



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MARIA HELOÍSA DA SILVA MARINHO

**A INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE  
MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA COM AS OFICINAS**

JOÃO PESSOA

MAIO DE 2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MARIA HELOÍSA DA SILVA MARINHO

**A INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE  
MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA COM AS OFICINAS**

Trabalho de Conclusão de Curso da  
graduação em Psicologia na  
Universidade Federal da Paraíba  
como requisito para obtenção do  
título de psicólogo, sob orientação  
da professora Cleide Pereira  
Monteiro.

JOÃO PESSOA

MAIO DE 2024

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

M338i Marinho, Maria Heloisa da Silva.

A inserção da Psicanálise no campo da Saúde mental:  
uma experiência com as oficinas / Maria Heloisa da  
Silva Marinho. - João Pessoa, 2024.

39 f.

Orientador: Cleide Pereira Monteiro.

TCC (Graduação) - Universidade Federal da  
Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes.

1. Psicanálise e saúde mental. 2. Reforma  
psiquiátrica. 3. Oficinas terapêuticas. I. Monteiro,  
Cleide Pereira. II. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 159.964.2

MARIA HELOÍSA DA SILVA MARINHO

A INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NO CAMPO DA SAÚDE  
MENTAL: UMA EXPERIÊNCIA COM AS OFICINAS

Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em Psicologia na Universidade Federal da Paraíba submetido à banca examinadora como requisito para obtenção do título de psicólogo, sob orientação da professora Cleide Pereira Monteiro.

Aprovado em: 06/05/2024

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Cleide Pereira Monteiro (Orientadora)

---

Zaeth Aguiar do Nascimento (Avaliadora)

---

Sandra Helena Campos Cardoso Reis (Avaliadora)

JOÃO PESSOA

MAIO DE 2024

Aos meus pais, DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

À professora Cleide, por me acolher e tornar possível este trabalho.

Aos meus pais, Josefa e Gilvan, por sempre estarem comigo. Por todo apoio, toda luta.

Aos meus avós maternos, Maria das Neves e Geraldo. Aos meus avós paternos, Maria José e Joaquim (in memoriam). Povoaram de sonhos minha vida.

Aos meus amigos, bálsamo nos momentos mais difíceis. Maria Clara, Wilson, Ryan, Ester, Amanda, Socorro, Lucas, Larissa e tantos outros. Agradeço carinhosamente a presença de Claudiney em minha vida.

Às professoras Sandra Helena e Zaeth Aguiar, por terem me apresentado à Psicanálise.

Aos funcionários da UFPB e, principalmente, seu Chico (in memoriam), vítima da pandemia de COVID-19.

Àquele que É.

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica é um movimento que busca novas formas de lidar com a loucura, tanto no campo da saúde quanto na sociedade. Frutos da Reforma, surgem dispositivos de tratamento que quebram a lógica manicomial. No Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial são referências no tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico. Os CAPS oferecem tratamento com equipes multiprofissionais, neste contexto, como a inserção da psicanálise nos Centros de Atenção Psicossocial pode potencializar as expressões da subjetividade dos sujeitos que utilizam as oficinas? Assim, o trabalho tem como objetivo geral abordar as contribuições que a psicanálise pode dar para potencializar o trabalho nas oficinas como espaço de expressão de subjetividade e de inclusão social. Para a realização desta pesquisa, o processo metodológico utilizado consistiu na revisão de literatura da teoria psicanalítica freudo-laciana no que se refere ao tema da pesquisa e utilização de autores contemporâneos da teoria laciana, bem como autores do campo da Reforma Psiquiátrica, para dialogar com um flash clínico. O saber e a prática psicanalítica podem contribuir para a promoção de bem-estar e inclusão social dos sujeitos, bem como a estabilização destes, que frequentam o dispositivo de saúde mental, inserindo-se nas atividades ofertadas, como as oficinas terapêuticas, neste caso, oficinas de empoderamento feminino e pintura. Estas oficinas promovem a expressão artísticas, geração de renda e espaços privilegiados de escuta. Conclui-se que o campo da saúde mental, reforma psiquiátrica e psicanálise podem articular-se, uma vez que são potentes ferramentas de produção de subjetividade e buscam a promoção do sujeito, de seus direitos e sua inclusão na sociedade levando em consideração suas singularidades.

**Palavras-chave:** Psicanálise e saúde mental. Reforma psiquiátrica. Oficinas terapêuticas.

## **ABSTRACT**

Psychiatric Reform is a movement that seeks new ways of dealing with madness, both in the field of health and in society. As a result of the Reform, treatment devices emerged that broke the asylum logic. In Brazil, Psychosocial Care Centers are references in the treatment of subjects in psychological distress. CAPS offer treatment with multidisciplinary teams, in this context, how can the insertion of psychoanalysis in Psychosocial Care Centers enhance the expressions of subjectivity of the subjects who use the workshops? The work's general objective is to address the contributions that psychoanalysis can make to enhance work in workshops as a space for expressing subjectivity and social inclusion. To carry out this research, the methodological process used consisted of a literature review of Freudo-Lacanian psychoanalytic theory with regard to the research topic and the use of contemporary authors of Lacanian theory, as well as authors in the field of Psychiatric Reform, to dialogue with a clinical flash. Psychoanalytic knowledge and practice can contribute to promoting the well-being and social inclusion of subjects, as well as stabilizing them, who attend the mental health device, by participating in the activities offered, such as therapeutic workshops, in this case, female empowerment and painting workshops . These workshops promote artistic expression, income generation and privileged listening spaces. It is concluded that the field of mental health, psychiatric reform and psychoanalysis can be articulated, since they are powerful tools for the production of subjectivity and seek to promote the subject, their rights and their inclusion in society, taking into account their singularities.

**Keywords:** Psychoanalysis and mental health. Psychiatric reform. Therapeutic workshops.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	1
2. JUSTIFICATIVA.....	3
3. OBJETIVOS .....	4
4. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	5
5. O LOUCO E A HISTÒRIA .....	5
6. UMA QUESTÃO DE ESTRUTURA .....	11
7. FLASH CLÍNICO.....	14
8. PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES.....	18
9. GERAÇÃO DE RENDA, ECONOMIA SOLIDÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	23
10. MOMENTO DE CONCLUIR.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

## 1. INTRODUÇÃO

O modelo manicomial tem seu início com a inauguração do primeiro asilo de alienados mentais em 1793, sendo Pinel o fundador da instituição e pai do alienismo, especialidade médica que toma o discurso sobre o louco para si. Tal modelo apostou na retirada do louco da sociedade e de sua reclusão em hospícios, assim, a sociedade estaria protegida do louco e este estaria protegido da sociedade (Amarante & Torre, 2018).

Com o desenvolvimento da medicina mental ocorre um fenômeno de duplo isolamento: isolar para conhecer e isolar para tratar. Herdando resquícios do modelo de racionalidade científica das ciências naturais, a clínica médica e a clínica psiquiátrica, de saída, dependem da classificação, da nosografia e de tipologias diagnósticas, bem como, necessita do isolamento da loucura: isola-se o louco - objeto de investigação científica - no ambiente asilar - o laboratório - para experimentação e comprovações científicas (Amarante & Torre, 2018).

Na história, durante a época clássica, a loucura era livre no meio social, entretanto, na era moderna, o modelo de internação e o tratamento médico-hospitalar se torna o princípio para lidar com o diferente, nesse contexto, com o louco (Foucault, 1978) (Foucault, 1975). Assim, a loucura é exilada da sociedade e o louco sofre como que uma morte social: ele é considerado o sujeito errático, sem razão, sem juízo, desordenado. Ele está fora de si, se torna incapaz e perigoso, dessa forma, normaliza-se a destituição dos seus direitos, da sua autonomia, de decisões sobre sua vida (Amarante & Torre, 2018). Assim, a institucionalização promove processos de dessubjetivação, des-historização e perda das relações sociais, desconfigurando a subjetividade, gerando efeitos e sintomas decorrentes da “mortificação do eu” e não do quadro clínico (Goffman, 1978).

Diante de tal quadro, a reforma psiquiátrica surge reivindicando, dentre outras pautas, o desmonte dos manicômios, buscando novas práticas de cuidado e de invenção de saúde, a “cura” é a emancipação, a autonomia e a cidadania viva, a produção de vida para

além da remissão de sintomas. O foco não é a doença, é o sujeito (Amarante & Torre, 2018). Portanto, a reforma psiquiátrica aposta na saída do louco do lugar de objeto da ciência e da tutela para um lugar ativo de cidadão com direitos.

