

TENSIONAMENTOS E ARTICULAÇÕES ENTRE A CLÍNICA PSICANALÍTICA DAS PSICOSES [E] A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA APOSTA ÉTICO-POLÍTICA

*Pedro Gayoso de Carvalho Gonçalves**

*Carlos Alberto Ribeiro Costa***

RESUMO

O presente artigo, a partir de uma revisão bibliográfica, tem como finalidade refletir sobre os pontos de toque e diferença entre a psicanálise e o paradigma da atenção psicossocial. Ao pensar as incidências e consequências para a clínica psicanalítica das psicoses a partir de sua inserção no campo da saúde mental pública brasileira e vice versa, procuramos também recolher alguns efeitos das reverberações obtidas deste encontro entre as abordagens. Entendemos que um caminho possível para apresentar uma resposta ao questionamento proposto, seja pela via de um tensionamento entre um campo do outro, instrumentalizado pela utilização do e entre aspas e/ou colchetes enquanto conectivo não homogeneizador. Embora sejam campos distintos e não suplementares, o “e” disjuntivo que tensiona, mas também articula psicanálise e atenção psicossocial, denota o quão fértil essas trocas são para cada um desses campos e para a saúde mental pública brasileira. Entendemos que fazer uso do “e” disjuntivo permite atingirmos esse espaço intervalar e não homogeneizador entre atenção psicossocial e psicanálise, criando uma zona de interseção, mas também de intervalo e de hiância, que concede lugar para o inusitado, o imprevisto e o criativo, amplificando e

* Psicólogo residente no programa de residência multiprofissional em saúde mental da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. Graduado pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Campus de Niterói. Bacharel em Relações Internacionais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

** Psicanalista. Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense - Niterói. Professor Permanente do Programa de Pós Graduação Psicologia: Estudos da Subjetividade/UFF.

potencializando o manejo terapêutico junto aos sujeitos em sofrimento mental na Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: psicanálise; atenção psicossocial; psicoses; reforma psiquiátrica; saúde mental.

TENSIONS AND ARTICULATIONS BETWEEN THE PSYCHOANALYTIC CLINIC OF PSYCHOSES [AND] PSYCHOSOCIAL CARE: NA ETHICAL-POLITICAL COMMITMENT

ABSTRACT

The present paper, based on a literature review, aims to reflect on the points of convergence and difference between psychoanalysis and the psychosocial care paradigm. In considering the implications and consequences for psychoanalytic clinical practice in the context of psychoses and its integration into the Brazilian public mental health field, and vice versa, we also seek to capture some effects of the reverberations resulting from this encounter between the two approaches. We understand that one possible approach to addressing the proposed question is through a tensioning between one field and the other, facilitated by the use of “and” in quotes and/or brackets as a non-homogenizing connector. Although distinct and not supplementary fields, the disjunctive “and” that both tensions and articulates psychoanalysis and psychosocial care highlights how fruitful these exchanges are for each of these fields and for Brazilian public mental health. We believe that using the disjunctive “and” allows us to reach this interval space, a non-homogenizing space between psychosocial care and psychoanalysis, creating a zone of intersection but also of interval and hiatus, which provides a place for the unexpected, the unforeseen, and the creative, thereby amplifying and enhancing therapeutic management with individuals experiencing mental suffering in the Psychosocial Care Network.

Keywords: psychoanalysis; psychosocial care; psychoses; psychiatric reform; mental health.

TENSIONES Y ARTICULACIONES ENTRE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE LAS PSICOSIS [Y] LA ATENCIÓN PSICOSSOCIAL: UMA APUESTA ÉTICO-POLÍTICA

RESUMEN

El presente artículo, basado em uma revisão bibliográfica, tiene como objetivo reflexionar sobre los puntos de convergencia y diferencia entre el psicoanálisis y el paradigma del cuidado psicossocial. Al considerar las implicancias

y consecuencias para la práctica clínica psicoanalítica em el contexto de las psicosis y su integración em el campo de la salud mental pública brasileña, y viceversa, también buscamos capturar algunos efectos de las reverberaciones resultantes de este encuentro entre ambos enfoques. Entendemos que um enfoque posible para abordar la pregunta propuesta es mediante una tensión entre um campo y outro, facilitada por el uso de “y” entre comillas y/o corchetes como conector no homogeneizador. Aunque son campos distintos y no complementarios, el “y” disyuntivo que tanto tensiona como articula el psicoanálisis y el cuidado psicosocial resalta la fructífera naturaleza de estos intercambios para cada uno de estos campos y para la salud mental pública brasileña. Creemos que el uso del “y” disyuntivo nos permite llegar a este espacio intercalar, um espacio no homogeneizador entre el cuidado psicosocial y el psicoanálisis, creando una zona de intersección pero también de intervalo y hiato, que brinda lugar para lo inesperado, lo imprevisto y lo creativo, amplificando y potenciando la gestión terapéutica com individuos que experimentan sufrimiento mental em la Red de Atención Psicosocial.

Palabras-clave: psicoanálisis; atención psicosocial; psicosis; reforma psiquiátrica; salud mental.

INTRODUÇÃO

Há décadas, a presença, trabalho e contribuições de psicanalistas têm se feito sentir nos dispositivos de atenção psicosocial, na elaboração de instrumentos e políticas públicas, assim como no engajamento em movimentos políticos sociais ligados à reforma psiquiátrica. Articular e tensionar atenção psicosocial e psicanálise, todavia, mostra-se uma tarefa complexa quando pensamos no panorama mais global da saúde mental inserta no Sistema Único de Saúde [SUS] brasileiro.

Existem pontos de toque e diferença entre os campos destacados, e, caso não adotemos uma postura cautelosa, corremos risco de uma interpretação equivocada que pode ora engolfar a psicanálise no campo da atenção psicosocial (com perda de sua especificidade clínica subversiva), ora acabar por “psicanalisar” a atenção psicosocial, desconsiderando as importantes contribuições biopsicosociais componentes dos serviços substitutivos em rede.

A fim de se evitar estas aglutinações indevidas, nossa proposta, no presente artigo reside em apresentar e discutir os pontos de articulação e tensão entre

as abordagens acima elencadas, apreendendo o impacto das conseqüentes reverberações desse “encontro faltoso” (porque contingente, parcial e incompleto) para cada campo e para a saúde mental pública brasileira.

Desse modo, circunscrevemos a problemática deste escrito a partir da seguinte formulação: como pensar as incidências e as conseqüências para a clínica psicanalítica das psicoses a partir de sua inserção no campo da saúde mental pública e vice-versa? Entendemos que um caminho passível de ser percorrido, de maneira a apresentar uma resposta ao questionamento proposto, seja pela via de um desdobramento que busca distinguir um campo do outro, instrumentalizado pela utilização do **e** entre aspas *e/ou* colchetes enquanto conectivo não homogeneizador.

Não se trata de entender a figura do “e” enquanto algo que possa remeter a uma interlocução aditiva ou adversativa entre atenção psicossocial e psicanálise. Mas sim fazer uso do “e” disjuntivo como facilitador de um espaço intervalar entre atenção psicossocial e psicanálise, criando uma zona de disjunção através da hiância com vistas a amplificar e potencializar o manejo terapêutico aos sujeitos em sofrimento mental na Rede de Atenção Psicossocial [RAPS].

A propósito deste “e” disjuntivo, apostamos numa apropriação lacaniana das formulações deleuzeanas sobre a “disjunção inclusiva”, presentes na obra “*A lógica do sentido*” (Deleuze, 1974). Neste livro, no tópico “*Da comunicação dos acontecimentos*”, Deleuze expõe como na lógica clássica duas proposições (afirmações de objetos com seus predicados) em geral são afirmadas juntamente apenas quando “negamos suas diferenças” (Deleuze, 1974, p. 177), a partir de um centro comum, posto que “é geralmente pela identidade que dois opostos são afirmados ao mesmo tempo” (Deleuze, 1974, p. 178).

Sua posição, entretanto, é a de afirmar duas coisas e suas determinações justamente por sua diferença, sendo essa diferença “ela própria afirmada, afirmativa” (Deleuze, 1974, p. 178). Segundo o filósofo, sustentar-se-ia uma distância como diferentes, mas ao mesmo tempo, relacionar-se-ia essas séries paralelas sem fazê-las redutíveis a um centro comum:

Em lugar de um certo número de predicados serem excluídos de uma coisa em virtude da identidade de seu conceito, cada “coisa” se abre ao infinito dos predicados pelos quais ela passa, ao mesmo tempo em que

ela perde seu centro, isto é, sua identidade como conceito ou como eu. À exclusão dos predicados se substitui a comunicação dos acontecimentos. Vimos qual era o procedimento desta disjunção sintética afirmativa: consiste na ereção de uma instância paradoxal, ponto aleatório com duas faces ímpares, que percorre as séries divergentes como divergentes e as faz ressoar por sua distância, na sua distância. Assim, o centro ideal de convergência é por natureza perpetuamente descentrado, não serve mais senão para afirmar a divergência (Deleuze, 1974, p. 180).

