sobre as mesmas.

Outra questão que se colocou diz respeito à dificuldade de alguns profissionais de suportarem a transferência a eles endereçada e responder desse lugar, onde o eu do profissional é posto à prova, de suportar que o paciente nem sempre vai atender aos ideais propostos pelo profissional e que, do lado do paciente, possa se mostrar algo que é da ordem de uma não submissão a esse ideal.

A contribuição da Psicanálise está exatamente em fazer com que a palavra tenha vez, não somente em garantir a palavra ao paciente, mas de fazer com que o discurso circule entre os profissionais, auxiliando-os diante das questões que a clínica da psicose os coloca. Não se trata aqui de dizer que a Psicanálise seria a única solução possível para as questões levantadas por esse trabalho, mas que, diante do discurso do coletivo proposto pelas políticas de saúde, há algo que deve ser escutado na fala de cada sujeito e que diz respeito à sua singularidade, já que as políticas sendo pensadas para o todo, não se dão da mesma forma para cada um.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Neli. Contribuições à tematização das oficinas nos Centros de Atenção Psicossocial. In: COSTA, Clarisse; FIGUEIREDO, Ana (orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Editora Contracapa, IPUB, 2003.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 19 mai. 2016.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 19 mai. 2016.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. **Diário Oficial da União**, Brasília, Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 19 mai. 2016.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasil: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf
>. Acesso em: 15 out. 2016

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 de maio de 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 19 mai. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner. A clínica do sujeito: Por uma clínica reformulada e ampliada (1996/1997). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2002.

CARVALHO, Isalena; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia. Processos de exclusão do paciente psicótico no CAPS. In: CARVALHO, Isalena; FERREIRA, Ricardo. (orgs.). **Processos de exclusão na sociedade contemporânea**. São Luís: EDUFMA, 2013. p. 65-99.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978 (1991).

COSTA-MOURA, Fernanda. A psicanálise é um laço social. In: ALBERTI, Sônia.; FIGUEIREDO, Ana Cristina. (orgs.). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p.149-153.

DUNKER, Christian; NETO, Fuad. Sobre a retórica da exclusão: a incidência do Discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidados a psicóticos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, n. 1, p. 116-125, 2004.

FERREIRA, Cristina. Sessão clínica: efeitos de intervenção institucional. **Mental**, Barbacena, ano II, n. 4, p. 29-43, jun. 2005.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA, Andréa; MOREIRA, Jacqueline (orgs.) **A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: Editora CRV, 2010. < Disponível em: <http://www.crprs.org.br/upload/noticia/arquivo2312.pdf>>.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A função da psicanálise (e do psicanalista) na clínica da atenção psicossocial. In: NASCIMENTO, Eliane; GONZALES, Rita de Cássia. **Psicanálise e os desafios da clínica na contemporaneidade**. Salvador: EDUFBA, 2007. p.81-89.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**, Barbacena, ano III, n. 5, p. 44-55, nov. 2005.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: FREUD, Sigmund. **Um caso de histeria, Três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1905-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII). p. 119-231.

FREUD, Sigmund. Cinco Lições de Psicanálise (1910a). In: FREUD, Sigmund. **Cinco Lições de Psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago,

1910a-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XI). p. 27-65.

FREUD, Sigmund. Psicanálise Selvagem (1910b). In: FREUD, Sigmund. **Cinco Lições de Psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1910b-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XI). p. 233-239.

FREUD, Sigmund. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (1911). In: FREUD, Sigmund. **O Caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1911-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII). p. 21-89.

FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912a). In: FREUD, Sigmund. **O Caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Trad. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1912a-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII). p. 125-133.

FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência (1912b). In: FREUD, Sigmund. **O Caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1912b-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII). p. 111-119.

FREUD, Sigmund. Sobre o início do tratamento (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise I (1913)). In: FREUD, Sigmund. **O Caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1913-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII). p. 139-158.

FREUD, Sigmund. Totem e Tabu (1913 [1912-13]). In: FREUD, Sigmund. **Totem e Tabu e outros trabalhos (1913-1914)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, [1912-13]-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIII). p. 21-162.

FREUD, Sigmund. Sobre o Narcisismo: uma introdução (1914). In: FREUD, Sigmund. **A história do movimento psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1914-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV). p.77-108

FREUD, Sigmund. As pulsões e suas vicissitudes (1915a). In: FREUD, Sigmund. **A história do movimento psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1915a-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV). p.117-149.

FREUD, Sigmund. O Inconsciente (1915b). In: FREUD, Sigmund. **A história do movimento psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1915b-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV). p.165-222.

FREUD, Sigmund. Pulsões e destinos da Pulsão (1915). In: FREUD, Sigmund. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. (Obras psicológicas de Sigmund Freud). Rio de Janeiro: Imago Ed., 1915-2004. p.133-175.