A reforma psiquiátrica chega ao Brasil após várias experiências internacionais que eclodiram no pós-guerra, assim, a experiência brasileira contou com uma leitura de erros e acertos das outras reformas e foi construída por diversos atores, buscando uma transformação das relações sociais com a loucura. A reforma psiquiátrica no Brasil se constituiu como um movimento social de construção de novos discursos e de novas formas de se viver e conviver com a loucura (Amarante & Torre, 2018). Importante marco da Luta Antimanicomial no Brasil foi o sancionamento da lei 10.216 de 2001 (Lei nº 10.216, 2001), conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, que tornou-se um marco de garantia de direitos para pessoas em sofrimento psíquico.

Fruto da reforma psiquiátrica e do processo de fechamento dos manicômios brasileiros, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) contém vários serviços substitutivos que em sua gênese buscam recusar o controle, a vigilância, repressão ou sequestro de sujeitos em sofrimento psíquico. São eles as Residências Terapêuticas, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Cooperativas de Trabalho e a Economia Solidária, Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento, Consultório na Rua, o Apoio Matricial na Atenção Básica, dentre outros (Amarante & Torre, 2018).

Segundo a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados conforme as seguintes categorias: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS I. O CAPS III, onde ocorreram as experiências que inquietaram para a escrita deste trabalho, atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento

noturno a outros serviços de saúde mental (Portaria nº 3.088, 2011). A mesma portaria enfatiza que as atividades realizadas no CAPS devem ser, prioritariamente, coletivas.

Dentre as atividades realizadas no CAPS, encontram-se as oficinas terapêuticas, ferramentas que, dentre outras, buscam mediante o trabalho e a expressão artística a interação entre os sujeitos e sua inserção na sociedade.

No CAPS onde ocorreu a experiência de estágio que causou a inquietação para a escrita deste estudo são oferecidas oficinas de empoderamento feminino, geração de renda, pintura e música. Aqui, haverá o recorte para as oficinas de empoderamento feminino - que consiste em um momento para que as frequentadoras possam ser maquiadas e se maquiarem, como também para a esmaltação de unhas, enquanto há a circulação da palavra - e a oficina de pintura. Essas oficinas são um desdobramento da iniciativa de geração de renda, bem como a oficina de recortes de tecido e de pintura.

Diante do exposto, uma pergunta ressoa: como a inserção da psicanálise nos Centros de Atenção Psicossocial pode potencializar as expressões da subjetividade dos sujeitos que utilizam as oficinas?

## **2. JUSTIFICATIVA**

Este trabalho surge da minha experiência com oficinas terapêuticas em um CAPS da cidade de João Pessoa, na Paraíba. A vivência das oficinas, a circulação pelo ambiente e o dia-a-dia do serviço inquietou a estagiária: muitos frequentadores relatam a mudança que o serviço representou em suas vidas. Assim, estudando sobre a história da loucura, reforma psiquiátrica e clínica ampliada desde o início da graduação, o estágio proporcionou sentir como essas temáticas se colocam na prática e na vida dos sujeitos em sofrimento psíquico. Impulsionada pela inquietação das falas que apontam uma produção de subjetividade - no sentido de expansão do território existencial e das possibilidades de ser no mundo - procurei entender como a psicanálise pode contribuir para potencializar

esses possíveis espaços de expressão de subjetividade, valendo-se da criatividade e de uma implicação ético-política da clínica psicanalítica, tornando relevante o estudo para abrir mais caminhos para a atuação do analista em defesa da construção de espaços de vida.

As oficinas terapêuticas compõem o tratamento ofertado pelos CAPS, objetivando a reabilitação, a inserção social e a autonomia dos sujeitos a partir de espaços de convivência e expressão. Assim, deve-se refletir em que momento uma oficina pode ser considerada terapêutica. Agrupar pessoas e utilizar materiais não torna uma atividade terapêutica, porém, possibilitar os deslocamentos, falas e expressão da subjetividade permitem que oficinas tenham efeito terapêutico. Portanto, uma atividade realizada de forma automática sem a consideração do que mobiliza o sujeito e do que faz sentido para ele pode servir apenas para preencher horários e, usando da lógica manicomial, preencher corpos para que não haja o aparecimento do ócio (Alvarenga, 1999).

O papel que Lacan aponta para o psicanalista é o de secretariar e testemunhar o louco, destarte, a psicanálise faz uma aposta na oferta de ferramentas para que dentro do universal apareça algo do particular, das manifestações do inconsciente, não partindo da via da aniquilação do delírio, já que ele é uma forma de tentativa do sujeito de se organizar, porém, favorecendo este delírio, sem engordá-lo. Em determinadas situações, onde não há a formação delirante, outras saídas podem se apresentar, como a possibilidade que um sujeito pode ter para se estabilizar a partir de um trabalho criativo, ou de alguma atividade que promova laço social. (Meyer & Brauer, 2010).

### **3. OBJETIVOS**

A pesquisa tem como objetivo geral abordar as contribuições que a psicanálise pode dar para potencializar o trabalho nas oficinas como espaço de expressão de subjetividade e de inclusão social. Os objetivos específicos consistem em observar e tecer comentários a partir da teoria psicanalítica de falas e movimentos que se manifestaram em oficinas de empoderamento feminino (maquiagem e manicure) e pintura de um CAPS da Rede de

Atenção Psicossocial da cidade de João Pessoa, que dão indícios de como estes espaços podem ser potencializadores de subjetividade e locais onde o analista pode atuar.

#### **4. METODOLOGIA DA PESQUISA**

O processo metodológico utilizado consiste na revisão de literatura da teoria psicanalítica freudo-laciana no que se refere ao tema da pesquisa e utilização de autores contemporâneos da teoria laciana, bem como autores do campo da Reforma Psiquiátrica.

Após as oficinas de empoderamento feminino e de música, foram produzidos relatos de experiências contendo falas e ações das frequentadoras das oficinas, bem como os atravessamentos que estas produziram na estagiária-pesquisadora. Tais oficinas foram acompanhadas pela estagiária no estágio obrigatório III e IV do curso de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. O campo de estágio se configura como estágio em Psicologia clínica e Saúde Mental, sendo realizado num CAPS III da cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba. Se fará alguns destaques destes relatos para a articulação com as bases bibliográficas, encontradas em livros e artigos.

A viabilidade da pesquisa se deu por meio do estágio e também pelo projeto de extensão Janela Aberta, que apoia iniciativas de geração de renda nos CAPS de João Pessoa, atendendo a população que usa esses serviços de saúde mental, em sua maior parte, sujeitos que passaram por internação em hospitais psiquiátricos e de baixas camadas sociais.

#### **5. O LOUCO E A HISTÓRIA**

Para inaugurar este trabalho, sinto a necessidade de caminhar por um solo com muitas pedras pontiagudas: a história da loucura. Um solo que, muitas vezes, causou sofrimento para inúmeros sujeitos que foram ditos loucos. Vejamos, então, o que podemos resumir de tão longa estrada. Começarei falando aquilo que Erasmo fez a Loucura falar

em seu Elogio: “Digam de mim o que quiserem (pois não ignoro como a Loucura é difamada todos os dias, mesmo pelos que são os mais loucos)” (Roterdã, 2003).

Os conceitos de alienação mental e, posteriormente, doença mental são oriundos da captura da loucura pelo discurso médico a partir da constituição do hospício e da medicina mental (Amarante & Torre, 2018). Em alguns momentos da história, a loucura era aceita no meio social, entretanto, em outros períodos, o louco aparece como aquele que é descontrolado, desajustado, irracional e perigoso. A história e a cultura relegaram locais ambíguos à loucura (Batista, 2014). Antes da metade do século XVII, a loucura estava ligada às experiências maiores da Renascença, estando livre pelas ruas e recorrentemente representada nas diversas formas de expressões artísticas, todavia, o louco conhecido era tolerado enquanto ao louco desconhecido cabia a viagem pelos mares à bordo da figura literária da Nau dos Loucos (Batista, 2014).