Em nossa apreensão do “e” deleuziano, pensamos ser possível estabelecer a hipótese de que embora sejam campos distintos e não suplementares, o tensionamento entre psicanálise e atenção psicossocial denota o quão fértil estas trocas podem ser para cada uma das abordagens apresentadas, bem como para esse campo em que deságuam ambas, de forma heterogênea, que é a saúde mental pública brasileira.

Com efeito, desenvolveremos a interlocução entre a tradição psicanalítica e a atenção de base psicossocial com o uso do conectivo “e” em quatro exercícios: entre a saúde mental pública [e] a clínica psicanalítica; loucura na reforma psiquiátrica brasileira [RPB] [e] na psicose desde uma concepção psicanalítica; sujeito de direito [e] sujeito do inconsciente na psicose; e entre a teoria [e] a práxis no cotidiano das tecnologias substitutivas dos Centros de Atenção Psicossocial [CAPS].

Os exercícios de tensionamento [e] articulação enumerados acima corroboram na extração de consequências geralmente pouco exploradas de uma troca não homogeneizadora ou diferenciação radical entre os dois campos. Potencializam, pois, com que um saber-fazer inventivo singular da clínica psicanalítica do um a um se coadune à reivindicação política do louco enquanto sujeito cidadão, em um movimento clínico-político indissociável, que opera confeccionando diferença pela via da descontinuidade e da produção do novo.

SAÚDE MENTAL PÚBLICA [E] CLÍNICA PSICANALÍTICA

Um primeiro tensionamento possível de ser concatenado entre psicanálise [e] atenção psicossocial, dentre os quatro exercícios a serem propostos ao longo deste artigo, talvez seja aquele observado no panorama da saúde mental pública brasileira. Neste sentido, recuperar o processo de

construção e transformação pelas coletividades sociais da RPB como uma referência alternativa de agenciamento social da loucura na sociedade, em oposição ao paradigma asilar/manicomial vigente nas práticas psiquiátricas tradicionais, se mostra fundamental para aprendermos uma afluência com a noção de saúde mental presente na obra freudiana.

A RPB sofreu influências de diversos movimentos antecedentes que intentaram, em maior ou menor grau, prover respostas que operassem como alternativas ao modelo psiquiátrico asilar/manicomial ancorado em “um paradigma biomédico linear, positivista e obsoleto” (Saraceno, 2011, p. 95). Podemos descrever dentre as iniciativas apontadas como anteriores ao atual movimento reformista psiquiátrico brasileiro as comunidades terapêuticas; a psiquiatria comunitária (Tenório, 2002) ou preventiva (Amarante, 2021); a psicoterapia institucional; a psiquiatria de setor; a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana (Amarante, 2021).

A inspiração principal para o processo reformista brasileiro, contudo, deveu-se sobremaneira à psiquiatria democrática italiana que, atuando na desconstrução concreta e subjetiva da estrutura manicomial ao invés de ser uma simples reforma ou remodelação, forneceu um conjunto de “tecnologias sanitárias e assistenciais” (Amarante & Torre, 2018, p. 1097) substitutivas que incidiram nos pressupostos basilares da clínica psiquiátrica tradicional, promovendo um desmonte da lógica do manicômio, lugar zero das trocas sociais (Rotelli, 1990).

Assim, se no panorama nacional anterior à RPB, com o movimento sanitarista, efetuou-se uma crítica aos excessos e desvios do aparato asilar e seu modelo privatista e segregador (Tenório, 2002), em uma condenação das práticas de internação e apartamento do dito louco da sociedade; com o amadurecimento do percurso houve uma virada paradigmática que proporcionou com que houvesse uma discussão e problematização do discurso médico detentor do saber e verdade sobre o sujeito, em uma contestação que ensejou o nascimento de uma clínica redefinida e refundada em novos atos, práticas e dispositivos.

Uma refundação baseada em um encadeamento complexo, transmutando o conceito de saúde mental enquanto algo que possuía um centro gravitacional em torno de uma noção de controle do social

para uma conceituação que dizia respeito a um sujeito multifacetado, atravessado por uma história de vida particular, com subjetividade própria, laços sociais e componentes biopsicossociais singulares. Um exercício político de permear as redes de suporte social enquanto promotoras de aceitação da diferença, em contraposição à normatização do social (Tenório, 2002).

Neste sentido, a reforma psiquiátrica no país configura-se como um processo social complexo (Amarante, 2021; Amarante & Torre, 2017) e histórico (Amarante, 1995) que visa ir além de uma mera reformulação assistencial-técnica dos serviços substitutivos aos manicômios (Amarante, 2015, 2021; Amarante & Torre, 2017), ao problematizar as respostas asilares, os saberes baseados no binômio saúde-doença e as práticas alienadoras advindas da psiquiatria tradicional, em uma perspectiva crítica sobre a loucura (Amarante, 1995, 2021; Amarante & Torre, 2017, 2018).

Abarca-se um campo heterogêneo, de dispersão clínica prática e teórica, com contribuições díspares ao longo de sua trajetória, mas que congrega sob sua bandeira uma característica predominante: “o reclame da cidadania do louco” (Tenório, 2002, p. 28). Um movimento de natureza ético-política produzido autonomamente pelas coletividades, nas ruas e na sociedade civil em um agenciamento fora da esfera de influência da tutela do Estado (Amarante, 2021; Amarante & Torre, 2017), que intenta performar uma redefinição da relação da sociedade com a loucura sob uma ótica não psiquiatrizante, autônoma e inventiva pela via da criação de um “[...] espaço social para a loucura na cidade” (Delgado, 2007, p. 59).

O movimento compreendido no seio da RPB vai desembocar em uma modalidade de atenção original, proponente de uma alternativa ética e política ao modelo hospitalocêntrico médico-centrado (Costa-Rosa, 2013), que coaduna uma proposta de cuidado, atendimento e acolhimento ao sujeito que sofre através do entrecruzamento de estratégias diversas (Yasui & Costa-rosa, 2008): a atenção psicossocial. Modalidade menos sanitizante (Nicodemos & Elia, 2016), por assim dizer, que procura romper estruturalmente com a racionalidade psiquiátrica cerebral-neuroquímica reducionista que categoriza os sujeitos em seus sofrimentos mentais (Yasui, Luzio, Amarante, 2018).

A clínica ampliada em saúde mental, enquanto campo complexo e multidisciplinar, vai se materializar no cotidiano dos serviços substitutivos inseridos na RAPS por meio da atenção psicossocial. Uma clínica operacionalizada através do trabalho em equipe escorado na interprofissionalidade enquanto proposta relacional (Oliveira & Daltro, 2020) abarcando significados, campos e composições com identidades múltiplas e fluidas que se entrecruzam e se interseccionam, viabilizando uma transversalidade de saberes e práticas que se empenham em produzir um cuidado integral, longitudinal, intersetorial, dialógico e vinculado (Amarante, 2021; Ministério da saúde, 2009).

Os CAPS, por sua vez, se apresentam como dispositivos abertos, regionalizados, que têm como referência a saúde mental e a atenção psicossocial (Ministério da saúde, 2004); substitutivos à lógica manicomial de reclusão ao propor um cuidado em liberdade clínico e extra clínico (Tenório, 2002), fazendo uso da intersetorialidade como balizadora de estratégias (Figueiredo, 2019).

E no que a psicanálise freudiana pode contribuir neste exercício de tensionamento, por meio de uma aproximação disjuntiva, com a clínica ampliada em saúde mental? Indo mais além, qual o espaço intervalar possível de interlocução entre ambas? Para que esse exercício seja viável é premente recuperar a noção de saúde mental em Freud, jogando luz tanto sobre seu caráter vanguardista, quanto sobre suas repercussões para a clínica contemporânea.

O que Freud (1919/2016) propõe no discurso proferido no V Congresso Internacional de Psicanálise em Budapeste em 1918 e, posteriormente, na confecção do artigo “*Caminhos da Terapia Psicanalítica*” (1919), torna exequível uma amplificação do escopo clínico psicanalítico que não somente aquele restrito ao *setting* tradicional do consultório.

Sua proposta consistiu em deslocar a psicanálise do consultório para a cidade, em uma aceção de clínica pública gratuita atenta aos movimentos territoriais e políticos que se descortinavam no palco cidadão à época, ao recuperar elementos da matriz psicanalítica para teorizar acerca de uma clínica psicoterápica expandida voltada para as massas sociais menos favorecidas.

