

O diálogo necessário: clínica e saúde mental

Tays Aparecida da Silva ¹

José Dionísio de Paula Júnior²

¹ Pós-Graduada em Saúde Mental com ênfase em Álcool e Outras Drogas pela Faculdade Ubaense Ozanam Coelho (Fagoc – Ubá/MG). Graduada em Psicologia pela Fundação Presidente Antônio Carlos (Fupac – Ubá/MG). Psicóloga da Prefeitura Municipal de Barbacena/MG. Atua no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (Caps AD III) de Barbacena/MG. Supervisiona e orienta as atividades dos estagiários de Psicologia no Caps AD III de Barbacena/MG.

² Pós-Doutor em Ergonomia, Saúde e Segurança do Trabalho pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Doutor em Ciências Biomédicas pelo Instituto Universitário Italiano de Rosário – Iunir, Argentina (Equivalência: Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Capes 4). Graduado em Enfermagem. Atua na área de conhecimento em Saúde do Trabalhador, com ênfase na Assistência de Enfermagem, Saúde Coletiva, Saúde Ambiental, Saúde Mental & Neurociências. Participa como Líder do grupo de pesquisa “Psicanálise e Semiologia Psiquiátrica”, cadastrado no diretório de grupos do CNPq. Professor do curso de graduação da Fundação Presidente Antônio Carlos de Ubá, Minas Gerais (Fupac).

Introdução

O adoecimento psíquico é um problema de saúde pública que afeta indivíduos em todo o mundo, independentemente do desenvolvimento econômico do país. Estudo conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), realizado em 14 países, mostrou que o transtorno mental variou de 4% em Xangai, na China, a 26% nos Estados Unidos. No Brasil, estudo realizado com adultos, aferindo prevalências de, pelo menos um, diagnóstico de distúrbio psíquico, revela dados que vão de 64% em Brasília, 35% em São Paulo e 52% em Porto Alegre (Andreoli, Almeida Filho, Coutinho & Mari, 2000).

No Brasil, a assistência às pessoas que sofrem com transtornos mentais vem se transformando, nas últimas décadas, influenciada por experiências internacionais que propuseram novos modelos e práticas de transformação institucional com o intuito de promoção da saúde mental fora dos manicômios.

Nesse advento da Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são criados com o objetivo de oferecer tratamento às pessoas que sofrem com transtornos mentais e, para isso, contam com uma equipe multidisciplinar (Brasil, 2004).

Dessa forma, surgem vários saberes em torno da doença mental e, conseqüentemente, da forma de lidar com a psicose. Com isso, o sujeito pode ser limitado a uma visão biológica e/ou social que não leva em conta a sua singularidade, tornando-o um objeto. Nesse sentido, os próprios técnicos tentam “normalizar” a psicose e acabam exigindo que as pessoas entrem na lógica capitalista de trabalho, dinheiro e competição, sem levar em conta as particularidades de cada um (Quinet, 2009; Santos & Ferrari, 2014).

Nesse ponto, percebemos a diferença da Psicanálise que trabalha com a fala, história e singularidade do sujeito do inconsciente. Pelo viés psicanalítico, o sujeito não pode ser encaixado em uma lógica universal, mas deve sustentar a sua diferença no meio social. Com essa lógica, não há ditados de condutas e nem exigência de suspensão dos sintomas. O sintoma é abordado como uma manifestação subjetiva e precisa ser acolhido para haver o aparecimento do sujeito, seja “como ataque histérico, depressão melancólica, delírio paranoico ou despedaçamento no esquizofrênico” (Quinet, 2009, p. 13). Nesse sentido, Freud (1911, p. 78) aponta que “a formação delirante, que presumimos ser um produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução”.

Dessa forma, entendemos o delírio como um esforço criativo do psicótico para diminuir sua angústia e não uma deficiência do seu pensamento, portanto, deve haver uma busca pelo entendimento do trabalho delirante, desde o seu surgimento até a função que ele ocupa para o sujeito (Maffili, Kyrillos Neto & Calazans, 2014).

Com isso, considerando que algumas condições clínicas exigem posturas diferenciadas e flexíveis por parte dos profissionais nos serviços substitutivos, e que os Centros de Atenção Psicossocial são o “carro-chefe” da Reforma Psiquiátrica e tem por objetivo ofertar assistência

às pessoas com transtornos mentais, torna-se de fundamental importância discutir a necessidade da escuta clínica no cotidiano desse serviço.

Sendo assim, a clínica psicanalítica se destaca por enriquecer o campo da saúde mental com seu suporte teórico e aposta na singularidade do sujeito. Operar a partir dela possibilitaria ultrapassar os automatismos dos protocolos institucionais, a visão biológico-medicamentosa centrada na remissão dos sintomas e as tentativas de padronização presentes no discurso ideológico da inclusão. Observa-se que a condução clínica, pela perspectiva psicanalítica, mantém-se em conformidade com a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira, desse modo, faz-se necessário refletir algumas questões primordiais a respeito da clínica do sujeito, nos serviços abertos de saúde mental, pelo viés psicanalítico.