Com Pinel, o hospício passa a ser o lugar onde o louco recobra a razão a partir de uma reeducação das paixões por meio do alienista que submete a experiência da loucura à sua vontade de retorno à razão. Além disso, o paradigma de internação e tratamento médico-hospitalar emerge como a principal abordagem para lidar com o fenômeno da diferença, especialmente no que diz respeito à condição do indivíduo considerado louco (Foucault, 1978, 1975). Sob essa perspectiva, a loucura é relegada ao exílio social, e o indivíduo classificado como louco enfrenta uma espécie de morte social: é rotulado como sujeito errático, desprovido de razão, destituído de juízo e caracterizado pela desordem. Tornando-se alguém alheio a si mesmo, ele é percebido como incapaz e potencialmente perigoso, o que justifica a negação de seus direitos, autonomia e participação nas decisões sobre sua própria vida (Amarante & Torre, 2018). Nesse contexto, a institucionalização promove processos de dessubjetivação, des-historização e ruptura das relações sociais, desconfigurando a subjetividade do indivíduo e gerando efeitos e sintomas associados à "morte do eu", em vez de estarem intrinsecamente ligados ao quadro clínico (Goffman, 1978).

Para registros históricos, podemos destacar alguns períodos e discursos sobre a loucura. Na antiguidade clássica, a loucura era percebida, em maior parte, como uma dádiva dos deuses: o oráculo era dono da sabedoria e canal de comunicação entre os homens e as divindades. Na idade média, a loucura é capturada pelo discurso religioso, sendo o seu tratamento confiado à Igreja (Figueirêdo, Delevati & Tavares, 2014). Com a inauguração da psiquiatria como especialidade médica, Roudinesco (1998) identifica três abordagens à loucura:

[...] a primeira consiste em introduzi-la no quadro nosológico construído pelo saber psiquiátrico e considerá-la uma psicose (paranoia, esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva); a segunda visa elaborar uma antropologia de suas diferentes manifestações de acordo com as culturas [...] a terceira, finalmente, propõe abordar a questão pelo ângulo de uma escuta transferencial da fala, do desejo, ou da vivência do louco (psiquiatria dinâmica, análise existencial, fenomenologia, psicanálise, antipsiquiatria). (Roudinesco, 1998, p. 478).

Assim, o conceito de loucura e como a sociedade e cultura lidam com louco sofreu mudanças ao longo dos séculos, quando a loucura passa a ser definida como doença mental, quando a doença mental passa a ser chamada de sofrimento psíquico, carrega-se no discurso a herança de outrora (Figueirêdo, Delevati & Tavares, 2014).

Nos deteremos agora no tratamento de Pinel. Os asilos - manicômios - despontam como um lugar de valor terapêutico, a loucura é definida como alienação mental e é incorporada ao tratamento da medicina. Pinel, libertando os loucos de Bicêtre, propõe um tratamento baseado no controle social e moral, incluindo na terapêutica banhos gelados e camisa de força (Batista, 2014). Herança de outrora, a punição e o julgamento continuam a exercer papel “terapêutico”. As correntes de Bicêtre foram substituídas por camisas de força, liberdade era a permissão para circular pelo manicômio durante o dia (Teixeira, 2019).

A partir do século XIX, no Brasil, a loucura passou a ser colocada em um lugar de desordem e perturbação social, os loucos foram retirados do meio social e isolados nas Casas de Misericórdia e prisões públicas. Ao observar a situação e julgar o tratamento inadequado, os médicos começaram a reivindicar a criação dos hospícios. Inspirado no modelo de Pinel, cria-se o Hospício Dom Pedro II, primogênito dentre muitos (Batista, 2014).

Daniela Arbex escreveu um livro intitulado *Holocausto Brasileiro* que expõe a situação dos internos no Hospital Colônia de Barbacena. Eu li este livro no início da graduação e ele atravessou-me, mais que isso, ele me mobilizou e me fez sustentar o desejo de estudar sobre a história da loucura, reforma psiquiátrica e atenção psicossocial. O livro traça a história do hospital psiquiátrico de Barbacena. É estarrecedor se deparar com a falta de humanidade no tratamento dos internos: tratados como animais, despidos da dignidade, vítimas de todo tipo de violação. Privados até de roupas, tomavam a própria urina ou esgoto. Mulheres grávidas viam-se obrigadas a usar fezes, passadas no corpo, como "repelente humano", precisavam impedir a aproximação de funcionários e garantir que os filhos iriam nascer, contudo, ao darem à luz, tinham as crianças arrancadas dos braços. Comiam animais. Morriam de frio. Sem roupas ou com um tecido muito fino, eram jogados no frio da madrugada. Morriam nas sessões de eletrochoque, usadas como tortura. Morriam de fome. Morriam de tudo, morriam de descaso. 60 mil mortes e o comércio de cadáveres. Cadáveres imersos em ácido, ato feito na presença dos internos, para que a carne fosse consumida e os ossos pudessem ser comercializados. Não foi há muito tempo. Não foi noutro país.

Segundo Goulart (2006) as redes assistenciais no Brasil praticavam o uso abusivo de psicofármacos e se orientavam pelo isolamento em manicômios, gerando superlotação, erros médicos, altos índices de mortalidade e segregação dos usuários. As internações ocorriam de forma arbitrária, com características de sequestro. Daniela Arbex (2013) relata, sobre o Hospital Colônia de Barbacena afirma que:

A estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (Arbex, 2013, p. 25 - 26).

Práticas e internações como as ocorridas no Hospital Colônia de Barbacena ocorreram em outros locais, frutos de um afã higienista e do preconceito. Porém, os ventos de mudança começaram a soprar quando em 1970 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental denunciou as violências ocorridas nas instituições asilares e as péssimas condições de trabalho. A partir das denúncias e reivindicações, profissionais e estagiários foram demitidos. Iniciou-se grandes eventos para discutir a problemática, como o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e o I Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, evento importante para o Movimento da Luta Antimanicomial. Neste evento discutiu-se a eliminação dos meios de contenção, restabelecer a relação do indivíduo com seu corpo, o direito ao uso da palavra, restituição de direitos civis e os intercâmbios sociais. Vale ressaltar que o Brasil passava pelo processo de redemocratização, passando de uma fase sanitarista para a fase de institucionalização, permitindo pensar novos serviços assistenciais. (Figueirêdo, Delevati & Tavares, 2014).

Neste contexto, na década de 1980, surgem os Centros de Atenção Psicossocial, tendo como público-alvo, segundo Amarante & Torre (2001), a “sociedade com formas diferentes e especiais de ser”, com “patologias de maior gravidade”. O CAPS, portanto, é uma rede assistencial externa entre o hospital e a comunidade, com prestação de serviços comunitários (Amarante & Torre, 2001). O primeiro CAPS do Brasil foi criado na cidade de São Paulo, ocupando as antigas instalações da Divisão de Ambulatório da Secretaria de

Saúde Mental do estado. O serviço nascente pretendia acolher egressos de hospitais psiquiátricos e evitar novas internações, oferecendo um atendimento intensivo para os sujeitos (Ferreira et al, 2016).

O Centro de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde mental que oferece um modelo substitutivo de cuidado, contribuindo para a desinstitucionalização de pacientes de hospitais psiquiátricos e evitando a internação de novos pacientes. Ao contrário das internações em manicômios, o CAPS proporciona um tratamento que não separa os frequentadores do serviço de suas famílias e comunidades, mas os envolve no processo terapêutico, oferecendo a devida atenção e suporte necessários. Esse envolvimento não apenas contribui para a humanização do cuidado, mas também desempenha um papel crucial no tratamento e inclusão social do paciente. Ao trabalhar com a família e também com a comunidade, o CAPS promove um ambiente de cuidado mais acolhedor e efetivo. Isso ajuda a reduzir o estigma associado aos transtornos mentais e fortalece os laços sociais e de apoio necessários para o tratamento.

Outra característica do CAPS é a oferta de um atendimento multidisciplinar através do trabalho em rede, que consiste na comunicação ativa entre os diversos componentes que compõem a rede de atendimento em saúde mental. Isso inclui a integração com serviços como a atenção básica, promovendo o acesso a atividades como trabalho e lazer, o exercício dos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Nas últimas décadas, o processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem questionado profundamente o modelo tradicional de tratamento psiquiátrico e tem implementado diversas iniciativas para desativar os hospitais psiquiátricos. Além disso, tem promovido a cidadania e desenvolvido novas formas de integração social para pessoas em sofrimento mental. Destacam-se especialmente duas abordagens: a inclusão por meio do trabalho, como na economia solidária, cooperativismo social, projetos de geração de renda e empreendedorismo na área da saúde mental; e a inclusão por meio da cultura e arte, através de projetos e grupos artístico-culturais que exploram várias formas de expressão

artística (Amarante & Torre, 2018). Fruto da reforma psiquiátrica, o CAPS promove oficinas de arte e cultura, possui iniciativas de geração de renda e economia solidária e busca ocupar espaços no território, preconizando as atividades coletivas, promotoras de laço social.

