

O Paradigma Psicossocial: parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador¹

Ana Flávia Dias Tanaka Shimoguri²

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Resumo: Servindo-se de uma análise paradigmática das mudanças introduzidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, Costa-Rosa propõe uma análise revolucionária ao conceituar o Paradigma Psicossocial, cujo objetivo é instrumentalizar práticas em Saúde Mental Coletiva substitutivas ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. O Paradigma Psicossocial inaugura uma perspectiva *sui generis* quanto aos modos de se conceber e de se produzir saúde, dando um salto à frente da ideologia liberal, na medida em que pensa a realidade psíquica e a realidade social em continuidade, de modo que o sofrimento psíquico não pode ser devidamente compreendido sem que se discuta o contexto sociocultural que o atravessa e pelo qual é atravessado. Neste trabalho, nosso objetivo é apresentar o Paradigma Psicossocial enquanto um referencial teórico-técnico e ético-político necessário para os avanços do Sistema Único de Saúde no que diz respeito à Atenção Psicossocial.

Palavras-Chaves: Reforma Psiquiátrica brasileira; Atenção Psicossocial; Psicanálise de Freud e Lacan; Paradigma Psicossocial

The Psychosocial Paradigm: minimum parameters for substitutive practices of the Psychiatric Hospitalocentric Medicalizing Paradigm

Abstract: *Costa-Rosa makes a paradigmatic analysis of the changes introduced by the Brazilian Psychiatric Reform going beyond it. He is revolutionary in conceptualizing the Psychosocial Paradigm (PSP), that objective is to instrumentalize practices in Collective*

¹ Este artigo é derivado da dissertação de mestrado da autora “Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico para a Terapia Ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento na Saúde Coletiva”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da UNESP- campus de Assis, em 2016, sob orientação do Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa.

² Doutoranda e mestra em Psicologia e Sociedade pela Faculdade de Ciências e Letras/UNESP, Assis, graduada em Terapia Ocupacional pela Faculdade de Filosofia e Ciências/UNESP, Marília; formação em Psicanálise (Freud-Lacan). Integrante do "Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e 'Subjetividadesaúde'" (LATIPPSS). E-mail: anaflavia_shimoguri@hotmail.com

Mental Health that are substitutive to the Psychiatric Hospitalocentric Medicalizing Paradigm (PHMP). The PSP has inaugurated a sui generis perspective about the ways of conceiving and producing health, taking a leap ahead of the liberal ideology, because it thinks the psychic reality and the social reality in continuity, so the psychic suffering does not can be adequately understood without discussing its socio-cultural context. In this work, our objective is to present the PPS as a theoretical-technical and ethical-political referential necessary for the advances of the Health Unic System in terms of Psychosocial Care.

Keywords: *Brazilian Psychiatric Reform; Psychosocial Care; Psychoanalysis of Freud and Lacan; Psychosocial Paradigm*

Introdução

Apesar das modificações no discurso ideológico das políticas públicas introduzidas pelos movimentos sociais brasileiros de Reforma Sanitária (CNS, 1986) e de Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1995), costumeiramente, as propostas de Atenção ao sofrimento psíquico ainda se resumem às práticas secundárias à Psiquiatria (Shimoguiri & Costa-Rosa, 2017; Shimoguiri & Périco, 2014; Costa-Rosa, 2013), o que, de maneira nenhuma diminui a importância desses movimentos, que iniciaram um processo de transição paradigmática no campo da Saúde Mental Coletiva (SMC) extremamente necessário. Isso, se considerarmos o potencial transformador das propostas de tratamento de base comunitária, por exemplo, a desospitalização dos sujeitos em sofrimento psíquico intenso, outrora confinados em asilos e manicômios.