Deste modo, Freud (1919/2016) elenca algumas proposições como uma assistência anímica aos menos favorecidos; certo grau de sugestionabilidade

nas práticas clínicas a serem desenvolvidas; além de um amparo estatal para redução de desigualdades socioeconômicas, em uma consideração relativa às iniquidades observadas naquela temporalidade específica.

Freud (1919/2016) ao preocupar-se com uma assistência anímica a um só tempo política e clínica, evitava o perigo de deslizamento da prática psicanalítica para um viés assistencialista e condescendente em relação ao indivíduo alvo das intervenções. Inovando no cuidado ao transmutá-lo para algo distinto de um poder de tutela, a proposta elencada apontava na direção da criação de possibilidades outras para que, via abertura do inconsciente em análise, um saber-fazer inventivo que o próprio sujeito desconhecia pudesse ser movimentado.

Uma aposta renovadora que promovia um reposicionamento da psicanálise enquanto práxis possível de ser replicada também no espaço territorial da cidade, funcionando como um fator de equilíbrio social (Danto, 2019), em uma evidência de seu caráter plástico e atento às modulações das temporalidades conjunturais humanas, sem perder de vista seu rigor ético.

Uma psicanálise móvel, agindo de uma “construção clínica solitária para [...] uma ideologia modernista de transformação” (Danto, 2019, p. 21). Caso encarada como um saber incompleto, em uma lógica inacabada, faz comparecer uma capacidade de apreensão que pode vir a contribuir para um resgate da própria teoria psicanalítica, (re) configurando os cuidados mentais em espaços que não somente aqueles relativos ao *setting* tradicional. Uma práxis em constante dinamismo e movimento, atenta aos processos de construção e desconstrução não lineares e heterogêneos revelados na história da civilização (Fernandes & Lima, 2019).

O que não pressupõe uma similaridade ou igualdade com a saúde mental advinda da reforma psiquiátrica, ainda que uma distinção entre ambas não incorra em um exercício de incompatibilidade ou oposição necessariamente entre as terminologias (Lobosque, 1997; Guerra, 2004).

Porém, aquiesce que um tensionamento interlocutivo possa ser operado entre uma clínica psicanalítica ampliada com a noção de saúde mental [e] uma clínica em saúde mental psicossocial da reforma, fomentando estratégias para que um manejo terapêutico potencializado transcorra pela hiância.

LOUCURA NA REFORMA [E] NA PSICOSE

A fim de ponderarmos a respeito da problemática da loucura no contexto da saúde mental, se faz necessário um aprofundamento do que vem a ser a figura do louco para a tradição psiquiátrica reformista e para a psicanálise. Um conceito que remonta a um período cronológico anterior, em que o louco aparecia como objeto capturado pelo discurso psiquiátrico erigido nos hospitais enquanto lócus privilegiado do modelo biomédico, o que gerará repercussões no modo relacional estabelecido entre sociedade e loucura, cujos efeitos se fazem sentir até os dias atuais.

Se no renascimento a loucura ocupava uma posição sobremaneira mais fluida, de errância no espaço da cidade (Amarante, 2021; Foucault, 2014); na idade clássica a loucura será fixada em um espaço reclusional característico, o chamado hospital geral, ao ser separada da razão, ainda que a fronteira com outras formas de desrazão se mantivesse pouco demarcada (Foucault, 1978).

Na idade moderna, por seu turno, a loucura sofre um novo processo de reorganização, desta vez mais radical, pela via de um apartamento definitivo perante outras formas de desrazão, em um transcurso que vai patologizar e encarcerar o saber advindo do louco na figura do asilo (Foucault, 1978, 2014).

Opera-se, nesse sentido, um deslocamento da experiência da loucura de um espaço de clausura mais amplo para um mais restrito, em que pode ser vigiada e controlada, sob o jugo do poder médico, em uma “[...] nova experiência da loucura, capturada pelo discurso médico, que de forma estratégica constrói a noção de loucura como erro e ausência de sentido, como desordem da razão e perda do juízo moral, e ausência de saúde psíquica” (Amarante & Torre, 2018, p. 1092).

Neste processo de medicalização do hospital, o saber psiquiátrico captura o espaço hospitalar enquanto instituição compatibilizada às suas práticas e saberes, confinando sua estrutura, mas também sendo atada a ela (Amarante, 2021; Foucault, 2014). Neste percurso se estabelece uma relação interdependente, em que psiquiatria e hospital se apresentam como faces indissociáveis de uma mesma moeda, fortalecendo o paradigma biomédico na qualidade de detentor da verdade acerca do

louco, em um aprisionamento que visa reforçar o controle biopolítico da vida (Foucault, 1977).

A consolidação do hospital como um dispositivo sob ação da disciplina do poder biomédico vai desaguar na formação de uma medicina hospitalocêntrica, escorada em um discurso normatizador do social, tendo como referência o biopoder (Foucault, 1977). O discurso biomédico tem sua narrativa alçada à condição de verdade absoluta sobre o sujeito considerado louco, em uma sequência que isola do convívio social e trata como objeto a loucura.

Produz, pois, uma enunciação autônoma à vontade do sujeito que apaga as verdades singulares trazidas pelo louco em prol de uma substituição por uma verdade padronizada dominante de um grande Outro médico que tudo parece saber sobre aquele no qual detém tutela.

O aprisionamento subjetivo e material patologiza existências diversas daquelas enquadradas nas normativas sociais aceitas pela psiquiatria moderna, fixando um padrão de normalidade que aglutina outros regramentos como legítimos e verdadeiros (Canguilhem, 2011). O louco visto como anormal, desviante da norma, estabelece uma relação negativa com o normal (Canguilhem, 2011).

Seu não enquadramento nos liames ditados pela epistemologia hegemônica vai representar um perigo, visto que ele não pode ser controlado pelos vetores social e moral sob a influência do saber psiquiátrico-médico, em um sistema produtivo que incentiva a alienação política. Corpos docilizados para o trabalho e para o consumo produzem modos de vida (Lima & Yasui, 2014) que tendem a não atrapalhar o poder disciplinar (Foucault, 2014) ou as práticas sutis de controle (Deleuze, 1992) ao contrário do louco que insiste em fugir à regra.

Assim, o saber biomédico se espalha para os variados âmbitos da vida em sociedade, medicalizando o social ao se apropriar da cena cotidiana enquanto algo que diz respeito ao seu repertório de atuação, tornando 'médico' tudo que não pertence à ordem médica (Amarante, 2021).

A reforma psiquiátrica no Brasil procura encarar a loucura sob um outro prisma, desinstitucionalizando o louco do cativado institucional do asilo e promovendo um processo de (re) subjetivação de suas expressividades ao colocá-lo como personagem central de seu tratamento.

O sujeito pode e deve ser autor de seu cuidado, despatologizando e secundarizando seu transtorno, baseado em uma nova concepção sobre sua existência-sofrimento, colocando a doença entre parêntesis, inspirado nas experiências da psiquiatria democrática basagliana (Amarante, 2021; Amarante & Torre, 2018; Yasui *et al.*, 2018).

Um cuidado integral, com base territorial, materializado nos CAPS sob orientação paradigmática da atenção psicossocial. Um cuidado em saúde mental “como um acontecimento que produz vida e gera possibilidades de inserção do indivíduo na comunidade” (Ferreira, Sampaio, Souza, Oliveira, Gomes, 2017, p. 375).

É, pois, um sujeito detentor de direitos e possuidor de um território existencial que permite fazer redes e montar circuitos existenciais alternativos aos oferecidos pelo saber biomédico, articulando clínica, território e subjetividade para potencializar a terapêutica substitutiva à lógica asilar (Lima & Yasui, 2014). Uma aposta no sujeito como alguém capaz de produzir sentidos (Saraceno, 2011) anteriormente silenciados pelos manicômios.

No entanto, quando passamos a enxergar esse sujeito louco sob uma perspectiva psicanalítica, de que loucura podemos falar? Como podemos encarar a figura do louco em Freud e Lacan? Ora, quando o significativo loucura vem à tona na psicanálise é interessante perfazer um caminho que tende a apontar para a estrutura clínica psicótica.

O que abrange o termo psicose no domínio psiquiátrico? Psicose não é demência. As psicoses são, se quiserem – não há razão para se dar ao luxo de recusar empregar este termo –, o que corresponde àquilo a que sempre se chamou, e a que legitimamente continua se chamando, as loucuras (Lacan, 1955-56/2021, p. 12).

Nesse aspecto, Freud vai indicar em sua obra algumas sinalizações a fim de esboçar o que viria a ser uma psicose. Inicialmente Freud (1894/1969) traça uma investigação tendo como embasamento uma diferenciação entre as neuropsicoses de defesa (fobia, histeria e obsessão) e a psicose alucinatória.