Breve histórico da reforma psiquiátrica no Brasil

Na década de 1970, o Brasil experimentou um intenso aumento das internações psiquiátricas, com criação de grandes manicômios lucrativos e sustentados por recurso público. Os militantes, insatisfeitos, brigavam discretamente em congressos, associações, sindicatos, entre outros. No fim da década de 1970, esses movimentos, pelas reformas na Saúde Mental e também na assistência à Saúde no geral, caminharam em conjunto com os movimentos sociais. Na década de 1980, cabe destacar o Congresso de Trabalhadores de Bauru como marco de articulação dos movimentos sociais, no qual se pactuou o lema “por uma sociedade sem manicômios” e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi tomada pela sociedade civil, representando o início de desconstrução da exclusão do louco e a prescrição da estratégia de desinstitucionalização (Pitta, 2011; Amarante, 1995).

Dessa forma, em vários pontos do Brasil, foram surgindo novos tipos, bem-sucedidos, de cuidados em saúde mental, como a inauguração do primeiro Caps no Brasil, em 1987, na cidade de São Paulo, intitulado Caps Professor Luiz da Rocha Cerqueira; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em São Paulo, marcando de forma radical a desinstitucionalização no país (Pitta, 2011; Amarante, 1995).

Nesse cenário, surgem as mudanças legislativas para consolidar a Reforma Psiquiátrica, como a promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; apesar de ter sofrido alterações do Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, foi um marco político inédito no país (Brasil, 2001; Delgado, 2016).

Posteriormente, os Caps passam a ser regulados pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, devendo atuar no âmbito do território e ser o articulador das ações de saúde mental nos municípios (Brasil, 2002). Já no ano de 2011, é estabelecida a Portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único

de Saúde – SUS (Brasil, 2011). Cabe ressaltar que as portarias descritas foram revogadas por consolidação pela Portaria nº 3, de 28 de setembro 2017, que trata da “Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2017). Além disso, houve algumas alterações da Política Nacional de Saúde Mental, no fim do ano de 2017, que merecem um estudo mais pormenorizado.

Mesmo diante de alguns impasses, durante o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, observa-se a ampliação consistente do número de Caps, principal serviço substitutivo do modelo hospitalocêntrico. O total de unidades cresceu de 154 em 1996 para 1.153 em 2007 e 2.623 em abril de 2015, segundo dados do Datasus.

Atualmente os Caps são o “carro-chefe” da Reforma Psiquiátrica, tendo como objetivo ofertar o cuidado de maneira territorializada, a partir de projetos terapêuticos singulares, buscando um modelo que priorize a reabilitação, protagonismo dos usuários e reintegração psicossocial; mediante acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Nesse sentido, é mais que um serviço, é uma estratégia para mudar o modelo assistencial, pois necessita de uma reorganização de toda a rede para ativar as potencialidades do território a fim de compor as estratégias de cuidado em conjunto, sendo as terapias, químicas ou psicoterápicas, meros recursos diante de um amplo processo de reconstrução dos sujeitos (Conselho Federal de Psicologia, 2013; Luzio & Yasui, 2010; Brasil, 2004).

Para além de seus objetivos concretos, os Caps diferenciam-se do manicômio pela qualidade de suas respostas, dependência de toda a rede e entendimento de que o sofrimento e o sujeito se constituem a partir da sua relação com o social. Nessa perspectiva, o Caps tem como função oferecer suporte e recurso para as pessoas lidarem com o seu sofrimento, ou seja, não é uma terapêutica voltada para estabelecer a “normalidade” ou tentar encaixá-los em um padrão sociocultural (Miranda, Oliveira & Santos, 2014).

Diante disso, percebe-se que as mudanças transcendem o campo da saúde, visto que necessitam de uma reconstrução técnica, afetiva e subjetiva por parte dos profissionais e da sociedade como um todo (Oliveira *et al.*, 2014; Luzio & Yasui, 2010).

Desse modo, entendemos que essas estratégias fazem parte de um processo desinstitucionalizante, porém, mesmo nos serviços substitutivos, corre-se o risco de reproduzir a lógica manicomial que tentam suprimir, pois o “manicômio mental” persiste além do geográfico e do visível. Portanto, é necessário uma “desinstitucionalização do social”, na medida em que precisamos nos desapegar da forma de vida institucionalizada, disciplinar, calcada no capitalismo, baseada em relações de poder, dominação e controle; quando se reproduz os modos como devemos amar, trabalhar, falar, comportar... Ou seja, a reforma psiquiátrica defende formas flexíveis de lidar com a loucura e propõe uma escuta da desrazão em sua singularidade (Alverga & Dimenstein, 2006). Assim, como nos indica Peter Pal Pelbart (1990, p. 137),

O direito a desrazão significa poder pensar loucamente, significa poder levar o delírio à praça pública, significa fazer do Acaso um campo de invenção efetiva, significa liberar a subjetividade das amarras da verdade, chame-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indizível e até mesmo, por que não, ao impensável.