No que concerne ao campo da SMC, a partir dos processos deflagrados pelos movimentos sociais da Reforma Psiquiátrica brasileira – RPb -, continuaram ocorrendo várias ampliações no âmbito jurídico-político de 1990 em diante. No entanto, desde a promulgação da Lei 10.216 (Brasil, 2001), poucas transformações radicais foram realmente efetivadas quanto às formas de tratamento, especialmente no que se refere aos aspectos da teoria e da técnica, uma vez que os fundamentos do paradigma original do Discurso Médico (Clavreul, 1983), o qual Costa-Rosa (2013) renomeou como Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico

Medicalizador (PPHM), mantém sua hegemonia como modo de produção da saúde.

A formalização de ações e programas específicos em saúde mental não representa necessariamente a consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil em termos legislativos e, ainda menos, no que tange às mudanças necessárias na forma de trabalhar no cotidiano desse tipo de cuidado especializado (Cayres, Ribeiro, Elias & Coutinho, 2015, p. 13).

Numa análise crítica, vê-se que muitas das vertentes da RPb, pautadas na multidisciplinaridade, caíram num engodo imaginário de supor que pelo simples aumento do acesso aos vários tipos de atendimentos “biopsicossociais” seria possível atender às necessidades do ser humano e, apenas com um arsenal de terapêuticas diversificadas, homogeneizar o heterogêneo, a fim de garantir saúde e cidadania a todos, igualitariamente.

Todavia, o que se põe como demanda de Atenção no sofrimento psíquico consiste em uma questão de mais absoluta complexidade e está para-além do sujeito de direitos, teorizado na esfera jurídico-política. São impasses nos quais as dimensões da subjetividade e do social estão permanentemente entrecruzadas num corpo subjetivado, que comporta uma dor sempre singular, e que, por isso mesmo, escapa à ordem médica (Clavreul, 1983) e ao saber constituído.

Nesse sentido, Costa-Rosa (2013), pautado na psicanálise do campo de Freud e Lacan e no Materialismo Histórico, é revolucionário ao definir a Atenção Psicossocial (AP) como um campo de práxis, o que exige a suprassunção do termo “psicossocial” ao nível de conceito, de forma que a AP é compreendida como uma área transversalizada pelos ideais ético-políticos de produção de saúde e subjetividade, logo, a realidade psíquica e a realidade social existem em continuidade. Esse autor dá um salto à frente das concepções reducionistas acerca da saúde mental/psiquismo, na medida em que nos convida a apreender o sofrimento psíquico e o trabalho nos estabelecimentos psicossociais necessariamente entrelaçados às

vicissitudes da Formação Social.

Servindo-se de uma análise paradigmática das mudanças introduzidas pela RPb, este autor propõe que avancemos para-além dela, haja vista a teorização do Paradigma Psicossocial (PPS), que transcende a lógica de justaposição de atendimentos da área biológica, psicológica e social, atendimentos fragmentários e considerados como reformas da psiquiatria hospitalocêntrica e medicocentrada (Costa-Rosa, 2013), com efeitos terapêuticos e éticos radicalmente opostos aos efeitos do Discurso Médico (Clavreul, 1983) e, portanto, do PPHM.

O PPS tem a psicanálise de Freud e Lacan, o Materialismo Histórico, a Análise Institucional francesa e a Filosofia da Diferença como referências-bases. Este paradigma inaugura uma perspectiva *sui generis* quanto aos modos de se conceber e se produzir saúde. Saúde e subjetividade são concebidas como necessariamente homólogas, tanto que ambas foram condensadas no significante “subjetividadessaúde” (Costa-Rosa, 2013).

Consideramos que quaisquer terapêuticas paramentadas pelo PPHM, certamente não servirão à ética da AP (Costa-Rosa, 2013). Neste ínterim, trabalhos atuais vêm sendo produzidos a partir das elaborações de Costa-Rosa, no intuito de implementar Outra modalidade de clínica, precavida pelo PPS, nos estabelecimentos institucionais não só da SMC, mas também das diferentes áreas em interface com a Saúde Coletiva, dentre elas, Assistência Social (Souza, 2015; Mexko, 2017), Atenção Básica (Périco, 2014, 2016); Rede Hospitalar de Atenção à Urgência e Emergência (Costa, 2016) e questões mais gerais da Atenção Psicossocial (Shimoguri, 2018, 2016; Galiego, 2013; Pereira, 2011).