Se nas primeiras o Eu recalca as representações ideativas, separando sua quota de afeto correspondente que poderá efetuar um movimento conversivo (histeria) ou circular no aparelho psíquico ligado a outras representações (fobia, obsessão); no caso específico da psicose alucinatória o

mecanismo de defesa da instância psíquica do Eu adquire uma intensidade que o difere das demais neuropsicoses, produzindo uma rejeição da representação incompatível.

Este rechaço da representação junto ao seu afeto correspondente representa um rompimento radical, como se aquela ideia que se choca com os ideais egóicos jamais tivesse existido, caracterizando uma “fuga para a psicose” (Freud, 1894/1969, p. 8).

Em um momento posterior, Freud (1911/2021, 1914/2021) realiza nova reformulação de sua matriz psicótica, em uma sofisticação teórico-conceitual, passando a explicar o quadro de desencadeamento da psicose pela via do narcisismo, atrelado ao deslocamento da energia libidinal. Se na neurose o narcisismo secundário opera uma espécie de desligamento da libido do mundo exterior; na psicose, em particular na parafrenia freudiana, a libido implementa um caminho de regressão, sendo posteriormente fixada no autoerotismo infantil (Freud, 1911/2021).

Trocando em pormenores, a libido neurótica estará tão somente em partes desligada do mundo externo, não sendo capaz de provocar um adoecimento por si só, visto que será retida parcialmente na fantasia do sujeito e reinvestida em outros objetos (Freud, 1911/2021).

A fantasia, aqui, realiza uma mediação entre o Eu e a realidade, operando como uma válvula que substitui a libido retirada dos objetos e das pessoas. O mesmo não pode ser identificado na parafrenia, pois, como a mediação é virtualmente inexistente, o Eu é tomado como objeto, superinvestindo a libido nele, que retorna sob a forma de um excesso pulsional após ter sido represada (Alvarenga, 2008).

Juntamente ao quadro desvelado na parafrenia, Freud (1911/2021) nos conclama a conhecer uma outra forma de manifestação da psicose, caracterizada como paranóia, quando comenta acerca da afecção psíquica relatada no caso do Presidente Daniel Paul Schreber em sua autobiografia.

Ora, para Freud a paranoia se estabeleceria a partir de uma fantasia homossexual inconsciente de desejo. Em Schreber havia uma manifestação anterior à formação delirante em que a “ideia de que deveria ser realmente bom ser uma mulher se submetendo ao coito” (Schreber, 1903, citado por Freud, 1911/2021, p. 18) transparece em um estado em que o indivíduo encontra-se semidesperto.

O desejo homossexual alicerçado nessa fantasia inconsciente é posteriormente canalizado para o Dr. Flechsig, via investimento libidinal no objeto “doutor”, facilitado pela transferência prévia de tratamentos predecessores. A incompatibilidade do afeto e seu impulso libidinal manufatura, então, uma revolta, originando as manifestações patológicas subsequentes (Freud, 1911/2021).

A libido homossexual que deveria ter sido direcionada para o pai e o irmão (mortos) de Schreber é reinvestida na figura substitutiva do médico, fazendo surgir a figura de Deus em seu sistema fechado delirante, enquanto representante não balizado pela castração do pai. O apaziguamento do paciente com algum tipo de amarração somente será possível após uma transmutação do “Deus pai” de alguém a ser combatido para alguém em que se pode crer (Freud, 1911/2021).

Em posterior complexificação do arcabouço teórico ao redor das psicoses, Freud (1924/2018a) realiza uma secessão entre neurose e psicose, com uma diferenciação importante que reside na relação estabelecida com a instância pulsional do Isso. Enquanto que na neurose o mecanismo do recalque (*Verdrangung*) do Eu intenta efetuar uma barragem das moções pulsionais/desejantes do Isso; na psicose ocorre uma rejeição/recusa (*Verwerfung*) da realidade externa, com a criação pelo sujeito de uma nova realidade reconstruída de acordo com as “moções de desejo do Isso” (Freud, 1924/2018a, p. 273) sob a forma de delírios e alucinações.

Indo mais além, a perda da realidade estaria posta tanto para a neurose quanto para a psicose, em ambas sucedendo experiências de desligamento do mundo; no entanto, o neurótico conservaria sua conexão com o mundo exterior na medida em que apenas o fragmento insatisfatório desta realidade seria recalado, com o uso da fantasia como ferramenta substitutiva daquilo outrora indesejável, porém real, para algo mais próximo de suas manifestações desejantes (Freud, 1924/2018b).

Contudo, o neurótico ainda encontra anteparo na parte da realidade em que não precisou se defender, em contraposição ao psicótico que, não recalando ou limitando as pulsões provenientes do Isso, abandona a realidade “real” ou “partilhada”, edificando para si uma nova realidade delirante elaborada psiquicamente, tendo como referencial às moções desejantes do Isso.

Logo, se mostra presente na psicodinâmica freudiana a importância da perda da conexão com uma realidade partilhável com os demais enquanto traço distintivo entre as estruturações clínicas discutidas. A recusa (*Verwerfung*) em Freud se transmuta na forclusão lacaniana enquanto uma ausência do significante Nome do Pai que reverbera na produção de significações por parte do psicótico, influenciando no processo de dialetização e em sua relação com a linguagem.

A *Verwerfung* lacaniana, nesse sentido, vai funcionar como uma rejeição de significantes, inclusive o Nome-do-Pai, que “[...] ficarão desde sempre fora do inconsciente, consistindo numa posição ativa do sujeito face ao insuportável” (Lima, De Mattos, De Lima, 2013, p. 154). O efeito mais visível desta rejeição termina por transparecer por meio de construções delirantes ou experiências alucinatórias

Com efeito, se torna exequível o exercício de tensionamento e articulação entre a loucura psicossocial [e] a loucura psicótica no contexto da psicanálise quando recapitulamos que ambas procuram enxergar o sujeito considerado louco sob uma ótica não psiquiatrizante e complexa.

A metapsicologia freudiana e sua reformulação lacaniana revelam-se como possuidoras de papel fundamental na construção de uma concepção não psicopatologizada da loucura, proporcionando com que uma via interlocutiva se estabeleça entre o sujeito de direitos universalista da RPB e o sujeito do inconsciente na psicose, sem que uma dimensão invalide a outra.

O SUJEITO DE DIREITOS [E] O SUJEITO DO INCONSCIENTE NA PSICOSE

A própria psicanálise com Freud veio responder ao fato, à constatação clínica, de que a palavra tinha efeitos inclusive nos domínios que pareceriam mais distantes do campo do discurso, como as ações, o destino ou as condições do corpo. Freud pôde escutar na queixa banal do sujeito, na sua patologia, a presença do trágico. Vale dizer, a incidência dos desdobramentos da palavra em toda sua eficácia inconsciente. Assim que, quando um analista e um analisante se encontram no cotidiano das sessões, é a condição humana que está em causa. (Costa-Moura, 2006, p. 150).

Quando elucubramos acerca do sujeito da lógica do inconsciente é imprescindível recuperarmos as teorizações empreendidas por Freud e, posteriormente, relidas por Lacan. A experiência analítica freudiana, ao abordar o acesso ao inconsciente do sujeito, além dos processos e precipitados psíquicos advindos dali, é operada a partir da fala.

Lacan, ao retomar a obra de Freud, atenta para a importância da palavra e da estrutura discursiva enquanto elementos dos quais se recolhem efeitos e desdobramentos clínicos. A palavra vazia, o significante, apreendido em sua função pela relação estabelecida com outros significantes, vai dar “o invólucro, o recipiente da significação, ele a polariza, a estrutura, a instala na existência” (Lacan, 1955-56/2021, p. 303).

É através da fala que o acesso ao inconsciente do sujeito pode ocorrer, por meio de recuperações e revisitações de cenas que, a cada vez que são relançadas no espaço do *setting* terapêutico podem surgir de modo distinto das vezes anteriores, evidenciando os eixos privilegiados pulsionais do analisando.

Há a promoção de reposicionamentos subjetivos que são influenciados por rearranjos significantes a partir da fala, do dito, não dito e interdito, em uma articulação de significantes particular para cada sujeito em sua relação com o analista e com o Outro (da cultura e da linguagem) no espaço da sessão.

O caráter relacional da psicanálise denota uma potência para que haja uma ressignificação do sofrimento psíquico vivido, apostando nas diferenças para que a alteridade possa se fazer presente. Seu discurso prima por uma elaboração pela via da palavra, sem que haja necessariamente uma alteração constitucional psíquica do sujeito.