A clínica psicanalítica no contexto institucional

Como descrito, o movimento da reforma psiquiátrica desde o início mostrou o seu caráter político. A partir desse movimento, os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos passaram a ser constituídos por vários saberes e práticas. Alguns com explicações biológicas, compreendendo a loucura por meio de disfunções cerebrais; outros com a visão da reabilitação psicossocial, que tem um ideal de inclusão sem levar em consideração as particularidades de cada um; e a Psicanálise, que trabalha com o sujeito do inconsciente (Santos & Ferrari, 2014).

Dessa forma, destacamos duas abordagens associadas ao campo da saúde mental. Uma delas está vinculada à Psiquiatria Democrática Italiana, enfatizando a dimensão política e social. Tal abordagem, vinculada à proposta basagliana, “corre o risco de desobrigar a sociedade a repensar a relação estabelecida com a doença mental” (Furtado & Campos, 2005). Ou seja, esse modelo tende a incluir o doente no meio social, mesmo que essa postura trague como consequência a dessubjetivação e alienação do sujeito.

Outra abordagem marca o fato de a loucura ter sua especificidade, incorporando a dimensão clínica na prática de cuidados em saúde mental. Sendo assim, emerge a clínica da escuta diante da fala do sujeito, portanto, uma resposta que vai além da dimensão social, concessão de benefícios e prescrição institucional (Kyrillos Neto, 2010; Kyrillos Neto & Santos, 2014).

Nesse sentido, Dunker e Kyrillos Neto (2004) ressaltam que alienar-se ao significante “trabalhador” é preferível a alienar-se ao significante “doente mental”, ou seja, o imperativo da inclusão surge no lugar das práticas segregatórias e excludentes. Os autores, destacam: “[...] a proposta basagliana acaba por reproduzir uma retórica onde a inclusão social acaba por inverter os sinais característicos da exclusão, eliminando, assim, a contradição que deveria ultrapassar” (Dunker & Kyrillos Neto, 2004).

Diante disso, muitas vezes, a prática da equipe do Caps visa aos comportamentos socialmente aceitos, ao uso correto das medicações prescritas, à assiduidade no serviço, ou seja, à adequação ao tratamento proposto pelos próprios profissionais. Tal modelo diz negar a lógica manicomial; mas propõe que os trabalhadores de saúde mental, embasados em um discurso científico, determinem qual tratamento deve ser seguido e os locais onde os usuários devem se inserir. Nesse sentido, Kyrillos Neto (2010) resalta que não há escolha para o sujeito, por-

quanto só haverá liberdade quando se fizer a escolha certa. Com isso, percebemos o retorno do discurso médico totalizante dos manicômios em nome de um “bem”.

Nessa perspectiva, Dunker e Kyrillos Neto (2004), enfatizam: “O imperativo de recusar a exclusão transforma-se, assim, no imperativo da inclusão, mantendo, portanto, sua estrutura em discurso de mestre”. Com isso, no discurso da inclusão como uma necessidade, desconsidera-se que há uma peculiaridade na estrutura dos sujeitos psicóticos que não passam pela ordem adaptativa das normas sociais.

Portanto, considerando a dimensão subjetiva, é possível a entrada da clínica psicanalítica no âmbito da saúde mental, tendo em vista que o sintoma será entendido como manifestação subjetiva do sujeito. Com isso, a psicopatologia psicanalítica marca uma diferença clássica com os manuais estatísticos vigentes, como a Classificação Internacional das Doenças (CID) e o Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte Americana de Psiquiatria (DSM).

Segundo Kyrillos Neto e Santos (2014), os manuais se organizam a partir da catalogação de sinais e sintomas, desconsiderando a etiologia dos quadros; fazendo com que a condução do tratamento seja baseada a partir deles. Ou seja, a prática é baseada em um consenso estatístico e o tratamento, geralmente pela via medicamentosa, já padronizado. Dessa forma, corre-se o risco do Caps se configurar em modelo ambulatorial e tamponar, pela via medicamentosa, o mal-estar dos sujeitos.

Com isso, a clínica da Psicanálise diferencia-se pela tentativa de compreender a relação do sujeito com o seu sintoma. Portanto, o diagnóstico em Psicanálise não foca a categorização, descrição e eliminação dos sintomas, mas a relação destes – como manifestação inconsciente – com as estruturas clínicas do sujeito. Entretanto, a Psicanálise não se opõe à Psiquiatria, mas sim a toda forma de tratamento que cause um apagamento do sujeito em questão. Sendo assim, o tratamento é baseado na escuta do que é dito e pensado conforme a singularidade de cada caso; sem qualquer tentativa de padronização (Kyrillos Neto & Santos, 2014; Quinet, 2009).