Este trabalho surge da experiência de estágio no CAPS III, uma estrutura indicada para áreas com mais de 150 mil habitantes, oferecendo atendimento 24 horas, inclusive em feriados e finais de semana. O CAPS possui leitos para acolhimento noturno e funciona como suporte clínico para outros serviços de saúde mental, proporcionando uma rede de cuidados abrangente para quem enfrenta desafios significativos em sua saúde mental. Além do CAPS III, podemos registrar outras configurações deste serviço, como o CAPS I, CAPS II, CAPSi e o CAPS AD. De forma mais específica, a estagiária-pesquisadora acompanhou um grupo de iniciativa de geração de renda e economia solidária, que além desses pontos, também oferece oficinas de empoderamento feminino e incentiva a expressão artística por meio da pintura.

## **6. UMA QUESTÃO DE ESTRUTURA**

O diagnóstico na clínica psicanalítica é um aparato para direcionar o tratamento e não deve estar relacionado à rotulação. Usar o diagnóstico para rotular os sujeitos seria uma prática contrária àquela da Psicanálise. Também não há que se falar de síndromes, transtornos, desordens. É uma questão de estrutura - neurótica, psicótica ou perversa - e de como o sujeito está localizado. Falarei sobre Açucena, psicótica, entretanto, para vias didáticas, passarei brevemente pela estrutura neurótica e comentarei sobre a estrutura da psicose, com o intuito de transmitir ao leitor as diferenças entre as estruturas psicótica e neurótica.

Freud desenvolve o conceito da castração e Lacan o retoma. O tempo inaugural é o tempo mítico em que a criança supõe a universalidade do falo - o que Lacan entende por juízo primordial de atribuição. No segundo tempo a criança percebe que existem sujeitos,

inclusive sua mãe, que não possuem o falo: a falta se apresenta. Somado à constatação da falta do falo na mãe e à submissão à lei do pai, condensados num juízo de existência, a criança pode decidir perder o objeto de seu desejo, a mãe, para salvar o seu próprio sexo (Násio, 1997).

O tripé sobre o qual atua a forclusão se constitui como O Todo, o Um e a falta. O Todo da atribuição universal do pênis, a descoberta de que existe pelo menos Um que não possui o pênis, a mãe, e a falta em si: O Todo de uma ilusão, O Um de uma exceção-existência e a falta. Esses três componentes essenciais estão no simbólico (Násio, 1997). “O simbólico é o perpetuo trazer à luz de uma existência que, positivamente, afirma um nascimento, e, negativamente, cava uma falta no Todo” (Nasio, 1997, p. 156).

Nas neuroses, a defesa que substitui uma representação insuportável por outra mais aceitável se chama recalque, este mecanismo respeita o movimento simbólico, retornando o recalque nas formações do inconsciente: chistes, atos falhos, sonhos, lapsos e nos sintomas. Fazemos, aqui, a mesma pergunta que Lacan: O que é o recalque para o neurótico?

É uma língua, uma outra língua que ele fabrica com seus sintomas, isto é, se é um histérico ou um obsessivo, com a dialética imaginária dele e do outro. O sintoma neurótico desempenha o papel da língua que permite exprimir o recalque. É justamente aquilo que nos faz ver claramente que o recalque e o retorno do recalque são uma só e mesma coisa, o direito e o avesso de um só e mesmo processo (Lacan, 2010, p. 77).

A forclusão, mecanismo das psicoses, rompe a articulação do Todo e da emergência do Um, aquilo que deveria ser atualizado no simbólico volta no real: na alucinação e no delírio (Násio, 1997). Se na neurose há uma outra linguagem a partir do sintoma que exprime o recalque, na psicose há uma outra realidade a partir da forclusão do Nome-do-Pai.

Segundo a perspectiva edipiana o Todo, o Um e a falta podem ser entendidos como: O Todo da mãe onipotente, o Um do significante do Nome do Pai e a falta que é representada pelo desejo da mãe. Deve-se entender que O Nome do Pai não é o lugar que

um pai ocupa, mas qualquer expressão simbólica produzida pela mãe ou pelo filho que represente a lei da proibição do incesto, aqui podemos recordar a castração. O Nome do Pai diz de qualquer expressão significante que venha a ocupar a metáfora do desejo da criança ou do desejo da mãe: um sintoma, um gesto, uma ação, uma palavra, qualquer expressão. Temos, então, a forclusão do Nome do Pai, que é a suspensão de resposta a qualquer solicitação de mensagem, ato ou limite. O Nome do Pai é o significante de resposta ao apelo do outro, sendo este apelo necessário para que a forclusão ocorra (Násio, 1997). Lacan afirma que “para que a psicose se desencadeie, é preciso que o Nome do Pai, *verworfen*, forcluído, ou seja, jamais vindo no lugar do Outro, seja chamado aí em oposição simbólica ao sujeito” (Lacan, 1998).

Quando a forclusão do Nome do Pai ocorre, temos distúrbios no simbólico e no imaginário. Os elementos simbólicos são remanejados de forma que subvertem os referenciais de tempo e espaço, formando-se uma nova realidade que substitui a realidade primeira, a nova realidade é invasiva, enquistada, enigmática, compacta. Uma realidade incontestavelmente verdadeira para o sujeito psicótico - a realidade e seu único agente, o sujeito. (Násio 1997).

Assim, podemos assinalar que os mecanismos das neuroses e psicoses são diferentes, todavia, o que retorna na neurose como sintoma, na psicose aparece como real. Tendo as estruturas suas especificidades, não fogem do funcionamento inconsciente, cada qual traz seus próprios sofrimentos e formas de lidar com aquilo que atravessa o sujeito. Podemos dizer que, as estruturas não são psicopatologias - doenças - mas, formas de se estar no mundo e lidar com ele.

A afirmação de que na psicose há um retorno no real não quer dizer que o psicótico não é um sujeito de linguagem, ele não está excluído do registro simbólico. É cabível considerar que:

Lacan sustenta que o psicótico é um sujeito estruturado, mesmo se ele se encontra fora do discurso social. Não discutir com ele, não falar com ele é uma forma de

excluí-lo. Mas, também ficar com ele sem o discurso é uma forma de exclusão e de segregação (Viganò, 1999).

O psicótico dá testemunho, em seu dizer, do inconsciente a céu aberto. O sofrimento se mostra no instituto de ser falado por um Outro invasor e ordenador do gozo.

## 7. FLASH CLÍNICO

Meu primeiro encontro com Açucena - nome fictício, uma mulher adulta jovem - aconteceu na oficina de recorte de tecidos para a confecção de *ecobags* de uma iniciativa de geração de renda e economia solidária. A iniciativa conta com 3 oficinas: a oficina de pintura de tecidos, a oficina de recorte de tecidos e uma oficina de empoderamento feminino. O grupo é composto por mulheres. Participativa, Açucena frequentava todas as oficinas da iniciativa.

Ao chegar ao CAPS, Açucena não verbaliza palavra alguma. Sentava-se em uma cadeira na recepção e não se engajava em atividades ofertadas pelo serviço. Parece que Açucena esperava ser, de fato, recepcionada. Como mudar esse quadro? Composto a equipe multiprofissional do serviço, a estagiária orientada pela psicanálise lacaniana aposta na oferta que pode criar a demanda do sujeito. Nesse sentido, um convite foi feito para Açucena e ela se integrou nas atividades do serviço, engajando-se no grupo de mulheres e em outras atividades.

No primeiro encontro com Açucena, percebi que ela possui uma dificuldade na coordenação motora. Aqui também surge um impasse, Açucena quer pintar na oficina de pintura, mas não consegue segurar o pincel. Excluir? Desprezar o que a mobiliza? Não! Junto com Açucena encontramos soluções: um rolo para pintura e o uso da arte como expressão da subjetividade. Apesar de estar numa oficina coletiva, onde pode-se ter a ilusão de um grupo composto por pessoas iguais, a singularidade aparece e na universalidade se faz necessário voltar-se para o singular. É um movimento que deve ser muito caro na atuação entre vários.