Neste trabalho, nosso objetivo é apresentar o Paradigma Psicossocial (PPS), delineado por Abílio da Costa-Rosa (2013), enquanto um conjunto de referenciais teórico-técnicos e ético-políticos primordiais para os avanços do SUS no que diz respeito à Atenção Psicossocial, na medida em que o PPS conceitua quatro parâmetros fundamentais para

discussão das práticas em Saúde Mental Coletiva.

Por fim, interessa-nos instrumentalizar práticas psicossociais que visem a alcançar um outro tipo de saúde, que não se resume à integralidade do corpo e do cérebro biológicos, mas, sobremaneira, uma saúde que esteja vinculada à implicação subjetiva e sociocultural, certamente protagonista. Para tanto, é condição mínima partir do Materialismo Histórico para compreender a dinâmica das forças em disputa na Formação Social (econômicas, políticas, etc.) que se materializam na Saúde Mental - Atenção Psicossocial.

Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

De acordo com Costa-Rosa (2013), o PPHM é uma atualização, no campo específico da Saúde Mental, do Paradigma Preventivista na Saúde Mental. Como herança da Medicina Preventiva (Arouca, 2003), destacamos a concepção de saúde como ausência de doença ou, no mínimo, amenização desta. Por conseguinte, as intervenções são, especialmente, direcionadas à eliminação dos sintomas, de modo que as práticas de Atenção podem ser definidas como atenção à doença e não à saúde (Costa-Rosa, 2013).

No PPHM tem-se como objetos de intervenção os sintomas característicos das “psicopatologias”, dos chamados “transtornos mentais e comportamentais”. As ações terapêuticas objetivam a inserção social pela via da adaptação, normatização, haja vista que o comportamento socialmente aceito deve ser restituído a qualquer custo, nem que para isso seja inescusável apelar para condutas drásticas como, por exemplo, a internação compulsória (Shimoguirí & Périco, 2014).

As abordagens do PPHM são disciplinares, e, por isso, alienantes, pois acorrentam o sujeito à posição de objeto, reduzido a um receptor de intervenções, apenas. É um assujeitamento calcado numa ideologia liberal que retira a saúde das pautas políticas, porque localiza a doença como manifestação individual e de causalidade fisiológica, não como um produto social.

Paradigma Psicossocial

O Paradigma Psicossocial é o antípoda do PPHM. No PPS não se deixa de considerar a dimensão orgânica, entretanto, considerando-se que o corpo é subjetivado, e a ênfase desloca-se para o sujeito, definido pela psicanálise como sujeito do [desejo] inconsciente, entre significantes, e concebido também na sua dimensão social, de sujeito social entre homens (Shimoguri & Périco, 2014; Costa-Rosa, 2011). Como superação da ideia da psiquê/mente reduzida aos processos neuronais, é proposta uma compreensão mais ampla do sujeito, em sua existência-sofrimento (Costa-Rosa, 2013).

Após várias décadas de práticas e estudos no campo da SMC, Costa-Rosa (2013) propôs quatro parâmetros para fundamentar o PPS, diferenciando-o do PPHM. Por meio de uma análise acurada das práticas psicossociais, ele estabeleceu as contradições essenciais nos modos de se produzir saúde calcados no PPHM e no PPS, ressaltando suas diferenças em efeitos terapêuticos e éticos. São eles: 1) Concepção do “objeto” da Atenção Psicossocial e dos “meios” teóricos e técnicos de seu manuseio; 2) Concepção da gestão dos estabelecimentos institucionais da Saúde Mental Coletiva; 3) Concepção das relações entre instituição e Território e a recíproca; 4) Concepção dos efeitos das práticas institucionais em termos terapêuticos e éticos.

As considerações que teceremos a seguir baseadas em cada um dos quatro parâmetros de Costa-Rosa (2013), pretendem avultar a discussão sobre um panorama geral da RPb como esta vem se processando. As análises se fundamentam na nossa *praxis* enquanto trabalhadores do Sistema Único de Saúde alocados em diferentes estabelecimentos institucionais da Saúde Mental, e, que, *a posteriori*, na Universidade, se inseriram na linha de pesquisa “Atenção Psicossocial e Políticas Públicas”.