Nessa perspectiva, Quinet (2009, p. 12) ressalta: “Restituir a função diagnóstica no tratamento psiquiátrico a partir da clínica psicanalista é restituir a clínica do caso e retificar o processo em que se avalia, se diagnostica, para em seguida pensar no tratamento [...]”. Considerando esses aspectos no âmbito da saúde mental, a ressocialização seria pensada a partir das características de cada estrutura, permitindo o laço social dentro do que é possível para o sujeito.

Destarte, cabe destacar a lógica própria da clínica da psicose, considerando a grande contribuição de Freud em relação à estrutura psicótica, com destaque para o seu texto do ano de 1911, elaborado a partir da análise da história clínica das memórias do presidente Schreber, publicada em 1903. Nesse texto, Freud inverte a ideia do delírio como sintoma e o apresenta

como uma tentativa de reconstrução do sujeito; com isso, a formação delirante não é vista como um deficit, mas como um processo de organização, um movimento do psicótico em direção à estabilização.

Nos escritos das “Memórias de um doente dos nervos”, Schreber nos mostra muitos exemplos de estabilização pela via delirante (Schreber, 1984). Nesse sentido, Freud (1911, p. 83) inclui as alucinações: “[...] a fase das alucinações violentas como uma luta entre a repressão e uma tentativa de restabelecimento, por devolver a libido novamente aos seus objetos”. Freud ainda destaca, em sua teoria, que o conteúdo delirante tem relação direta com a história de vida do sujeito em questão, ou seja, as formações delirantes têm um significado próprio.

Ainda em Freud (1924a, p. 169), no texto intitulado “Neurose e Psicose”, o autor aponta para o fato de o delírio aparecer no lugar de uma fenda entre o ego e o mundo externo, acrescentando: “[...] no quadro clínico da psicose, as manifestações do processo patogênico são amiúde recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução”. No seu texto “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924b), o autor destaca que tanto na neurose quanto na psicose há uma perda da realidade, o que diferencia é a saída que cada estrutura cria, como a fantasia inconsciente na neurose e o delírio na psicose, sendo que o delírio é visto como uma tentativa do sujeito em reatar o seu laço com a realidade.

Contudo, inicialmente, Freud afirmava que não era possível um tratamento psicanalítico para os sujeitos psicóticos, pois, para o autor, os psicóticos eram incapazes de estabelecerem o amor transferencial; tendo em vista que há um desinvestimento libidinal dos objetos presente na estrutura psicótica. Porém, já no fim da vida, Freud retoma a questão da clínica psicanalítica com psicóticos e afirma a necessidade de um método adaptado à linguagem e ao funcionamento singular da psicose. Nesse sentido, Lacan aprofundou o estudo, propôs um tratamento possível e nos convocou a não recuar e nem desistir diante da psicose (Guerra, 2010).

Guerra (2010), a partir do trabalho de Lacan, nos esclarece que a condição estrutural da psicose é marcada pela falta de inscrição do “Nome-do-Pai”, pontuando que na psicose o campo imaginário não remete ao campo simbólico e o real não está costurado, ficando, portanto, o inconsciente a céu aberto.

Outra questão importante é a alteração do sujeito em nível da linguagem, Pjá que há um comprometimento na articulação da cadeia significante, no emprego da metáfora utilizada, no fato de um significante remeter a outro significante e, além disso, como Freud destacou, as palavras podem ser tomadas como coisas (Adeodato & Fontenele, 2015).

Cabe destacar que algumas situações provocam uma invocação do “Nome-do-Pai foracuído”, ou seja, convocam simbolicamente o sujeito a se posicionar diante do enigma do seu ser. Tais eventos tendem a desencadear a psicose, como uma promoção profissional, casamento, paternidade/maternidade, primeira relação sexual, perda de um ente querido, etc., por isso, a psicose encontra dificuldades em lidar com a questão do sexo e da existência (Guerra, 2010).

Entretanto, Lacan esclarece que há meios para a estabilização da psicose, como a passagem ao ato, a metáfora delirante, escrita/obra, identificação e transferência. Cabe destacar que a metáfora delirante entra para ocupar, de modo imaginário, o furo simbólico onde o Nome-do-Pai não se inscreveu (Adeodato & Fontenele, 2015; Guerra, 2010).

Portanto, a clínica psicanalítica acredita que o psicótico não é um sujeito deficitário, mas encontra saídas singulares para lidar com seus embargos, por isso, a interpretação analítica é realizada por meio da escuta da realidade psíquica do sujeito, não podendo ser generalizada (Guerra, 2010; Quinet, 2009), porém, muitas vezes, o psicótico se depara com profissionais que, em vez de oferecerem a escuta, para possibilitar a construção da metáfora delirante, oferecem as prescrições institucionais, logo, os técnicos necessitam de uma postura crítica diante do saber institucional (Kyrillos Neto, 2009, 2010).