Não há uma meta de tratamento visando a uma cura ou remissão sintomática, o que distingue o método analítico das psicoterapias em geral (Elia, 2006). Parte-se do pressuposto que as estruturas clínicas, implícitas na obra freudiana, são percebidas enquanto constitutivas do sujeito em sua relação com o mundo (Sadala & Martinho, 2011). Distancia-se, pois, de uma práxis baseada em uma mera conversa, exercida através de uma circulação inespecífica de palavras, baseada em sugestões ou em uma psicoeducação.

E o que seria o discurso para a psicanálise? Ora, poderíamos pensar em termos de um modelo de relação social que se faz representar

por uma estrutura sem palavras (Coelho, 2006, p. 108); ou ainda como algo constitutivo da realidade humana, desde uma concepção lacaniana. Um laço social.

No caso do sujeito do inconsciente há uma transposição da formação sintomática neurótica para os delírios e alucinações psicóticos. A estrutura nas psicoses comporta uma especificidade que exige sutileza e manejo fino para que não haja uma imposição a priori de um desejo oriundo de um Outro que objetalize ainda mais psicótico; e para que não incorra em exigências em demasia em oficinas, grupos sociais e outros dispositivos ao inseri-lo forçosamente no laço social ou em uma concepção universalista mais próxima da neurose.

Entendemos que ponderar através do artifício do “e” dentro do CAPS também possibilita aprofundar o pensamento observado em Tenório e Rocha (2006) e em Kyrillos Neto (2009) de se pensar em uma psicopatologia de base psicanalítica na atenção psicossocial em que as estruturas clínicas podem servir como sustentáculo para o trabalho em equipe que vise a um diagnóstico diferencial operado a partir da singularidade característica de cada sujeito, via transferência.

Ora, o sujeito nas psicoses opera em uma lógica particular, em um registro pouco partilhável com o Outro neurótico que talvez ainda predomine no laço social (Tenório & Rocha, 2006). Com a forclusão do significante Nome do Pai há uma exclusão do psicótico do discurso, a saber, o discurso da ordem fálica neurótica, o que repercute na dificuldade de formação de redes sociais (Tenório, 2002).

Pelo seu dito se apreende uma posição subjetiva delirante de certeza, de lógica própria, sendo “[...] um modo específico de constituição e funcionamento de um sujeito, e não um déficit que tem que ser medido ou corrigido na referência a um funcionamento normal” (Tenório & Rocha, 2006, p. 57).

Há uma tendência nos quadros psicóticos de uma fragmentação e ruptura na fala, no caso das experiências dissociativas, ou uma sistematização em que tudo aquilo que fora rompido se solidifica em uma única ideia que busca ordenar todo o sistema fechado delirante, fazendo um (Souza, 2001).

Sua formação peculiar, não falocêntrica, prescinde de uma rede de significantes nos moldes daquela da estruturação neurótica, obedecendo a

uma lógica única, produzindo sentidos avessos ao discurso da neurose, não sentidos ou sentidos não partilháveis com o Outro (Kyrillos Neto, 2009).

E ainda que possa ser encarado como um “fora do discurso” quando os fenômenos da loucura e suas manifestações advêm, não deixam de representar um estado particular (Velo, 2009). Se redobramos a aposta de que o psicótico pode fazer algum laço social a sua maneira, então fica mais cristalino entender que há sim ruptura do laço na experiência do louco; contudo, há também na neurose possibilidade de ruptura do social, em um estado de loucura, como a loucura histórica (Velo, 2009). E nem por isso retiramos do neurótico sua capacidade de fazer laço, demonstrando que o fenômeno da loucura não se confunde com a estrutura clínica que organiza o sujeito (Souza, 1994).

O modo característico de se relacionar com o mundo vai sobremaneira refletir na tentativa estabelecida pelas psicoses de se enlaçar, em alguma medida, à linguagem. Um modo ímpar de se conectar a palavra, em que uma exterioridade da linguagem transparece, provocando uma exclusão do próprio sujeito (Tenório, Costa-Moura, Lo Bianco 2017; Tenório & Rocha, 2006). A palavra se manifesta como algo de caráter estrangeiro, imposto por um Outro de fora que situa o sujeito em uma posição objetual, sendo recebida com angústia e percebida como uma violência (Tenório *et al.*, 2017; Tenório & Rocha, 2006).

Nosso pressuposto é o de que esses quadros psiquiátricos são modos pelos quais um sujeito reage à incidência da linguagem que nos constitui a todos, pela qual todos somos forçados a fazer passar nossa existência. Essa incidência do Outro sobre nós, que é a própria incidência da linguagem, nos constitui como sujeitos, veiculando as dimensões constitutivas tanto do sujeito quanto do próprio laço social (Tenório & Rocha, 2006, p. 67).

Quando pensamos no sujeito de direitos do paradigma da atenção psicossocial, resultante dos processos sociais complexos da RPB, devemos, enquanto aposta ética, atentar para as especificidades componentes da estruturação psicótica para não incorrerem em um tratamento que termina por resvalar em uma adaptação do sujeito ao meio social, intervindo, tendo como ângulo, uma reinserção funcionalista (Tenório & Rocha, 2006).

Ora, o paradigma psicossocial centra sua ação na vida territorial, comunitária, promovendo mecanismos junto ao usuário dos serviços e tecnologias de saúde substitutivas para que uma reinserção no laço social enquanto sujeito detentor de direitos e deveres na *pólis* possa ocorrer.

Através de um “projeto político-clínico-institucional” (Kinoshita, Trino, Guimarães, Castro, Prado, 2020, p. 321) a atenção psicossocial se materializa na existência material cidadina com o projeto terapêutico singular enquanto tecnologia de cuidado que “contratualiza a relação paciente-profissional” (Kinoshita *et al.*, 2020, p. 322).

Nele, usuário e profissional de referência traçam projetos de vida que visam à promoção de autonomia, poder de escolha e cuidado em liberdade na concretude da vida com o cotidiano, atrelando uma significação do sofrimento psíquico à reinserção no social pela via comunitária, intersetorial, integral, sustentável e baseada em uma lógica territorial para a produção de novas subjetividades (Kinoshita *et al.*, 2020).

Sua ética se ancora no horizonte cidadão como uma forma de tolerância moderna em um “exercício constante de afirmação de direitos” (Saraceno, 2011, p. 93) para o sujeito em sofrimento mental intenso. A fim de realizar tal intento, traz como potencialidade um arcabouço institucional bem demarcado, com dispositivos substitutivos alternativos à lógica asilar-manicomial (CAPS e suas modalidades) que inserem o sujeito no tecido social da vida pulsante em cada território (Ribeiro, 2005).

No entanto, a reinserção do psicótico na tessitura relacional, pela via da reabilitação psicossocial, pode vir a denotar um caráter funcionalista, aproximando-se do reducionismo biológico do paradigma psiquiátrico tradicional que, visando atingir a cura ou supressão das sintomatologias positivas do louco, preza por uma recuperação das faculdades mentais do sujeito alvo das intervenções (Tenório *et al.*, 2017; Tenório & Rocha, 2006).

Esta normatização do social, ainda que inadvertidamente, pode ocasionar o apagamento do sujeito em seu tratamento, ao promover uma reinserção no laço enquanto demanda absoluta de inclusão (Kyrillos Neto, 2009). A pretensa inclusão, quando tomada a qualquer custo e sem consideração pelo registro próprio em que o psicótico se alicerça, atropela a singularidade do sujeito, ao operar no registro da realidade, referida ao bom funcionamento psicossocial (Kyrillos Neto, 2009; Tenório & Rocha, 2006).

Ao se fundamentar em ideais universalizantes de direitos básicos atinentes a todo cidadão, a normatização psicossocial acaba influenciando na produção da demanda de tratamento. Ao invés de um trabalho de acompanhamento daquele que faz uso do serviço de saúde para produção de uma demanda que gere possibilidades de reelaboração psíquica do sofrimento, o que termina por acontecer nesses casos é uma fabricação artificial de demanda com base naquilo que o profissional, tido como referência do caso, entende ser o melhor para o sujeito.

Na gana por devolver o psicótico ao território da cidade sem apreender que neste exercício se pode incorrer num aprisionamento que faz com que o profissional referência faça uso da atenção psicossocial na qualidade de disciplina ou campo de saber, se esquece do sujeito como produtor, responsável e participativo em seu processo de cuidado.

O parâmetro principal que passa a balizar as ações de atenção torna-se a reinserção social absolutizada que atropela a dimensão clínica do singular em benefício da política universal, quando ambas deveriam permanecer indissociáveis.

A reinserção, nesses casos, pode vir a transfigurar-se em uma identidade institucional rígida se assemelhando àquilo que Saraceno (2011) aponta em uma etapa específica nos processos de construção de identidade. Nela, a identidade se torna sobremaneira forte que “[...] não interroga mais nem a si mesma nem ao mundo [...]” (Saraceno, 2011, p. 96).