FREUD, Sigmund. Além do Princípio de Prazer (1920). In; FREUD, Sigmund. **Além do Princípio de Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos (1920 -1922)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1920-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII). p. 17-75.

FREUD, Sigmund. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924a). In; FREUD, Sigmund. **O Ego e o Id e outros trabalhos (1923 -1925)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1924a-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX). p. 205-209.

FREUD, Sigmund. Neurose e Psicose (1924b). In; FREUD, Sigmund. **O Ego e o Id e outros trabalhos (1923 -1925)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1924b-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX). p. 167-171.

FREUD, Sigmund. Conferência XXIX – Revisão da Teoria dos Sonhos (1933 [1932]). In: FREUD, Sigmund. **Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise e outros trabalhos (1932-1936)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1933 [1932] -1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXII). p.17-38.

FREUD, Sigmund. Construções em análise (1937). In: FREUD, Sigmund. **Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1937-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXIII). p. 275-287.

FREUD, Sigmund. Esboço de Psicanálise (Parte III) (1940 [1938]). In: FREUD, Sigmund. **Moisés e Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos (1937 -1939)**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1940[1938]-1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXIII). p. 157-220.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GRIGOLO, Tânia. “**O CAPS me deu voz, me deu escuta**”: Um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários [Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura]. Brasília, 2010.

LACAN, Jacques. A desmontagem da pulsão. In: LACAN, Jacques. **Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008, p. 159-170.

LACAN, Jacques. O estágio do espelho e formação do [eu]. (1949). In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1998. p. 96-103.

LACAN, Jacques. **Seminário, livro 03: as psicoses**. Rio de Janeiro: Zahar, 1955/1956a-1988.

LACAN, Jacques. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1955-1956b). In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. p. 531 -590.

LACAN, Jacques. **Seminário, livro 05: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1957/1958 -1999.

LANCETTI, Antônio. Cuidado e território no trabalho afetivo. **Cadernos de subjetividade**, 2010.

PITTA, Ana. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

RINALDI, Doris; LIMA, Maria Cândida. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. **Mental**, Barbacena, ano IV, n. 6, p. 53-68, jun. 2006.

RINALDI, Doris; BURSZTYN, Daniela. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n.2, p.32-39, 2008.

TENÓRIO, Fernando; ROCHA, Eduardo. **A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial**. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. (orgs.). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta* (p.55-72). Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e Conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Anuência da Instituição

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Com a Reforma Psiquiátrica, novos dispositivos assistenciais configuraram-se como propostas de tratamento aos transtornos mentais. O Centro de Atenção Psicossocial como um desses dispositivos é um local destinado ao tratamento de pacientes psicóticos e a escuta é uma das recomendações da Política Nacional de Saúde Mental no que se refere a este tratamento. Dito isso, este trabalho tem como título “A escuta do paciente psicótico na Clínica da Reforma Psiquiátrica: uma leitura psicanalítica” e visou contribuir com as investigações relacionadas à escuta do paciente psicótico e com o seu tratamento, a fim de possibilitar um aprimoramento da qualidade do serviço.

O objetivo deste trabalho foi analisar a escuta do paciente psicótico no Centro de Atenção Psicossocial Tipo , a partir do método psicanalítico. Para tal, tomou-se como base as falas dos pacientes e da equipe, no período compreendido entre abril de 2016 e julho de 2017. O sigilo da identidade dos pacientes e profissionais foi mantido ao longo de toda a realização da pesquisa e após a conclusão da mesma, mantendo assim o sigilo de qualquer divulgação das informações coletadas, a fim de manter a privacidade, confidencialidade e proteção da imagem.

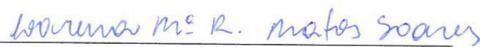
Este estudo teve como finalidade a elaboração do trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, da discente Jordana Santos Cardoso, sob a orientação da Profa. Dra. Isalena Santos Carvalho, conforme assinaturas abaixo:


Jordana Santos Cardoso
 Terapeuta Ocupacional - CAPS
 Graduanda em Psicologia - UFMA


Profa. Dra. Isalena Santos Carvalho
 Orientadora
 Departamento de Psicologia - UFMA

Estando ciente do objetivo e finalidade desta pesquisa, eu, **Lorena Maria Rocha Matos Soares** consito a utilização das informações coletadas para fins de divulgação em meios científicos, mediante a assinatura do Termo de Anuência Institucional.

São Luís, 06/07/2017


Lorena Maria Rocha Matos Soares
 Diretora Geral do Centro de Atenção Psicossocial
 Secretaria Municipal de Saúde de São Luís

CONTATOS:

Jordana Santos Cardoso – Terapeuta Ocupacional - CAPS; Graduanda em Psicologia -UFMA – (98) 98141-1379

Profa. Dra. Isalena Santos Carvalho - Orientadora/DPSI-UFMA — (98) 98181-0098