Além da prática institucionalizante, observa-se que as equipes passam a ofertar cada vez mais benefícios, mesmo sem um prévio pedido dos usuários (Dunker & Kyrillos Neto, 2004). Considerando que é a partir de uma demanda não respondida que o desejo do sujeito surge, concluímos que a oferta de benefícios acarreta um apagamento do sujeito acerca da possibilidade de interrogar sobre seu desejo. Nesse processo, a relação entre usuários e profissionais fica estabelecida a partir da “troca”, com isso, corre-se o risco do Caps se constituir como um serviço para prestação de bens.

Por outro lado, quando a clínica é levada em consideração, há uma tentativa de ultrapassar as práticas padronizadas e os protocolos institucionais, pois há uma escuta do discurso que o sujeito produz e, além disso, o trabalho é voltado para que ele possa se reposicionar diante do seu mal-estar.

Diante disso, cabe destacar a ligação entre a escuta psicanalítica e a atenção flutuante. Segundo Freud, é necessário manter uma atenção flutuante em tudo o que se escuta para não nos fixarmos em nenhum ponto específico da fala do sujeito (Freud, 1912). Com essa lógica, há uma diferença marcante entre escutar e ouvir. O ouvir está ligado simplesmente ao sentido da audição e a escuta vai mais além; a escuta é realizada de forma ativa, convocando o sujeito a se posicionar diante de suas palavras, não sendo uma escuta voltada para práticas moralistas e educativas (Santos & Ferrari, 2014). Considerando essa dimensão da clínica, nos serviços de saúde mental, Ferrari (2010) aponta que a instituição seria capaz de se desdobrar em várias instituições, conforme as particularidades de cada caso.

Nesse processo de escuta, o sujeito deve se manter de modo ativo, Puma vez que, conforme a regra fundamental da Psicanálise, o sujeito deve falar livremente o que lhe vier à cabeça, sem qualquer tentativa de seleção. Dessa forma, é possível que as palavras fujam do seu domínio e, assim, o material inconsciente pode ser analisado.

A partir disso, as intervenções são realizadas de modo que o sujeito consiga sair do lugar da queixa e se reposicione. Bastos (2009) aponta que a escuta faz o sujeito falar, se repo-

sicionar, implicar com a sua queixa e com o seu desejo, deparar com o seu não-saber, ou seja, a escuta é ativa e leva o sujeito a dar conta de sua própria singularidade.

Bastos (2009) também ressalta, utilizando a expressão lacaniana, que o analista ocupa o lugar do “sujeito suposto saber” na relação; porém, não se deve autorizar a ocupar esse lugar, Pna medida em que a análise só é possível quando possibilita o resgate do saber de quem fala, por meio de suas manifestações inconscientes. Com isso, o analista é um aprendiz diante da fala do sujeito, ou seja, é um suposto não-saber.

Essa postura tende a não tutelar o sujeito, mas responsabilizá-lo pelos fenômenos que o acompanham. Diante disso, não são os profissionais que podem fazer algo para o usuário do serviço; mas, o que ele próprio, com o suporte da equipe, pode fazer para sair da situação da qual está se queixando. Com isso, é com seu saber e sua fala que o sujeito fornecerá as diretrizes do seu tratamento (Maffili, Kyrillos Neto & Calazans, 2014; Santos & Ferrari, 2014).

Nessa perspectiva, as oficinas e os trabalhos voltados para reabilitação psicossocial devem ser repensados, uma vez que, se as condutas forem submetidas ao discurso da instituição e descoladas da questão subjetiva de cada caso em particular, a dimensão do sujeito é tamponada e o tratamento seria baseado em uma ordem adaptativa ao meio social e ao recurso medicamentoso (Maffili, Kyrillos Neto & Calazans, 2014).

Como exemplo dessa situação, podemos citar um sujeito que está sofrendo diante de suas alucinações auditivas e prefere ficar mais isolado dos demais. Sem a escuta clínica desse sujeito, ele seria forçado a participar de atividades diárias ou encaminhado para avaliação médica com o objetivo de aumentar a medicação. Nesse sentido, cabe ressaltar as evoluções em prontuário, realizadas pelos profissionais de saúde mental, que constam: “[...] sujeito não adere ao tratamento proposto”. Com isso, nos interrogamos: é possível que os sujeitos, em suas mais diversas demandas e singularidades, se adaptem a um único e rígido protocolo institucional?

Dessa forma, considerando a dimensão da escuta clínica e a necessidade de realçar a singularidade dos sujeitos que frequentam os serviços de saúde mental, observamos o fracasso de um trabalho voltado para práticas genéricas, tutelares, estereotipadas e padronizadas, uma vez que o trabalho baseado em uma escuta clínica só se torna possível quando não se rende aos protocolos institucionais.