E não há aí um risco implícito na atenção psicossocial de se absolutizar de tal maneira em uma identidade muito forte de reinserção social, olvidando-se de seu caráter de abertura multidisciplinar e de sua inventividade para elaboração de cuidados outros para esse sujeito entendido como alguém complexo?

Neste sentido, há alguma diferença em relação à identidade institucionalizada de Saraceno (2011) que leva os sujeitos a ela submetidos à “[...] [assumirem] integralmente esta identidade como a única existente e [tornarem-se] fundamentalistas [?]. E o fundamentalismo é uma forma de instituição total” (p. 96).

Não estamos tentando no corrente artigo impetrar uma crítica vazia ao paradigma psicossocial. Reconhecemos a importância de suas conquistas por direitos e de sua capilaridade no território nacional

para o fomento de uma saúde mental multidisciplinar e articulada intersetorialmente em um país pautado por desigualdades e iniquidades sociais extensas e opressoras.

Porém, é responsabilidade de todos aqueles que atuam direta ou indiretamente na RAPS evidenciarem os riscos que a modalidade de atenção psicossocial incorre quando a reinserção passa a ser bandeira única ou primordial de direção de tratamento. Aliada a uma burocratização excessiva dos serviços substitutivos, logra cristalizar o modo psicossocial de cuidado em uma posição engessada, presa a uma regulamentação demasiada que somente se realizaria pela via dos direitos, denegando o que há de mais elementar, a saber, o atendimento acolhedor (Couto & Alberti, 2009).

Uma pedagogia que desloca o lugar de saber do sujeito para o profissional, sob viés ortopedista, impedindo que a vontade de escolha do usuário sobrevenha, ao sufocar a diferença em prol de uma padronização que tem como meta central o desejo da referência em promover o bem ou uma cura para aquele que se encontra desprovido de cidadania (Rinaldi, 2006).

A reinserção social não parcializada e pouco dialetizada do sujeito nas psicoses que, afinal de contas, deveria ser co-autor de sua terapêutica, através de profissionais que se posicionam numa posição de tutela e controle, redireciona o cuidado em liberdade preconizado pela RPB para uma (neo) institucionalização que cristaliza padrões de conduta socialmente aceitáveis e reforça hierarquizações invisíveis (Cedraz & Dimenstein, 2005).

TEORIA [E] PRÁXIS NOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

Ora, a dimensão cidadã e do inconsciente nas psicoses se encontra presente diariamente nos CAPS espalhados pelo país. Não há invalidação de uma pela outra, tampouco deve haver prevalência da cidadania sobre o inconsciente ou vice-versa. O inconsciente não tem classe social (Danto, 2019) e pode fornecer pistas para um trabalho terapêutico potencializado quando utilizado enquanto política (Brousse, 2003), atento aos atravessamentos impetrados por um Outro por vezes violento e intolerante com a diversidade que as psicoses trazem.

Caso consideremos que a psicanálise foi uma das principais referências para a RPB, inspirando na edificação do arcabouço teórico-conceitual

das modalidades de cuidado a serem desenvolvidas (Desviat, 1999; Ribeiro, 2005); podemos tensionar no cerne da atenção psicossocial uma interlocução com a prática analítica.

E o que vem a ser a clínica analítica se não uma práxis? Um operar que tem como ponto de partida o discurso, a saber, um laço social, que se configura como uma posição de natureza ética frente ao Outro, a realidade, ao objeto, e às leis da linguagem (Costa-Moura, 2006, p. 150).

O sujeito quando se autoriza a falar de si e sobre si torna-se responsável pelos seus atos, desenrolando uma trama que endereça para um outro no espaço clínico, articulando um laço (Costa-Moura, 2006) que enseja com que o analista escute, enquanto destinatário da mensagem, aquele que fala em sua singularidade (Freitas & Bastos, 2019).

Assim, o discurso psicanalítico deve fazer laço com qualquer estrutura clínica que seja, não se restringindo ao discurso fálico de ordem neurótica, mas atuando como uma práxis que modula suas intervenções levando em conta a posição particular no social ocupada pelo psicótico em sua vinculação com a linguagem.

O caráter multidisciplinar da atenção psicossocial, por sua vez, proporciona com que a práxis psicanalítica possa adentrar nos dispositivos substitutivos, facilitando no manejo da escuta e no endereçamento da palavra, em uma transposição de técnicas e instrumentos psicanalíticos para o “*setting*” psicossocial sem que este, contudo, perca sua especificidade clínica.

Talvez haja aí um ponto de aproximação com aquela clínica psicoterápica expandida de base psicanalítica pretendida por Freud e com a proposição de Couto e Alberti (2008) de ver na atenção psicossocial uma operadora de acesso, via psicanálise, ao sujeito da fala e linguagem.

Nesta clínica ampliada já podemos identificar profissionais psicanalistas ou de orientação psicanalítica fazendo nos dispositivos substitutivos uma composição que balanceia psicanálise e atenção psicossocial. E por acaso o arranjo anterior não poderia se enquadrar em uma clínica do [e]?

A nomeação do trabalho empreendido por esses profissionais pelo uso do conectivo “e” autoriza um entrelaçamento entre prática e teoria, operacionalizado pelos dispositivos alternativos presentes nos CAPS. E o exposto pode ser observado a seguir, a partir da vinheta clínica trazida logo abaixo.

* * *

A., cujo nome atribuímos ficticiamente, queixava-se, em nossas primeiras interações, de uma instabilidade. Foi com A., usuária de um dos serviços, em que foi possível presenciar o equilíbrio entre a técnica psicanalítica e o manejo psicossocial cidadão pela via do “e”. Desde as primeiras interações, A. era muito direta, acusando escuta alucinatória e fazendo uso abusivo de álcool. Demandava constantemente benefícios sociais ou alguma medicação que a estabilizasse.

Com a progressão do vínculo (transferencial) foi possível escutá-la ativamente em uma posição de aprendiz da clínica (Zenoni, 2000) oferecendo disponibilidade de acolhimento a partir das sinalizações de A., sem nenhuma exigência de antemão, ao mesmo tempo em que também suscitava certa ausência para que pudesse falar de si. Com o passar dos meses, A. pode se pôr a falar sobre suas relações interpessoais, sua vida pregressa e sua adição ao álcool.

Traços subjetivos começaram a aparecer, ainda que bastante desorganizados, quando conversávamos nos dispositivos da convivência e da redução de danos. Seu discurso soava um tanto quanto pueril, cristalizado ao redor de certas construções frasais prontas, que pareciam ter sido oferecidas a A. por algum Outro familiar ou social. No entanto, ainda que precariamente, foi feita uma aposta em um trabalho de confecção de novos significantes, rearranjo dos antigos e definição de quais seriam aqueles ditos privilegiados, que se concatenavam ao seu mosaico de vida.

O trabalho contingencial, ainda que por meio de consensos efêmeros e pactuações frágeis produziu efeitos: A. sustentou por algum tempo uma diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas; começou a participar de algumas oficinas que captavam um pouco de sua atenção; e com o auxílio financeiro logrou maior organização, conseguindo elaborar algo semelhante a uma demanda de tratamento. No fim, o significativo instabilidade foi esvaziado da preponderância que tinha no início, sendo mais um possível de ser encontrado circulando na cadeia.

Neste sentido, houve uma hibridização entre uma dimensão mais assistencial, próxima do paradigma reabilitador biopsicossocial ao prover benefício financeiro, medicação e outros instrumentos que suprissem direitos de cidadania de um sujeito em um estado de vulnerabilidade

social; e uma dimensão analítica, atenta aos modos como o grande Outro da cultura e da linguagem poderia ser violento com o psicótico, no caso, A.

É bem verdade que o analista e/ou o profissional de saúde mental com uma bagagem analítica retira da teoria psicanalítica técnicas e princípios que vão contornar, bem como direcionar a sua clínica, em linha com o proferido por Barros (2003). Contudo, o contorno propiciado pelos princípios e técnicas da psicanálise de nenhuma maneira pode sobrepujar a dimensão contingencial da clínica.

Barros (2003) já nos alertava que a necessária absorção dos princípios, sem que eles caíam em uma acepção estandardizada promotora de uma clínica engessada, balanceado com o contingente daquilo que se apresenta na vida com o paciente no dia a dia, se mostra premente para que o analista exerça uma posição prática social que leva em consideração que não há garantias a priori, por mais angustiante que isto possa soar.