1. Concepção do “objeto” da Atenção Psicossocial e dos “meios” teóricos e técnicos de seu manuseio

Os objetos de investigação/intervenção no PPHM são os sentimentos/comportamentos

avaliados pelo Discurso Médico (Clavreul, 1983) como “anormais” (não atoa serem nomeado como “transtornos”), por exemplo, o delírio, a alucinação, o consumo de drogas, etc. Sublinhamos que o critério para definir aquilo que é ou não normal é o estilo de vida do neoliberalismo com seus deveres morais. Assim, não estar inserido no mercado de trabalho ou não desejar constituir família, por exemplo, podem ser elencados como sinais de “doença mental”, portanto, objetos de intervenção (Shimogui, 2016).

A intervenção médica/terapêutica se dá pela oferta de atendimentos apoiados na hierarquia do saber-poder. O médico/terapeuta supõe saber tudo sobre a “doença mental” do sujeito, logo, ele pode lhe dizer o que precisa ser feito, qual é o caminho para a cura. Os meios de trabalho do PPHM, porque se norteiam na deontologia e visam à massificação das subjetividades, à normalização, configuram práticas sempre disciplinares, e, mesmo punitivas, dentre elas, a internação psiquiátrica, a medicalização e até mesmo a eletroconvulsoterapia (terapia de choque). Todas elas objetivam melhorar as habilidades sociais dos indivíduos por meio de intervenções baseadas na consciência e na cognição (Shimogui & Périco, 2014), e, se isso não for possível, então, retirá-lo do convívio social.

Num olhar da psicanálise, pode-se dizer que os meios de trabalho do PPHM giram em torno de uma tentativa de regulação do gozo e dos sintomas, para fazê-los o mais fálico quanto possível, instituindo formas de gozo e sintomas socialmente aceitáveis e outras inaceitáveis. Resumindo, se o sintoma corresponde ao capitalismo, como é o caso do consumismo, e se isso for útil para manter o ritmo da economia, tudo bem, ele é naturalizado; mas se acontecer num outro contexto, por exemplo, na toxicomania, é problemático, afinal, geralmente o toxicômano rompe com os deveres morais, religiosos e familiares de trabalhar, de produzir para consumir.

No PPS a Atenção é direcionada ao sujeito do inconsciente (Lacan, 1991, 1992, 1998, 1999; Fink, 1998; Quinet, 2005, 2009; Cabas, 2009; Elia, 2010), logo, a concepção de sujeito é o mesmo teorizado pela psicanálise de Freud e Lacan, que é o ser falante em relação com a

falta, falasser. Não podemos atribuir substância ao sujeito do inconsciente, por isso dizemos que ele ex-siste, existe evanescentemente, nos equívocos da linguagem. Portanto, o sujeito é *isso* que pulsa da cadeia significativa na relação com o seu desejo, advindo enquanto lapsos, chistes, sonhos e sintomas (Shimoguri, 2016).

Os sintomas são tomados como índices de uma estrutura subjetiva e não signos de uma doença. Então, não se pretende que todos os sujeitos se comportem da mesma maneira, isto é, não se espera que as formas de responder à angústia sejam iguais, pois não existe uma regra de ouro que se aplique a todos, conforme assinalou Freud (1930/1996). Logo, não se pode extinguir as produções delirantes dos sujeitos da forclusão ou pregar a abstinência para os sujeitos da toxicomania. Os meios de trabalho são pautados nos modos de produção horizontalizantes/transversalizantes, alinhados à ética do desejo (Costa-Rosa, 2013).

Para-além da medicação como resposta *a priori*, utiliza-se novos dispositivos clínicos (individuais e de grupo) como as psicoterapias e terapias ocupacionais singularizantes, oficinas de reintegração sociocultural, oficinas de reconstrução subjetiva – em casos de sujeitos da estrutura subjetiva por forclusão (Hainz & Costa-Rosa, 2009), espaços coletivos de ‘ambiência intercessora’ nos Estabelecimentos, etc (Shimoguri & Périco, 2014, p.36).