Nesse sentido, cabe considerar a construção do caso clínico como uma importante ferramenta para evitar a cronificação nos serviços de saúde mental, pois permite que o sujeito apareça e que seja considerado nas intervenções da equipe (Kyrillos Neto, 2009; Santos & Ferrari, 2014). Segundo Viganó (2010, p. 2), “A construção do caso clínico consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição docente”.

Portanto, essa questão esbarra no lugar de aprendiz que a equipe deve ter diante do sujeito e de, ao mesmo tempo, responsabilizá-lo pela posição que ocupa. Muitas vezes, o

sujeito não vai falar diretamente qual a melhor conduta a ser adotada para o seu tratamento, mas denotará por meio de seus sintomas e outras manifestações. Figueiredo (2004) aponta que a construção do caso clínico permite recolher a experiência e o discurso do sujeito, sendo, sempre, parcial e passível de revisão.

Por fim, enfatizamos a importância da clínica psicanalítica nos Centros de Atenção Psicossocial, tendo em vista que esta opera por meio da escuta do discurso do sujeito e o reconhece como operador do seu desejo. Além disso, permite oferecer ao sujeito um lugar para além das exigências institucionais. Conforme ressalta Figueiredo (2004), “[...] não podemos ser coniventes com a inércia da doença que leva à desresponsabilização, e com a inércia da instituição que leva ao imobilismo”.

Grupo de Ouvidores de Vozes e o trabalho de escuta

A criação do Grupo de Ouvidores de Vozes foi uma proposta realizada pelo psiquiatra Marius Romme a sua paciente Patsy Hage. Dessa iniciativa, originou-se no fim da década de 1980, na Holanda, o The Hearing Voices Movement, fundado por Marius Romme e Sandra Escher, defendendo novas formas de abordagens para as pessoas que ouvem vozes (Barros & Júnior, 2014).

Tal abordagem é inovadora, porque busca uma alternativa ao saber psiquiátrico em relação às alucinações auditivas, na medida em que, muitas vezes, as abordagens convencionais ignoram a experiência do ouvidor de voz e se baseiam na remoção dos sintomas, geralmente, por meio da prescrição de medicamentos. Apesar de a medicação antipsicótica ser útil para algumas pessoas, há uma estimativa de que 30% continuam com os sintomas, como ouvir vozes, mesmo com uso de doses altas de antipsicóticos (Barros & Júnior, 2014).

Dessa forma, para além da via medicamentosa, observa-se a importância de considerar que existe uma ligação entre as vozes e a história de vida das pessoas, principalmente em relação às experiências traumáticas. Portanto, o grupo encoraja as pessoas a prestarem atenção aos contextos que são mais propensos das vozes aparecerem, às emoções envolvidas, aos detalhes e conteúdos das vozes, para, assim, tentarem entender o seu significado e conseguirem ter mais controle sobre a experiência. Nesse sentido, observa-se que aprender a lidar com as emoções é mais relevante do que aprender a lidar com as vozes (Dillon Hornstein, 2013).

Com esse objetivo, o Grupo de Ouvidores de Vozes permite que as pessoas expliquem suas vozes baseadas em suas próprias crenças, ou seja, por meio de um discurso religioso, espiritual, paranormal, cultural, médico, filosófico, entre outros. Para tanto, são comuns perguntas como: o que as vozes dizem? Que tom elas usam? São quantas vozes? De onde elas falam? São homens e/ou mulheres? Elas mudam com o tempo? O que você estava sentindo e/ou pensando antes de elas aparecerem? Em quais situações elas aparecem mais? (Dillon Hornstein, 2013).

Para que essas discussões ocorram, o grupo deve proporcionar um espaço seguro para as pessoas falarem de suas experiências mais angustiantes e compartilharem pontos comuns. Desse modo, o facilitador deve promover uma escuta empática e facilitar a discussão, em vez de ser didático e julgador. Com isso, observa-se a necessidade de um treinamento para os facilitadores adquirirem as habilidades básicas para operarem o grupo, conforme as teorias e princípios da “Abordagem de Ouvir as Vozes” (Dillon Hornstein, 2013).

Nesse sentido, a estratégia adotada pelo Hearing Voices nos propõe uma conduta voltada para a clínica da subjetividade e, além disso, torna possível a existência de um espaço de escuta dos ouvidores de vozes. Diante desse trabalho, percebe-se, de modo concreto, a possibilidade de interlocução entre a clínica e a política de saúde mental.

Considerações finais

No início, retomamos o processo da Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro destacando a importância das legislações para sua consolidação. Porém, diante do cenário atual, observamos a necessidade de novos estudos voltados para as mudanças recentes em relação à Política Nacional de Saúde Mental.

Além disso, discutimos de forma ampla sobre o papel dos Caps na Rede de Atenção Psicossocial, reconhecendo a importância de uma escuta efetiva nos serviços substitutivos, pois a dimensão clínica permitiria o regaste do saber do sujeito e possibilitaria a superação do automatismo protocolar institucional.