Dessa forma, pensar na hibridização somente se tornou factível ao coaduná-la numa clínica ampliada em saúde mental pela via do “e” disjuntivo entre psicanálise e atenção psicossocial. Ao colocar no espaço intervalar [entre] as dimensões de sujeito presentes no CAPS certa flexibilidade para atuação do profissional, se mostrou coerente um manejo entre os princípios psicanalíticos e psicossociais em um saber-fazer inventivo que contornou a proposição de clínica ampliada dando, todavia, margem para que algo de aberto permanecesse operando pela hiância. Evitamos, assim, uma queda em uma acepção estandardizada que cristaliza o serviço ao redor de um novo vetor institucionalizante.

E pensando na micropolítica do cuidado, como podemos potencializá-la, conforme feito com A.? As oficinas terapêuticas, a noção de sujeito, a transferência de trabalho e a materialidade do significante são alguns dos elementos que surgem nesse entrecruzamento entre as abordagens nas experiências na RAPS que podem fornecer pistas.

Com a noção de significante como material desde uma concepção lacaniana, podemos apreender a palavra como uma das formas manifestas de materialização do significante (Guerra, 2004). Contudo, ainda que haja uma predisposição na psicanálise pelo trabalho com a palavra verbalizada, com o objeto “fala”; a práxis psicanalítica não se furta em empregar outras materialidades que também trabalham na articulação com o significante.

Isto pode vir a se refletir nos recursos ao coletivo presentes no CAPS (oficinas, grupos terapêuticos, de medicação, convivência, assembleias e outras atividades extra-clínicas), potencializando o serviço em um trabalho de bricolagem que localiza e dá destino ao excesso de gozo do psicótico, reinvestindo a libido por outros caminhos menos mortíferos e objetualizantes, em linha com Freitas e Bastos (2019).

Relativamente às oficinas oferecidas nos CAPS, elas podem servir como mediadoras em um espaço que se produz como alternativa ao excesso de gozo que toma o psicótico. Como bem sabemos, o psicótico é aquele que acredita não somente que o grande Outro goza, mas que esse gozo se encontra todo do lado de lá (Souza, 2001). O gozo, por sua vez, pode ser apreendido como:

O gozo está para além da dor, justamente porque há uma cisão entre aquele que goza e o Outro. Se dor e gozo, do ponto de vista quantitativo, dizem respeito à ultrapassagem do limite de suportabilidade de excitação; do ponto de vista qualitativo, a dor indica a qualidade do desprazer, quando este limite é ultrapassado e se endereça a Outrem; ao passo que o gozo se relaciona ao não limite entre o sujeito e o Outro: ou porque ocorreu uma colagem entre eles, ou porque o Outro foi excluído (gozo autístico) (Queiroz, 2012, p. 858).

Assim, ao recorrerem à confecção de produtos de materialidade particularizada, com “densidade simbólica diferenciada” (Guerra, 2004, p. 49), os dispositivos das oficinas abrem como possibilidade a manufatura de efeitos-sujeito, em uma construção de uma produção material que articula pulsão e linguagem, provendo nova localização para o gozo experimentado como excessivo (Guerra, 2004).

Logo, provoca brechas para que o psicótico pode exercitar algo de uma subjetividade, (re) construindo sua história de vida ao estabelecer um trabalho em conjunto com o verbo, em uma clínica que considera a um só tempo o paradigma cidadão, sem se olvidar que a “matéria prima do trabalho é o sujeito da palavra” (Figueiredo, 2005, p. 41).

Quando coadunamos a materialidade do significante à noção de sujeito e à transferência de trabalho institucional temos um alargamento dos cenários de cuidado, em um concerto que fornece subterfúgios para estimular o campo da saúde mental. O sujeito é não todo, intervalar,

complexo, e inacabado desde uma ótica psicanalítica. Por que não replicar essa lógica para se pensar no trabalho a ser desenvolvido no CAPS?

Uma lógica de um coletivo não todo, de um coletivo que insiste em não se fechar, resgatando a dimensão contingencial, sem garantias e feita de elementos parciais da clínica (Figueiredo, 2005), entendendo os CAPS enquanto dispositivo que produz uma direção de tratamento transmissível no coletivo, mas com a responsabilidade do ato situada no um a um, na singularidade do sujeito que o demarca em relação aos demais (Figueiredo, 2005).

A transferência de trabalho ao circular e ser manejada pela equipe multiprofissional no dia a dia dos serviços amplia o leme de direção clínica, evitando que se caia na armadilha de uma horizontalidade excessiva nas equipes, com perda da especificidade clínica, ou uma hierarquização rígida, que verticaliza poderes e saberes (Figueiredo, 2005).

A formação de um laço entre pares quando aliada ao tempo lógico lacanianiano, permite, pois, tanto compreender a relação que o usuário estabelece com seus significantes privilegiados quanto apreender em um trabalho de coleta, ordenamento e recomposição de significantes (Figueiredo, 2005) como as diferentes formas de opressão subsistem no mundo particular do psicótico, retornando em construções delirantes e/ou alucinatorias.

Em outras palavras, uma clínica pensada através do conectivo “e” pode ser operada articulando materialidades diversas do significante, em um espaço voltado ao coletivo e de característica interdisciplinar, combinado com o estabelecimento do laço transferencial entre a equipe multi, o fortalecimento dos dispositivos vinculados e o posicionamento do sujeito enquanto personagem central em seu tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Intentamos debater nestas breves páginas uma sequência de ideias e contribuições, nos enveredando por tensionamentos e articulações entre a clínica psicanalítica das psicoses [e] a clínica cidadã da atenção psicossocial, num esforço de apreender o horizonte psicossocial de inserção do dito louco, a saber, o psicótico, no laço social de modo menos absolutizado, mais parcializado, com a contribuição do uso do “e” enquanto conectivo não homogeneizador.

Como pontos de toque principais podemos elencar a aposta em uma clínica relacional que circunda ambas as abordagens, ainda que sob parâmetros distintos; o entendimento do sujeito enquanto um ser complexificado, com atravessamentos diversos que influem em seu estatuto de subjetivação que, por sua vez, conectam-se à materialidade do registro da realidade; uma potência plástica e inovadora das correntes aqui citadas, que demonstra um caráter inventivo, político e atento aos jogos de força que se estabelecem na contemporaneidade; além do trabalho clínico operando no espaço da contingência, da não garantia enquanto cenário privilegiado que carrega em si a sobredeterminação presente no *setting* analítico e nos serviços substitutivos no âmbito da saúde mental pública brasileira.

Em relação aos pontos de diferença podemos elencar o acolhimento distinto entre psicanálise e atenção psicossocial: enquanto que na primeira há uma predileção pela recepção do analisando por parte do analista, sem uma preocupação em construir dispositivos que encarem esse papel (Ribeiro, 2005); no paradigma psicossocial a materialização do encontro se dá pela lógica de um acolhimento institucional, corporificado no dispositivo institucional do CAPS e suas variações.

Ademais, a ética balizadora das ações empreendidas nos campos é dessemelhante. Na atenção psicossocial temos uma ética ancorada na realização de direitos enquanto uma forma contemporânea de tolerância (Saraceno, 2011); uma esfera psicossocial ética que busca empreender junto ao sujeito um movimento de composição dos laços afetivos rompidos ou fragilizados e uma confecção de redes potentes de criação de vida através de sua reinserção territorial em paralelo a um agenciamento social da loucura (Amarante, 2021; Tenório, 2002).

A ética psicanalítica, por seu turno, pode apontar para os efeitos danosos que uma reinserção social do psicótico a todo custo ocasiona. Sua ética pautada na lógica não totalizante permite emprestar à atenção psicossocial alguns princípios orientadores, sem que se incorra no risco de cair em acepções cristalizadas de condutas, regulações e burocratizações que incidam no tratamento do sujeito, contaminando a escuta qualificada e aprisionando-o em um discurso escravizado.

Ora, o sujeito nas psicoses possui uma gama de recursos subjetivos precários para fazer frente a um grande Outro que o localiza em uma posição objetal. O excesso de gozo invasivo advindo desse Outro onipotente não barrado gera frustrações, desesperos e angústias que se traduzem em respostas delirantes ou escutas alucinatórias enquanto saídas possíveis para se estar no mundo.

A especificidade advinda da estrutura psicótica necessita que o profissional na saúde mental pública do Brasil exerça um manejo clínico mediador entre o sujeito e uma presença menos exigente no laço social da cidade. Mediação através de um suporte existencial efetivo que dê um contorno para que não haja uma sobrecarga decorrente de uma exigência de funcionalismo social, impedindo que alguma verdade singular seja produzida.

Com efeito, entendemos que a temática proposta não se esgota ao final deste escrito. Os dispositivos alternativos citados ao longo de nossa explanação indicam caminhos a serem percorridos pelo profissional com o usuário, através da fala e outras materialidades significantes, ensejando novas maneiras menos ameaçadoras do psicótico suportar uma relação, ainda que precária, com a pólis.