2. Modos de organização das relações intrainstitucionais e interinstitucionais

Neste parâmetro o enfoque está no modo como se estabelecem as relações nos estabelecimentos institucionais da Atenção Psicossocial. Trata-se da análise de como são os fluxos do poder decisório e de execução: se são verticalizados ou horizontalizados. Também está incluída aqui a dimensão material do estabelecimento, os modos de organização do mobiliário, do arquitetônico, etc.

O PPHM, por ser contrário aos interesses do polo subordinado, funciona num laço social de relações intersubjetivas verticalizantes com manobras de objetificação e serialização

das subjetividades. Em outras palavras, trabalha para a normalização e adaptação ao instituído social dominante, buscando manter em equilíbrio as forças de dominação-subordinação expressas no conflito de classes, e, assim, conjugar harmonicamente interesses do polo dominante e do polo subordinado, em essência, radicalmente contrários (Costa-Rosa, 2013).

Apesar das diretrizes do SUS (Brasil, 2009) e das conquistas dos movimentos sociais, principalmente o Movimento da Reforma Sanitária (CNS, 1986) e da RPb (Amarante, 1995), que legitimaram e incentivaram os mecanismos de participação popular no planejamento, gestão e controle, podemos dizer que os estabelecimentos ainda não são cogeridos. Existem pouquíssimos instrumentos de participação efetiva dos sujeitos do sofrimento, dos familiares, da comunidade e mesmo dos trabalhadores. Espaços como os Conselhos municipais existem, no entanto, existem mais como concessões táticas para resguardar a hegemonia do PPHM, isso porque veiculam uma democratização parcial da Saúde, para não dizer mentirosa (Shimoguirí, 2016), o que quer dizer que essas brechas historicamente abertas no modo hegemônico de produção de Saúde ainda são subocupadas

Com nossas experiências de trabalho, constatamos que, geralmente, as reuniões do Conselho Municipal de Saúde ocorriam em horário comercial e não são divulgadas, o que, em muito, inviabiliza a participação da população em geral e também dos trabalhadores. Apesar das eleições, os candidatos a conselheiros eram cuidadosamente selecionados, segundo os interesses da administração pública municipal (Shimoguirí, 2016).

Mesmo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são os maiores representantes da RPb, as possibilidades de protagonismo eram limitadas pela ideologia do PPHM. Por exemplo, o sujeito era supostamente o ator principal na elaboração do seu projeto terapêutico, com o direito de escolher os atendimentos dos quais participaria e de organizar sua rotina, entretanto, essa escolha estava previamente modelada, uma vez que não poderia ultrapassar aquilo que já estava oferecido em termos de oficinas e demais terapêuticas. Quase não havia brechas para o novo; predominava o instituído (Shimoguirí, 2016).

No PPHM além da estratificação das decisões na gestão, a interprofissionalidade é fragmentária, o que por si só determina a alienação do trabalhador quanto ao Modo de Produção, pois ele já não acompanha o processo produtivo na sua totalidade, em vez disso, a equipe de tecnocientistas se organiza segundo o princípio taylorista de produção, cada um com seu afazer bem (de)limitado (Costa-Rosa, 2013).

Em contrapartida, o PPS é caracterizado pela horizontalização/transversalização das relações intra e interinstitucionais, sendo a equipe um coletivo de trabalho. Por isso, cogestão e autogestão são consequências esperadas, tanto quanto um processo de produção integrado segundo o princípio cooperado. Igualmente, o trabalho em rede, em articulação com outros setores, é primordial. Na ética do PPS a participação protagonista é tão almejada quanto necessária, dado que somente com a horizontalização/transversalização das relações intersubjetivas é possível que se produza esse protagonismo.