Nas oficinas de empoderamento feminino - espaço para as frequentadoras se maquiarem e pintarem as unhas - estive acompanhando Açucena. Dado sua dificuldade motora, em muitos momentos foi preciso me aproximar mais dela para passar os produtos de maquiagem. Entretanto, a cada produto que deveria utilizar, perguntava para Açucena se ela gostaria de usar aquele produto, qual a cor de sua preferência e se ela queria que eu passasse ou queria passar sozinha o produto. Neste momento, percebi que Açucena também não consegue articular frases grandes, comunicando-se apenas por palavras, como “pinta”, “pinto”, “esse”, “quero”. Lembrei-me de sempre comunicar para Açucena sobre o que estava fazendo e dar autonomia para que ela pudesse escolher apesar da dificuldade motora não proporcionar que ela fizesse uma maquiagem dentro do que se é esperado socialmente. Porém, em uma oficina terapêutica, o que está em jogo não é a normatividade social. Entra em cena a criação, como pontua Elisa Alvarenga (1999), que pode atuar de forma a localizar o gozo, tendo função de sintoma, amarrando os três registros do Simbólico, do Imaginário e do Real, ou atuar na função estabilizadora do gozo, reorganizando a realidade perdida com o desencadeamento da psicose.

Ao ocupar o lugar de secretário do psicótico, o psicanalista, para além de afirmar a posição do sujeito como testemunha do discurso do Outro, também pode ajudar o sujeito a construir um ponto de ancoragem para o que está sendo testemunhado. Não se trata apenas de registrar o que está sendo testemunhado, mas sim de levar o testemunho ao pé da letra (Meyer & Brauer, 2010).

Nesta relação, é preciso compreender a peculiaridade da transferência na psicose. O psicótico não realiza a transferência da mesma maneira que o neurótico; em vez disso, ele coloca em ato a transferência. Isso implica que o psicanalista não deve apenas solicitar ao psicótico que fale livremente, pois o que o perturba não é necessariamente o conteúdo de seus pensamentos, mas sim as vozes e o discurso do Outro que o afligem de forma contínua (Meyer & Brauer, 2010).

A transferência se apresenta de forma concreta e intensa na psicose, exigindo do psicanalista uma habilidade específica e um manejo cuidadoso para desenvolver sua

função de analista. Essa posição não deve ser de suprimir as manifestações delirantes, mas sim de sustentar o desejo do analista, permitindo-se estar aberto ao imprevisível e às surpresas que a psicose pode trazer. Essa abordagem possibilita a efetivação da transferência e contribui para o progresso do tratamento (Meyer & Brauer, 2010).

Ao abordar a clínica da psicose, Lacan nos convida a enfrentar essa condição sem recuar, reconhecendo a importância da transferência e a delicadeza necessária para lidar com ela, uma vez que na estrutura psicótica a transferência se apresenta de forma intensa. O outro, representando a maneira velada pela qual o Outro se mostra ao sujeito, é aqui identificado como o próprio Outro - uma presença que se mostra incessantemente absoluta e invasiva. Quando o psicanalista ocupa esse lugar de Outro absoluto, isso revela como a transferência se manifesta, seja como perseguição ou erotomania. No entanto, é crucial que o psicanalista escape desse lugar para permitir a falta no Outro, possibilitando a construção de uma metáfora delirante, aposta da primeira clínica de Lacan, ou outras saídas que podem favorecer estabilização do sujeito, como a construção de uma suplência sinthomática, aposta da segunda clínica de Lacan que enfatiza o nó borromeano, a partir de um trabalho criativo ou de alguma atividade que promova laço social (Benetí, 2005) (Meyer & Brauer, 2010). Benetí (2005) afirma que o discurso do analista deve ser escrito com o lugar da produção vazio, com o analista como secretário do alienado, assim, ao analista está vetado a produção de S1 que imponha o discurso do mestre ao sujeito psicótico. Em vez disso, deve-se permitir que o próprio sujeito psicótico produza um S1 que esteja articulado com o real - o objeto, o gozo - para que surja o sinthome - suplência subjetiva, Nome-do-Pai, produto do trabalho do sujeito psicótico.

Na primeira clínica, o ponto central, organizador da cadeia significativa e da lógica do pensamento, o Nome-do-Pai, seria utilizado como referência na formalização lacaniana das estruturas clínicas. No entanto, ao discutir o caso de James Joyce no segundo momento de sua clínica, Lacan retoma seus estudos sobre a topologia borromeana, evidenciando que é possível uma escrita subjetiva que não necessite do Nome-do-Pai, propondo a existência de um elemento suplementar aos três registros (real, simbólico e

imaginário) que faria, para cada sujeito, uma amarração própria - o *sinthoma*, com "th". Dessa forma, ele questiona a norma operada pela metáfora paterna, propondo uma solução individualizada para cada sujeito, baseada no real em jogo com seu gozo, em vez de uma solução universalizada. Isso implica que o analista deve ser pensado como aprendiz das soluções que o sujeito inventa, devendo seguir seu estilo na construção de respostas, como orientação clínica (Guerra & Vieira, 2006).

Cada solução psicótica, para estabilização, dependerá da estrutura borromeana sobre a qual o sujeito assenta sua relação entre Real, Simbólico e Imaginário, compondo sua realidade. O que importa, na direção do tratamento, é o "saber-fazer" que o sujeito estabelece com seu sintoma, ou seja, a maneira como ele aprende a operar com seu gozo e com seus obstáculos. Portanto, a solução é sempre singular e opera a partir da história do sujeito, não podendo ser padronizada (Guerra & Vieira, 2006).

Nesse contexto, a relação com o conhecimento deve ser estabelecida de forma diferente para que o sujeito não se sinta invadido, perseguido ou excessivamente amado pelo psicanalista. É essencial analisar como o sujeito pode elaborar sua solução (Meyer & Brauer, 2010). Assim, sendo a transferência na psicose eretômana ou persecutória, é necessário manobras transferenciais. Se o sujeito psicótico ocupa uma posição de objeto, o analista pode ser visto como um vizinho gozador que quer tomá-lo como objeto erótico ou a ser perseguido. Ocupando uma outra posição, o de S2, Saber delirante, o analista intervém através do vínculo-frouxo e da trivialização da transferência (Beneti, 2005). Não aplicamos a noção de sujeito suposto saber na clínica da psicose, dada as especificidades dessa estrutura. O Outro na psicose é visto como absoluto, e o conhecimento é tido como uma certeza. É justamente a crença presente no delírio de que o Outro sabe tudo que leva o sujeito a sentir-se invadido, o que requer uma reavaliação da posição do psicanalista no trabalho clínico com o psicótico. Na verdade, quem sabe nesse contexto é o próprio sujeito, pois ele tem a certeza de que o Outro sabe tudo sobre ele e o persegue (Meyer & Brauer, 2010).

No caso relatado, certa vez, Açucena teve uma mudança na forma de se expressar: tornou-se séria, parou de verbalizar e olhou fixamente para mim por muito tempo. Essa

forma de se expressar poderia ser sinal de um desencadeamento de surto ou Açucena poderia estar se sentindo desconfortável pelo instrumento-olhar ou pelo toque excessivo em seu corpo. Para apaziguar Açucena e trivializar, pedi que outra estagiária me ajudasse na maquiagem, permitindo a construção de um vínculo frouxo, tal como sugere alguns autores a adotar no trabalho com psicóticos como manejo da transferência. Por muitas vezes, Açucena pediu para que eu escolhesse as cores e produtos que deveria usar, diante dessa situação, é necessário sustentar que não podemos escolher pelo sujeito, que não sabemos escolher pelo sujeito.

## **8. PSICANÁLISE NAS INSTITUIÇÕES**

A psicanálise nos apresenta inicialmente a ideia de que o coletivo não se sustenta como um todo unificado. Essa abertura, essa lacuna, é o que permite que no interior da equipe o próprio paciente, como uma expressão do real, faça um rompimento. O primeiro impacto no atendimento pode surgir de uma demanda enigmática - seja do paciente, de familiares, da clínica médica ou de qualquer outra fonte - de uma fala delirante ou de um comportamento disruptivo que rompe com a suposta totalidade da equipe (Figueiredo, 2005).