Demonstram que a aposta de cuidado a ser feita na saúde mental é aquela que entrelaça clínica e política em um mesmo discurso, como indissociáveis, atendendo a dimensão cidadã e o mandato de reinserção social do louco, mas não fazendo deste mandato premissa única balizadora das ações em saúde mental; ao passo em que apreende o sujeito como efeito do Outro da linguagem e da cadeia de significantes, trazendo marcas desse encontro que opera sob a lógica do inconsciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, F. (2008). O fenômeno psicótico: sob a ótica de Freud e Lacan. *Clinicaps*, 2 (5), 1-22.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2015). *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni.
- Amarante, P. (2021). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Amarante, P., & Torre, E. (2017). Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da reforma psiquiátrica e do campo da saúde mental no Brasil. *Interface*, 63 (21), 763-774.
- Amarante, P., & Torre, E. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de administração pública*, 6 (52), 1090-1107. Recuperado em 15/09/2023 em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/vxnvxzn4bd3bqctvjwzxbq/?lang=pt>>.
- Barros, R. (2003). Sem standard, mas não sem princípio. In Harari, A., & Fruger, F. (Orgs.) *Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano*. (Vol 1, pp. 39-48). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Brousse, M. H. (2003). *O inconsciente é a política*. São Paulo: Escola brasileira de psicanálise.
- Canguilhem, G. (2011). *O normal e o patológico*. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Forense universitária.
- Costa-Moura, F. (2006). A psicanálise é um laço social. In Alberti, S., & Figueiredo, A. C. (orgs.) *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 149-154). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. São Paulo: Ed. UNESP.
- Cedraz, A., & Dimenstein, M. (2005). Oficinas terapêuticas no cenário da reforma psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Revista mal-estar e subjetividade*, 5 (2), 300-327.
- Coelho, C. M. S. (2006). Psicanálise e laço social: uma leitura do seminário 17. *Mental*, 4 (6), 107-121.
- Couto, R., & Alberti, S. (2008). Contribuição ao debate entre a psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira. *Mental*, 11 (6), 15-33.
- Danto, E. A. (2019). *As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social, 1918-1938*. São Paulo: Perspectiva.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações 1972-1990* (Post-scriptum sobre as sociedades de controle, pp. 219-226). Rio de Janeiro: Ed. 34.

- Deleuze, G. (1974). *Lógica do Sentido*. São Paulo: Perspectiva.
- Delgado, P. (2007). Por uma clínica da reforma: concepção e exercício. *Encontro nacional de saúde mental*, 1, 59-67.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Elia, L. (2006). “O começo da análise não pode fazer com que a neurose comece a cessar”. In Alberti, S., & Figueiredo, A. C. (orgs.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 47-54). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Fernandes, M.; Lima, R. A. (2019). Posfácio: Psicanálise para quem? In Danto, E. A. *As Clínicas Públicas de Freud: Psicanálise e Justiça Social, 1918-1938*. São Paulo: Perspectiva.
- Ferreira, T. P. S., Sampaio, J., Souza, A. C. N., Oliveira, D. L., & Gomes, L. B. (2017). Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface*, 21 (61), 373-384. Recuperado em 20/09/2023 em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-32832017000200373&script=sci_abstract&tlng=pt>.
- Figueiredo, A. C. (2019). Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. *Psicologia política*, 4 (19), 78-87. Recuperado em 14/09/2023 em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1519-549x2019000100009>.
- Figueiredo, A. C. (2005). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, 3 (5), 44-55. Recuperado em 10/10/2023 em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1679-44272005000200004>.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1977). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2014). *Microfísica do poder*. (8ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e terra.
- Freitas, M., & Bastos, A. (2019). A escrita nas psicoses: suas funções e seus destinos em uma oficina literária. *Revista latinoam. de psicopat. Fund.*, 1 (22), 72-94.
- Freud, S. (1969). *As neuropsicoses de defesa*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas, Vol. III. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1894).

- Freud, S. (2021). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia - dementia paranoides - relatado em autobiografia – “o caso Schreber”. In Freud, S. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia (dementia paranoides) relatado em autobiografia (“o caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)*. (Vol. 10). São Paulo: Companhia das letras. (Obra original publicada em 1911).
- Freud, S. (2021). Introdução ao narcisismo. In Freud, S. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. (Vol. 12). São Paulo: Companhia das letras. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (2016). Caminhos da terapia psicanalítica. In Freud, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. (2ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1919).
- Freud, S. (2018a). Neurose e psicose. In Freud, S. *Neurose, psicose, perversão*. (1ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1924).
- Freud, S. (2018b). A perda da realidade na neurose e na psicose. In Freud, S. *Neurose, psicose, perversão*. (1ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1924).
- Guerra, A. M. C. (2004). Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In Costa, C. M, & Figueiredo, A. C. (orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 22-58). Rio de Janeiro: Contracapa.
- Kinoshita, R. T.I., Trino, A. T., Guimarães, C. S., Castro, C. A., & Prado, C. M. A. S. (2020). Atenção psicossocial e bem viver: relato de experiência de um projeto terapêutico singular pelas dimensões da felicidade interna bruta. *Saúde em debate*, 3 (44), 320-332. Recuperado em 20/09/2023 em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020e326>>.
- Kyrillos, N. F. (2009). Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. *Aletheia*, 30, 39-49.
- Lacan, J. (2021). *O seminário livro 3: as psicoses*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1955-56).
- Lima, F.M.S., De Mattos, A. C., & De Lima; S. C. A (2013). “Verwerfung” e sua incidência na Clínica das Psicoses. *ECOS*, 3 (1), 152-159. Recuperado em 16/09/2023 em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1105/826>>.

- Lima, E. M. F. A., & Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde debate*, 38 (102), 593-606.
- Lobosque, A. M. (1997). “Oficinas: fazer-pensar”. Belo Horizonte: Metipolà-Cersam Leste.
- Ministério da Saúde (2009). *Clínica ampliada e compartilhada*. Secretaria de Atenção à saúde, Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS. Brasília. Recuperado em 18/09/2023 em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>.
- Ministério da Saúde (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Recuperado em 17/09/2023 em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>.
- Nicodemos, J., & Elia, L. (2016). Análise crítica das políticas públicas brasileiras de saúde mental em uma perspectiva histórica. In Souza, A. C., Souza, L. F., Souza, E. O., Abrahão, A. L. (orgs.), *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, G. M., & Daltro, M. R. (2020). ‘Coringas do cuidado’: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental. *Saúde em debate*, 44 (3), 82-94. Recuperado em 17/09/2023 em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/10/rsde3-web-1.pdf>>.
- Queiroz, E. F. (2012). Dor e Gozo: de Freud a Lacan. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 4 (15), 851-867.
- Ribeiro, A. M. (2005). Uma reflexão psicanalítica acerca dos caps: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. *Psicologia USP*, 4 (16), 33-56. Recuperado em 15/09/2023 em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/hgdjs7xxhdwjl9mjp5glnn/?lang=pt>>.
- Rinaldi, D. (2006). Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In Alberti, S., & Figueiredo, A. C. (orgs.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 141-148). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Rotelli, F., De Leonardis, O., & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização: uma outra via. In Rotelli, F., De Leonardis, O., Mauri, D. (orgs.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

- Sadala, G., & Martinho, M. H. (2011). A estrutura em psicanálise: uma enunciação desde Freud. *Ágora*, 14 (2), 243-258.
- Saraceno, B. (2011). A cidadania como forma de tolerância. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 22 (2), 93-101. Recuperado em 17/09/2023 em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14126>>.
- Schreber, D. P. (1903). *Memórias de um doente dos nervos*. São Paulo: Graal.
- Souza, N. S. (1994). Transferência e direção da cura na psicose. *Pulsional*, 57, 36-43.
- Souza, N.S. (2001). A clínica analítica com pacientes psicóticos é possível? In Quinet, A. (org.). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências* (pp. 209-213). São Paulo: Marca d' água livraria editora Ltda.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, ciências, saúde - manguinhos*, 9 (1), 25-59.
- Tenório, F., Costa-Moura, F., & Lo Bianco, A. C. (2017). Tradição clínica da psiquiatria, psicanálise e práticas atuais em saúde mental. *Psicologia USP*, 2 (28), 206-213.
- Tenório, F., & Rocha, E. C. (2006). A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In Alberti, S., & Figueiredo, A. C. (orgs.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 55-72). Rio de Janeiro: Companhia de Freud
- Veloso, H. (2009). Psicose e discurso no contexto da teoria lacanianiana. *Ágora*, 1 (12), 75-89.
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em debate*, 78/80 (32), 27-37.
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Polis e psique*, 1 (8), 173-190.
- Zenoni, A. (2000). Psicanálise e instituição. *Revista de saúde mental do instituto Raul Soares*, 1 (0), 32-50.