Com isso, percebemos a colaboração da clínica psicanalítica no sentido de introduzir a clínica de cada caso em particular. Portanto, sob os seus pressupostos, pontuamos o risco de apostar em uma ressocialização que não leva em conta a dimensão subjetiva. Diante disso, abordamos a clínica específica da psicose e a questão do sintoma como uma manifestação que não deve ser tamponada, mas, sim, entendida por meio de uma escuta atenta do discurso do sujeito. Ou seja, a Psicanálise oferece subsídios para ultrapassar formas de trabalho que apenas descrevem, categorizam e não levam em consideração as construções particulares de cada usuário.

Para tanto, observamos a necessidade de uma postura crítica dos profissionais diante das práticas institucionalizantes e controladoras que, muitas vezes, estão camufladas pelos protocolos dos serviços. Para evitar o fracasso iminente da clínica, diante de tais práticas, abordamos a questão da construção do caso clínico como uma estratégia que evita a cronificação e valoriza o saber do sujeito, ou seja, uma possibilidade de operar com a clínica nos serviços abertos de saúde mental.

Como exemplo dessa interlocução entre clínica e política nos serviços substitutivos, destacamos o trabalho do Grupo de Ouvidores de Vozes como uma estratégia que oferece um

espaço de escuta para o sujeito apresentar sua própria narrativa, ou seja, para que seja possível ultrapassar as exigências do Outro institucional.

Nesse sentido, a escuta clínica mostra ser insubstituível para não tamponar as diferenças sociais, para o trabalho não ser voltado à adaptação dos usuários às funcionalidades cotidianas e, principalmente, para que o sujeito não seja reduzido a uma visão biológico-medicamentosa e nem ao bom funcionamento psicossocial. Cabe ressaltar que a clínica não se opõe ao discurso da Reforma Psiquiátrica e nem desconsidera os direitos civis dos usuários, apenas propõe uma nova postura para lidar com o sofrimento do sujeito. Nesse caso, desconsiderar a Psicanálise no campo da saúde mental seria excluir a clínica do sujeito.

Por fim, enfatizamos a importância dos serviços substitutivos no tratamento de pessoas com sofrimento mental e destacamos a necessidade de sustentar uma clínica que afirme as diferenças e singularidades desses indivíduos.

Referências

- Adeodato, T. R. T., & Fontenele, L. (2015). De Freud a Lacan: uma leitura da estabilização nas psicoses. *Reverso*, Belo Horizonte, 37(70), 81-88.
- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 10(20), 299-316.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (2a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- Andreoli, S. B., Almeida Filho N., Coutinho E. S. F., & Mari J. J. (2000). Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: métodos, problemas e aplicabilidade. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 34(5), 475-483.
- Barros, O. C., & Serpa Junior, O. D. (2014). Ouvir vozes: um estudo sobre a troca de experiências em ambiente virtual. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 18(50), 557-569.
- Bastos, A. B. I. (2009). A escuta psicanalítica e a educação. *Psicol inf.*, São Paulo, 13(13), 91-98.
- Brasil.(2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégias. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Conselho Federal de Psicologia (2013). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Caps – Centro de Atenção Psicossocial* (1a ed.). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Delgado, P. G. (2016). São João del-Rei: diálogo sobre os caminhos da Reforma Psiquiátrica. In W. Melo et al. (Orgs.). *Mobilização, cidadania e participação comunitária* (pp. 11-45). Rio de Janeiro: Espaço Artaud.
- Dillon, J., & Hornstein, G. A. (2013). Hearing voices peer support groups: a powerful alternative for people in distress. *Psychosis*, [s.l.], 5(3), 286-295.

- Dunker, C. I. L., & Kyrillos Neto, F. (2004). Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidado a psicóticos. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, 24(1), 116-125.
- Ferrari, I. F. (2010). Caso clínico: o método do exemplo. In F. Kyrillos Neto & J. O. Moreira (Orgs.). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade* (pp. 36-48). Barbacena: Editora UEMG.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da Psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, 7(1), 75-86.
- Freud, S. (1911/1996). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira* (pp. 15-89). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912/1996). Recomendações aos médicos que exercem Psicanálise. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira* (pp. 125-133). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1924^a/1996). Neurose e Psicose. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*(167-171). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1924^b/1996). A perda da realidade na neurose e na psicose. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira* (pp. 205-209). Rio de Janeiro: Imago.
- Furtado, J. P., & Campos, R. O. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, 8(1), 109-122.
- Guerra, A. M. C. (2010). *A psicose*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Kyrillos Neto, F. (2009). Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da Psicanálise. *Aletheia, Canoas*, (30), 39-49.
- Kyrillos Neto, F. (2010). Ideologia e reforma psiquiátrica: crítica do laço social produzido nos serviços substitutivos de saúde mental. *A peste*, São Paulo, 2(1), 63-78.
- Kyrillos Neto, F., & Santos, R. A. N. (2014). Lógica diagnóstica em serviços abertos de saúde mental: tensões entre Psiquiatria e Psicanálise. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, (40), 63-82.
- Lei Federal n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. (2001). Dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, abr. 2001. Seção 1, p. 2.
- Luzio, C. A., & Yasui, S. (2010). Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicol. estud.*, Maringá, 15(1), 17-26.
- Maffili, R., Kyrillos Neto, F., & Calazans, R. (2014). A psicose e as construções delirantes no contexto institucional. *Ciência & Cultura*, 3(2), 122-134.
- Miranda, L., Oliveira, T. F. K. de, & Santos, C. B. T. dos. (2014). Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, 34(3), 592-611.