3. Modos de relação do estabelecimento com a clientela, a população e território, e a recíproca

Este viés de análise diz respeito ao modo como a instituição se posiciona no Território, tanto no Imaginário como no Simbólico. Este parâmetro é extremamente importante na medida em que, no âmbito público, não há produção de saúde sem a intermediação das instituições, das suas organizações, dos seus estabelecimentos, equipamentos, atores institucionais, processos, produtos e efeitos (Costa-Rosa, 2013).

A maneira como os estabelecimentos institucionais desenvolvem suas ações está dialeticamente relacionada ao modo como são percebidos pelos sujeitos que a eles recorrem. Por exemplo, diversas vezes os familiares dos sujeitos em tratamento diziam não perceber nitidamente as diferenças entre o CAPS e o Ambulatório de Saúde Mental. Isso acontecia, provavelmente, porque, seguramente, não havia diferenças notáveis (Shimoguri, 2016). Isso se deve ao fato de que:

Os modos como a instituição modela sua imagem e a da sua práxis no território operam de maneira direta nas formas de percepção do sofrimento pelos indivíduos e no jeito de representarem as possibilidades de tratamento que servem de base ao enunciado dos pedidos de ajuda (Costa-Rosa, 2013, p. 87)

No CAPS infantil onde também atuamos, os agendamentos eram sempre feitos para um profissional específico (psiquiatra, psicóloga ou terapeuta ocupacional). Uma vez terminados esses atendimentos pontuais e a criança ia embora, não havia nenhuma proposta de oficina ou ambiência; se fosse um atendimento individual, a duração era de trinta minutos e se fosse grupal, quarenta e cinco minutos. Corriqueiramente, quando havia propostas de aumentar o número de atendimentos, frequência ou o tempo de permanência da criança no CAPS, os pais queixavam-se alegando que estavam ali apenas para um atendimento específico, geralmente o psiquiátrico (Shimoguirí, 2016).

Muitas famílias não aderiram aos outros atendimentos, da psicologia e da terapia ocupacional, pois para elas a prioridade era a medicação. Isso já é o suficiente para demonstrar que nem sequer a multidisciplinaridade e a desmedicalização, levantadas como bandeiras da RPb, não eram efetivadas em termos dos tratamentos. O CAPS em questão também não desenvolvia ações territoriais, nem ao menos propostas de matriciamento ou ações articuladas com outros setores, por exemplo, com a Educação e a Assistência Social (Shimoguirí, 2016).

No PPS, os estabelecimentos institucionais são pensados como lugares de interlocução, que, potencialmente, podem subverter a demanda de tratamento, se puderem historicizar o discurso daqueles que chegam querendo respostas e suprimentos, se puderem escutar nos sintomas daqueles que se queixam e demandam ajuda aquilo que está encoberto pelo Discurso Médico (Clavreul, 1983), ou seja, o inconsciente. Há também a possibilidade de, a longo prazo, subverter o imaginário social, como um efeito das ofertas transferenciais substitutivas à medicalização, à internação e demais formas de educar e governar.

Um CAPS que se previne de ser capturado pelo Discurso Médico (Clavreul, 1983) nas

suas nuances de Discurso do Mestre (Lacan, 1992) e Discurso da Universidade (Lacan, 1992), pode introduzir transformações subjetivas e sociais inovadoras, na medida em que, valendo-se do Discurso da Histórica (Lacan, 1992) e do Discurso do Analista (Lacan, 1992), há possibilidades de superar os princípios sujeito-objeto e saber-poder.

4. Modos dos efeitos produtivos típicos do estabelecimento em termos de terapêutica e de ética

Neste parâmetro são analisadas as modalidades de subjetividade da saúde produzidas. Basicamente, o PPHM, porque se ergue em práticas de disciplinarização e exclusão, tem efeitos alienantes, portanto, iatrogênicos (Costa-Rosa, 2013). As respostas do PPHM ao sofrimento psíquico fazem com que a angústia seja rechaçada num primeiro momento, entretanto, depois, ela retorna ainda pior. Deveras, a angústia é medicalizada num círculo vicioso, marcado pela cronificação da “doença mental”.