Essa abordagem contrasta com o coletivismo que frequentemente é considerado como uma garantia da equipe. Na clínica, não há garantias absolutas, mas há uma direção de trabalho e um risco que pode ser calculado. No entanto, esse cálculo só pode ser feito a partir do primeiro ato de intervenção. Os protocolos automáticos de intervenção, que prescrevem antecipadamente o que deve ser feito, como encaminhar para um psiquiatra para prescrição de medicamentos ou elaborar o projeto terapêutico com atividades e frequência específicas, funcionam como uma proteção contra o real da clínica e oferecem suporte às ações, mas não são suficientes para lidar com as situações cotidianas de forma contínua e para uma abordagem individual de cada caso (Figueiredo, 2005).

Uma importante diretriz da psicanálise para esse trabalho é que não podemos atuar de forma isolada; a responsabilidade da ação reside na relação de um para um. Embora o ato seja solitário, não é intransmissível. Podemos construir um conhecimento a partir do que é compartilhado. A responsabilidade de cada um também pode ser compartilhada e deve ser revista em algum momento do trabalho em equipe (Figueiredo, 2005).

Cada um deve prestar contas do que fez, por quê e como fez. No entanto, não se trata apenas de relatar sua experiência como algo vivenciado no trabalho, mas sim de recolher elementos de cada caso, de cada intervenção, para construir um conhecimento. Essa construção é baseada nos elementos fornecidos pelo próprio sujeito, que servem como pistas para a direção do tratamento, para o chamado 'projeto terapêutico'. Essa construção orienta o caminho a seguir em cada caso e momento, pois há ajustes a serem feitos conforme as novas indicações do sujeito (Figueiredo, 2005).

A direção do tratamento no CAPS é desenvolvida de forma coletiva; no entanto, essa coletividade não se baseia em um todo completo, mas sim em elementos parciais e contingentes trazidos para a construção de cada caso. Trata-se de identificar os significantes do sujeito coletados individualmente, reduzir as narrativas e situações a um denominador comum desses significantes que persistem, desempenhando um papel importante para avançar na oferta de algo que possa afetá-los e produzir algum efeito, seja como suplência ou elemento estabilizador. Esse é o ponto de partida para definir o projeto terapêutico e convidar o sujeito a se envolver em tarefas ou atividades específicas (Figueiredo, 2005).

No entanto, é crucial entender que o tempo para compreender não pode se estender indefinidamente. O manejo do tempo, a partir de uma perspectiva lógica, permite que passemos do momento de surpresa do primeiro atendimento para um estágio em que os significantes do sujeito se tornam operadores no tratamento.

Outra contribuição da psicanálise para o trabalho em equipe é a referência à transferência de trabalho proposta por Lacan como uma solução para os efeitos negativos do grupo, que ele chamou habilmente de cola imaginária. Essa transferência não implica

transferir o trabalho para outro, mas sim utilizar o conceito de transferência como um instrumento de trabalho entre pares. Isso estabelece um laço produtivo entre colegas visando tanto a prática clínica quanto a produção de conhecimento decorrente dela. A transferência que deve operar no trabalho em equipe é guiada pelo objetivo comum compartilhado por diferentes profissões, que é uma concepção específica da clínica centrada no sujeito. Essa abordagem afasta-se da concepção de transferência associada à resistência e aos afetos amorosos ou hostis, adotando uma perspectiva simbólica de demanda por conhecimento e suposição de saber que circula entre os membros da equipe na mesma direção (Figueiredo, 2005).

Segundo Monteiro e Queiroz (2006), numa instituição, o analista é aquele que possibilita localizar e trazer à cena o que está excluído, permitindo assim que a causa do desejo circule para que haja um sujeito, viabilizando o tratamento do gozo, que tende a ser excessivo na psicose. As autoras elegem três vias de acesso à produção de um sujeito na psicose: o trabalho com o delírio, a via da trivialização e o trabalho com a arte, todos permeados pelas múltiplas transferências próprias do contexto institucional.

As formulações de Lacan sobre a questão do sujeito na psicose permitem afirmar que a operação subjetiva é viável ao considerar a via do delírio. O uso adequado do delírio pode promover o surgimento de um sujeito, retirando-o da condição de objeto de gozo do Outro, na qual o psicótico frequentemente se encontra. Portanto, o delírio não deve ser eliminado a qualquer custo, mas sim utilizado para construir uma metáfora delirante que estabilize significante e significado, possibilitando um efeito de significação na experiência do sujeito psicótico (Monteiro & Queiroz, 2006).

A trivialização, se opõe ao delírio quando este representa uma ameaça que pode levar a ações extremas ou até mesmo à passagem ao ato. Miller (citado por Ferreira e Trópia, 2000) observa que, ao lidar com a demanda psicótica, uma estratégia valiosa para o analista e outros profissionais é buscar a maior normalidade possível que permitiria uma vida comunitária mínima, uma vida cotidiana comum. Essa abordagem visa reduzir a intensidade do delírio, que tende a capturar o sujeito como objeto. Ao invés de focar em

temas que possam alimentar o delírio, é essencial destacar assuntos comuns e simples do dia a dia em uma conversa comum. Contrastando com a prática manicomial, que foca em medicamentos e contenção física, aqui se busca uma contenção afetiva através do vínculo entre o profissional e o frequentador (Monteiro & Queiroz, 2006).

Além da abordagem da trivialização, a prática analítica institucional tem explorado outras formas de intervenção, como a expressão artística dos usuários. Com base nas formulações de Lacan em Joyce, o Sintoma, sabemos que a psicose pode encontrar expressão na arte. Essa criação artística pode atuar como um arranjo sintomático que lida com o gozo invasivo na psicose, oferecendo uma forma de tratamento sem recorrer à suplência do Nome-do-Pai como na neurose. O envolvimento do analista nessas atividades pode facilitar a expressão subjetiva de cada paciente, contribuindo assim para o tratamento do sujeito no contexto institucional (Monteiro & Queiroz, 2006).

Beneti (2005) orienta que deve existir um questionamento sobre nossas intenções ao assumir o tratamento de um sujeito, bem como nossas pretensões, objetivos e limites. Salieta que em todos os setores da instituição, deve haver alguém alinhado com essa direção terapêutica. Com a equipe alinhada, pode-se desenvolver uma escuta ativa dentro das oficinas, tendo em vista que o profissional não deve começar a introduzir S1 para induzir o sujeito a produzir para seu próprio bem-estar, uma vez que isso pode ser problemático e provocar passagens ao ato.

Quanto ao campo da inserção social e o campo dos direitos, é crucial enfatizar que a adesão à cidadania não implica na eliminação do sujeito do inconsciente. Concentrando-se exclusivamente na cidadania, há promoção de uma clínica de segregação a partir desse significante. A cidadania é importante, mas cada cidadão é um sujeito do inconsciente que pode encontrar caminhos específicos, soluções distintas ou até mesmo não construir nada. Portanto, Beneti (2005, p. 16) reitera: “tem um sujeito do inconsciente no doente-cidadão”.

No Brasil, a Saúde Mental delineia objetivos claros e ideais vigorosamente defendidos em relação à inclusão social do usuário e à desconstrução do sistema

representado pelo manicômio, tanto em termos simbólicos quanto concretos. Por outro lado, é reconhecido que a Psicanálise não busca um ideal de cura para o indivíduo, nem para a sociedade, o que vai de encontro à sua ética. No entanto, de forma peculiar, ambas abordagens questionam qualquer ferramenta clínica, conhecimento ou prática que exerça controle e normatização social, ou que resulte na perda de subjetividade e alienação (Guerra & Vieira, 2006).

Percebemos que os princípios e conceitos da prática psicanalítica podem ser incorporados como operadores na prática da Saúde Mental, quando apropriados. O engajamento com um analista é relevante se for benéfico, seja para um indivíduo ou para um contexto específico. Enquanto isso, o campo da Saúde Mental retroalimenta a Psicanálise, reafirmando seus fundamentos e contribuindo para o progresso de sua teorização (Guerra & Vieira, 2006).

Quanto às oficinas, a palavra tem sua raiz etimológica em ser um espaço onde um ofício é praticado, ou onde trabalham mestres e aprendizes de uma arte específica. O surgimento das oficinas terapêuticas nos dispositivos de saúde mental está intrinsecamente ligado aos princípios da desinstitucionalização e da luta antimanicomial.