- Oliveira, M. A. F. et al. (2014). Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 38(101), 368-378.
- Pèlbart, P. P. (1990). Manicômio mental: a outra face da clausura. In A. Lancetti (Org.). *Saúde-loucura 2* (pp. 130-138). São Paulo: Hucitec.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 16(12), 4579-4589.
- Portaria n. 336, de 19 fevereiro de 2002. (2002). Regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, Seção 1, p. 22.
- Portaria n. 3.088, de 23 dezembro de 2011. (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. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Portaria Consolidada n. 3, de 28 setembro de 2017. (2017). Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, n 190, Seção 1, p. 192.
- Quinet, A. (2009). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia* (2a ed.). Rio Janeiro: Jorge Zahar.
- Santos, W. N., & Ferrari, I. F. (2014). O valor da construção do caso clínico no trabalho do técnico de referência. In VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental / XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental Pathos e Saúde, Belo Horizonte. *Anais – Trabalhos Completos*.
- Schreber, D. P. (1984). *Memórias de um doente dos nervos* (1a ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda.
- Viganò, C. (2010). A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana*, 1(1), 1-9.

Resumo

Este estudo configura um ensaio teórico-filosófico que teve como objetivo refletir acerca da prática clínica nos Centros de Atenção Psicossocial, tendo como fundamentação a teoria psicanalítica para sustentar o potencial da interlocução entre a clínica do sujeito e a Atenção Psicossocial. Parte-se da compreensão da práxis clínica como algo que introduz a escuta de cada caso em particular e permite compreender a singularidade do sujeito no campo social. Finaliza-se afirmando que o trabalho clínico mostra ser um elemento fundamental no campo da saúde mental, na medida em que essa aposta permite escapar do automatismo protocolar institucional, de uma visão biológico-medicamentosa e do discurso ideológico da inclusão.

Palavras-chave: Atenção psicossocial. Psicanálise. Clínica do sujeito.

The necessary dialog: clinical and mental health

Abstract

This study sets up a theoretical-philosophical frameworks that had as its objective to reflect about the clinical practice in Psychosocial Care Centers. Having such reasoning to psychoanalytic theory to sustain the potential of interlocution between the subject's clinical and Psychosocial Attention. It is the comprehension of the clinical praxis as something that makes listening to each particular case and allows us to understand the uniqueness of the subject in the social field. It concludes by stating that clinical work shows to be a fundamental element in the mental health field, to the extent that this bet allows you to escape the institutional protocol automatism, a biological vision-therapy and the ideological discourse of inclusion.

Keywords: Psychosocial attention. Psychoanalysis. Clinical of subject.

Le dialogue nécessaire: clinique et santé mentale

Résumé

Cette étude établit un cadre théorique-philosophique qui avait pour objectif de réfléchir sur la pratique clinique dans les centres de soins psychosociaux. Avoir un tel raisonnement à la théorie psychanalytique pour maintenir le potentiel d'interlocution entre la clinique du sujet et de l'attention psychologique. C'est la compréhension de la pratique clinique comme quelque chose qui fait de l'écoute de chaque cas particulier et nous permet de comprendre le caractère unique de l'objet dans le domaine social. Il conclut en disant que le travail clinique montre à être un élément fondamental dans le domaine de la santé mentale, dans la mesure où ce pari vous permet d'échapper à l'automatisme, du protocole de ' d'une vision biologique-thérapie et le discours idéologique de l'inclusion.

Mots-clés: Attention psychosociale. La psychanalyse. Les aspects cliniques de l'objet.

El diálogo necesario: clínica y salud mental

Resumen

Este estudio establece un marco teórico-filosófico que tenía como objetivo reflexionar sobre la práctica clínica en centros de atención psicosocial. Con tal razonamiento a la teoría psicoanalítica para mantener el potencial de la interlocución entre el sujeto y clínico de Atención Psicosocial. Es la comprensión de la praxis clínica como algo que le escucha para cada caso particular y nos permite entender la singularidad de los sujetos en el ámbito social. Se concluye afirmando que el trabajo clínico demuestra ser un elemento fundamental en el campo de la salud mental, en la medida en que esta apuesta le permite escapar del protocolo institucional los automatismos, una visión biológico-terapia y el discurso ideológico de la inclusión.

Palabras clave: Atención psicosocial. Psicoanálisis. La Clínica del sujeto.