Segundo Guerra (2004), as oficinas ocupam um espaço único, situado na interseção entre a esfera clínica, de um lado, e as atividades coletivas de natureza sociopolítica, de outro. Elas se inserem no contexto de um tratamento possível para psicose, na chamada clínica ampliada, que integra aspectos políticos e clínicos. Isso implica, primordialmente, em respeitar o indivíduo com transtorno mental tanto em sua esfera pessoal quanto civil, permitindo-lhe circular pela cidade, tolerar o preconceito existente que o exclui da vida social e encontrar um modo particular de convívio.

Para Guerra (2004), o que diferencia as oficinas na saúde mental de outras intervenções, sejam coletivas ou não, é o fato de o paciente psicótico trabalhar com objetos concretos, o que gera uma densidade simbólica única. As oficinas estão intimamente ligadas ao estatuto do objeto, mais do que à comunicação verbal, uma vez que seu funcionamento, independentemente da abordagem (trabalho, arte, convivência,

subjetividade), sempre resulta em uma produção material, gerando efeitos subjetivos e promovendo a socialização por meio de uma superfície material concreta.

Guerra também sustenta que os participantes das oficinas podem se apropriar de suas histórias de vida ao produzir textos, ler ou recitar poemas, compartilhando experiências passadas e proporcionando uma expressão emocional que cria uma circulação de memórias.

A função do coordenador das oficinas é acolher as manifestações dos participantes, seja através de sons, falas, formas ou ações, reconhecendo neles indivíduos com algo a dizer e a fazer, e buscando sentido nesse processo. Isso implica em estar atento a uma linguagem muitas vezes não verbal, através da qual as produções podem estabelecer canais de comunicação e criar novas realidades existenciais (Domingues, 2009). O campo teórico e a prática psicanalítica podem ser inseridos no contexto das oficinas para que dentro delas haja o aparecimento e a valorização da singularidade dos sujeitos, facilitando a criação de suas suplências e o tratamento.

O trabalho com a singularidade proposto pela psicanálise traz implicações para outras expansões que um sujeito pode realizar nos equipamentos de saúde mental, conforme abordaremos a seguir.

## **9. GERAÇÃO DE RENDA, ECONOMIA SOLIDÁRIA E REFORMA PSQUIÁTRICA**

Segundo Amarante & Torre (2018), nos últimos anos, a reforma psiquiátrica no Brasil tem criticado o modelo tradicional e buscado substituir hospitais psiquiátricos por serviços de saúde mental e atenção psicossocial. Isso visa promover a inclusão social e cidadania para pessoas em sofrimento mental, destacando-se duas vertentes principais: inclusão pelo trabalho (economia solidária, geração de renda) e inclusão pela cultura e arte (projetos artísticos). A ocupação do espaço urbano e a intervenção no imaginário social através de eventos e debates para fortalecer os princípios de diversidade e respeito são importantes, transformando o campo da saúde mental e dos direitos sociais.

No ambiente do manicômio, o trabalho era abordado de duas maneiras distintas: enquanto os pacientes considerados loucos eram julgados incapazes de trabalhar, por outro lado, o trabalho era empregado como parte essencial do chamado "tratamento moral" na abordagem médica (Sousa, 2001, p. 60). Acredita-se que os loucos não possuíam habilidade para lidar com a vida social e o trabalho, e assim, o trabalho tinha a função de corrigi-los e reintegrá-los à normalidade, sendo um elemento crucial no tratamento moral. Isso indicava que o trabalho só era autorizado para essas pessoas com o propósito exclusivo de tratamento (Zambroni-de-Souza, 2002).

A interpretação da palavra "trabalho" ao longo da história da humanidade tem sido diversa, refletindo também nas percepções sobre o trabalho das pessoas em sofrimento psíquico ao longo do tempo. No contexto dos hospitais psiquiátricos, os pacientes rotulados como doentes foram frequentemente envolvidos em atividades laborais por várias razões, como ocupação do tempo, recompensas como cigarros, substituição de funcionários, busca por disciplina, entre outras atribuições (Saraceno, 2001).

Essa prática resultou na privação do direito ao trabalho para os "loucos" por mais de um século devido à natureza irreversível da internação psiquiátrica, o que permitiu o controle sobre sua inclusão ou exclusão do mercado de trabalho, justificada pela suposta inabilidade e cronicidade das doenças mentais. Além disso, os excluídos do sistema produtivo também enfrentavam dificuldades para se integrar à ordem social estabelecida (Basaglia, 2010).

Essa exclusão das relações de trabalho, imposta pelo modelo manicomial, não apenas afastou as pessoas com problemas de saúde mental do trabalho, mas também as excluiu de interações sociais significativas. Somente após mudanças de paradigmas, como as lutas sociais e a luta antimanicomial, é que começaram a considerar o direito à cidadania dessas pessoas. A cidadania mencionada refere-se à construção de direitos essenciais relacionados ao acesso a diferentes formas de trocas sociais, econômicas e produtivas, o que pode ser alcançado através da reabilitação psicossocial como uma forma

de aumentar os recursos disponíveis para esses indivíduos e, conseqüentemente, adquirir a cidadania social (Saraceno, 2001).

No contexto brasileiro, como resposta às dificuldades de inclusão dos usuários da saúde mental no mercado de trabalho capitalista, surgiram iniciativas como os empreendimentos solidários, cooperativas e oficinas de trabalho ligadas à saúde mental, dentro dos princípios da reforma psiquiátrica e da economia solidária. Essas práticas têm se mostrado importantes para a inclusão social pelo trabalho na rede de atenção psicossocial brasileira, promovendo o protagonismo dos usuários, usuárias e familiares para exercerem sua cidadania de forma mais plena (Brasil, 2015).

O cooperativismo social, vinculado à saúde mental, surgiu como uma alternativa emancipatória, baseada na experiência de desinstitucionalização na província italiana de Trieste. Essas cooperativas sociais têm sido determinantes na transformação das relações institucionais e sociais, permitindo uma inserção mais efetiva no mercado de trabalho e na vida econômica e social das cidades para os sujeitos em situações de desvantagem, como aqueles com experiência em sofrimento psíquico (Nicácio & Kinker, 1997) (Martins, 2014).

Na iniciativa que foi relatada neste trabalho, podemos constatar a utilização da economia solidária e a geração de renda como um dos pilares para a inclusão social, uma vez que, por meio da produção e comercialização das *ecobags* produzidas pelas frequentadoras foi possível estabelecer uma cooperativa de trabalho, a entrada no mercado de trabalho e também a circulação delas em espaços como a universidade, congressos, feiras e espaços de debate político. Além da iniciativa de geração de renda, a arte também se faz presente neste processo, as *ecobags* são produzidas a partir de tecidos pintados pelas frequentadoras em oficinas de expressão artística, livremente elas podem pintar e criar as estampas que depois irão circular nos produtos confeccionados. Açucena, que não falava, se expressa criando estampas e circula o território nas vendas das bolsas. Aqui, passamos da inclusão social pelo trabalho para a estabilização por meio da arte.

Freud deu-nos a indicação preciosa de que nesse o inconsciente se expressa "a céu aberto", o que permitiu que muitos artistas, entre eles os surrealistas, aproximasse a loucura da criação. Devemos a Lacan o desenvolvimento das questões relativas à clínica da psicose aportando uma leitura sobre o tema da criação que não a idealize ou romantize. Em síntese, tem-se a tarefa na psicanálise de considerar a obra do artista louco sem desmerecer seu sofrimento.

Como vimos, o sujeito psicótico é invadido por um gozo, sob a forma de sofrimento, de angústia, de despedaçamento do corpo, de vozes e outros fenômenos da ordem do insuportável. Ademais, conforme escreve Quinet (2006), diante da experiência do gozo que o invade, o psicótico encontra-se confrontado com a ausência do significante capaz de contê-lo. Nesse contexto, o psicótico recorrerá ao delírio e/ou à arte como recursos, ambos pertencentes à esfera da criação. Essa criação assume uma natureza *sui generis*, pois não se submete à ordem estabelecida da cultura, que é estruturada simbolicamente em relação à presença do pai simbólico, do Nome-do-Pai. No âmbito da arte cultural, essa criação pode ser associada ao conceito de sublimação, conforme teorizado por Freud, como um dos destinos da pulsão sexual.

Além de ser significante da paternidade, o Nome-do-Pai sustenta o neurótico diante da vertigem e até mesmo da angústia diante da borda, do limite da cadeia simbólica. Uma vez que, conforme Lacan (1991), toda criação implica no tratamento da Coisa (das Ding), o artista tenta fazer surgir na tela, nos objetos, nas letras, o que resta do gozo perdido pela inscrição do significante da filiação. Esse, o Nome-do-Pai, na medida em que é inscrito no sujeito barra seu acesso à Coisa, esvaziando-a de gozo, esvaziamento que tem para o sujeito o significado da castração.

Assim, é esse gozo da Coisa, do qual o sujeito na neurose sofre de nostalgia, gozo perdido desde sempre, que o artista tenta evocar no espectador. Ao fazê-lo, ele traz à baila a temática da castração, produzindo certa suspensão. Essa situação, que deveria provocar horror, horror da castração, o artista a escamoteia (produz um velamento) com a arte, fazendo emergir a fruição estética, o prazer que a arte normalmente propicia. Assim, a

arte, no sentido cultural e sustentada pelo Nome-do-Pai, se organiza em torno do vazio da Coisa, povoando esse vazio com os objetos imaginários que tanto satisfazem nossos devaneios.

Já na psicose, por não haver essa mediação, a criação, conforme indica Quinet (2006), é uma tentativa de recriar ou reconstituir o elo que falha na simbolização e que joga o sujeito no vazio da significação. O delírio busca, portanto, preencher as lacunas do discurso e restabelecer uma lógica que se quebrou (Quinet, 2006, p. 221). Lacan, em seu seminário sobre as psicoses, escreve: "um delírio deve ser julgado em primeiro lugar como um campo de significação que organizou um certo significante" (Lacan, 1988, p. 141). É nesse sentido que o trabalho do analista na clínica da psicose difere substancialmente da clínica da neurose: é preciso deixar o sujeito falar para que aquilo que é da ordem do real, não simbolizado, possa encontrar ali um meio de inscrição.

## **10. MOMENTO DE CONCLUIR**

Nas iniciativas descritas neste trabalho, fica evidente o papel crucial da economia solidária e da geração de renda como pilares fundamentais para a inclusão social. Através da produção e comercialização das ecobags pelas participantes, foi possível estabelecer uma cooperativa de trabalho que não apenas facilitou a inserção dessas mulheres no mercado de trabalho, mas também promoveu sua presença em diversos espaços sociais e políticos, como universidades, congressos e feiras.

No Brasil, apesar de ainda existir uma lógica manicomial em circulação, a saúde mental se configura com objetivos nítidos e ideais fortemente defendidos em relação à inclusão social dos usuários e à desconstrução do sistema manicomial, tanto em termos simbólicos quanto práticos. A psicanálise não busca um ideal de cura para o indivíduo ou para a sociedade, o que está em consonância com seus princípios éticos. No entanto, ambas abordagens compartilham a crítica a qualquer ferramenta clínica, conhecimento ou

prática que exerça controle e normatização social, ou que leve à perda de subjetividade e à alienação

Para além dos efeitos relacionados à promoção de direitos e inclusão social, a presença de profissionais orientados pela psicanálise nos dispositivos de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pode desempenhar um papel significativo na potencialização dos efeitos do tratamento dos usuários. Tomemos como exemplo o caso de Açucena, cuja participação nas oficinas de arte possibilitou o início de um processo de elaboração de suplências e a estabilização de seu quadro clínico. Além disso, intervenções psicanalíticas, como o uso da técnica de trivialização, demonstraram-se relevantes no acompanhamento do caso de Açucena. Essas abordagens sugerem uma complementaridade entre os princípios psicanalíticos e as práticas de saúde mental, destacando a importância de uma integração cuidadosa e colaborativa entre ambas as perspectivas no contexto do tratamento dos usuários de saúde mental.

Esta pesquisa buscou explorar as contribuições da psicanálise para potencializar o trabalho realizado em oficinas como espaços de expressão de subjetividade e de inclusão social, dentro do contexto da saúde mental e da reforma psiquiátrica. Por meio da observação e análise das atividades desenvolvidas em oficinas de empoderamento feminino e de pintura em um CAPS na cidade de João Pessoa, utilizando a teoria psicanalítica como referencial, foi possível identificar indícios de como esses espaços podem ser facilitadores do processo de construção e expressão da subjetividade dos participantes.

Portanto, os resultados desta pesquisa destacam a importância de considerar a psicanálise como uma ferramenta no trabalho realizado nos espaços de oficinas, ressaltando sua relevância na promoção de estabilização dos quadros clínicos e inclusão social.

## REFERÊNCIAS

- Alvarenga, E. (1999). A clínica das psicoses: o trabalho criativo e seus efeitos na clínica da psicose. *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, 13, 118-121.
- Amarante, P. (1982). *Psiquiatria Social e colônia de alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Amarante, P. D. C; Torre, E.H.G. (2001). A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58), p.26-34.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G.. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista De Administração Pública*, 52(6), 1090–1107.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Basaglia F. (2010) *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Batista, M. D. G. (2014). Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, 40(1), 391-404.
- Beneti, A. (2005). Do discurso do analista ao nó borromeano: contra a metáfora delirante. *Opção Lacaniana on-line*, 3(1), p. 1-17.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados, – ano 10, nº 12. *Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015*.
- Ferreira, C. M. R.; Trópia, M. R. A. B. (2000). Estabilização: o escriturário das suplências. *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, 14, abr. 2000, 144-150. Belo Horizonte.
- Ferreira, J. T., Mesquita, N. N. M., Silva, V. F., Lucas, W. J., Batista, E. C. (2016). Os centros de atenção psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. *Revista Saberes*, 4(1), p. 72-86.
- Figueiredo, A. C. (2005). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, 3(5), 43-55.
- Figueirêdo, M. L. de R., Delevati, D. M., & Tavares, M. G. (2014). Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais – UNIT*. Alagoas, 2(2), 121–136.
- Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva,
- Goffman, E. (1978). *Manicômios, prisões, conventos*. Rio de Janeiro: Graal.
- Goulart, M. S. B. (2006). A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v.1, n.1, São João Del-Rei.
- Guerra, A. M. C. & Vieira, P. S. (2006). Reforma psiquiátrica e psicanálise: diálogos possíveis no campo da inserção social. *Psicologia para América Latina*, (5).

- Guerra, A. M. C. (2004). Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In C.M. Costa & A. C. Figueiredo (org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Lacan, J. (1991). *O seminário, livro 07: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (1998). *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar Editor.
- Lacan, J. (2010). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar Editor.
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 01 de abril de 2024, de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Martins, R.C.A. (2014) *Saúde mental, economia solidária e cooperativismo social: políticas públicas de reconhecimento e acesso ao trabalho (2004-2013)*. Tese de doutorado do Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Brasília, Brasília.
- Meyer, G. R., & Brauer, J. F. (2010); O desejo do analista e a clínica da psicose: análise de um caso. *Mal-estar e subjetividade*, 9(1), 233-258.
- Monteiro, C. P., & Queiroz, E. F. (2006). A clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental. *Psicologia Clínica*, 18(1), 109–121.
- Násio, J. D. (1997). *Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Nicácio, F., & Kinker F.S. (1997) O desafio do viver fora: construindo a cooperativa para todos. In: Campos, F.C.B.C., & Henriques C.M.P. *Contra a maré: a experiência do SUS em Santos*. 2 ed. São Paulo: HUCITEC.
- Poli, M. C. & Mesquita, D. B. G.. (2014). Arte & Psicose: A Obra de Arthur Bispo do Rosário. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 34(3), 612–624.
- Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. (2002). Dispõe sobre as normas e diretrizes para a organização dos CAPS. Recuperado em 01 de abril de 2024, de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
- Portaria nº 3.088, de 23 de 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 (SUS). Recuperado em 01 de abril de 2024, de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Quinet, A. (2006). *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Rancière, J. (2009). *O inconsciente estético*. São Paulo: Editora 34.
- Roterdã, E. (2013). *Elogio da loucura*. Porto Alegre: L&PM Clássicos.
- Roudinesco, E. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora,.

- Sousa, I. D. S. (2001). *A primeira reforma psiquiátrica: uma história do tratamento moral*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Teixeira, M. O. L. (2019). Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(2), 540-560.
- Viganò, C. (1999) A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga*, v.13. Belo Horizonte: EBP-MG, p.50-59.
- Zambroni-de-Souza, P. C. (2006). Trabalho, organização e pessoas com transtornos mentais graves. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 9(1), 91-105.