O PPS rompe definitivamente com as ações tutelares, medicalizadoras e alinantes tão caras à Psiquiatria. No PPS, preza-se a dimensão inconsciente e desejante do sujeito, bem como a produção nos horizontes do carecimento (Marx, 2004), isto é, um fazer que coincide com o processo de humanização – do homem tornar-se um ser genérico – que, por conseguinte, não se refere ao fazer na ordem das carências físicas imediatas, trabalhar para poder suprir necessidades de sobrevivência, mas se engendra na entrada na cultura. “O fazer humano na ética do carecimento/desejo, considerado como dispositivo de subjetivação, a atividade vital e não alienada em que ao fazer o homem faz a si mesmo: na medida em que se subjetiva, vai agindo e se relacionando com o mundo” (Shimoguri, 2016, p.13).

A relação do sujeito com seu sintoma e sofrimento deve ser de implicação subjetiva, de responsabilidade e transformação, que deve chegar também à implicação sociocultural, haja vista que o sujeito passa a fazer parte de um coletivo em prol da sua saúde e da saúde comunitária (Shimoguri, 2016).

No modo psicossocial é um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, passe a se reconhecer, por um lado, também como um dos agentes implicados nesse ‘sofrimento’; por outro, como um agente da possibilidade de mudanças. O sujeito não é mais apenas o que sofre, embora possa continuar, ainda, atravessado pela mesma conflitiva. Essa implicação subjetiva é uma das inversões básicas dos meios de tratamento do modo psicossocial em relação aos meios típicos do modo asilar (Costa-Rosa, 2000, p.155).

Discussão

Um ponto essencial de diferenciação entre o PPS e o PPHM está na conceituação de “cura”. No PPHM, por ter-se como ‘objeto’ definido das práticas aquilo que se inscreve na nosografia, os sintomas são apenas signos tautológicos, aquilo que representa uma coisa para alguém, conseqüentemente, adota-se uma visão maniqueísta de cura que faz com que ela seja entendida como adaptação social (Shimoguirí, 2016).

Pela superação dos princípios cartesianos “sujeito-objeto” e “doença-cura”, no PPS busca-se a superação das relações de “dominação-subordinação”, de “saber-poder”, portanto, temos abertura para a produção social de relações intersubjetivas mais solidárias, com vias à gestão compartilhada e ao protagonismo.

No PPS, a conceituação de saúde e cura é tanto ampliada quanto dialetizada. Temos a produção social de saúde como processos dinâmicos de subjetivação, portanto, o ‘objeto’ das práticas dos trabalhadores passa a ser o sujeito em sua existência-sofrimento. Nas palavras de Costa-Rosa (2013, p.79)

Nosso ‘objeto’ tem tudo a ver com a saúde como estado e modos da vida e da subjetividade, dado que visamos a dimensão psíquica e a sociocultural do homem, além da dimensão física. O estado da vida e da subjetividade pode ser bem ilustrado a partir de dois conceitos. O de cura (Sorge), como infinito projetar-se, infinito cuidar-se, do homem (Heidegger, 2006), e pelo conceito de simbólico, como infinito vir à luz de um sentido novo – os significantes mestres – em resposta às exigências da realidade e do real (Lacan, 1985, 1988,1999).

Outra superação notável do PPS em relação ao PPHM é o reconhecimento de uma

subjetividade Outra que não esteja circunscrita às subjetividades da consciência. A partir da psicanálise, entendemos que não há psicotrópico capaz de tamponar a falta-a-ser e não há fórmulas ou guias terapêuticos para eliminar o mal-estar sintomal, condição própria do sujeito barrado, efeito da castração (Lacan, 1998, 1999).

O conhecimento enciclopédico não tem serventia para fazer cessar a angústia, assim, os sujeitos do sofrimento devem ser sempre os únicos protagonistas na produção do saber (inconsciente) que lhes interessa quanto aos seus impasses, tanto no que se refere às questões singulares de estruturação psíquica de cada sujeito, como no que se refere às questões do social (Shimoguri, 2016).

O saber inconsciente só pode ser produzido no encontro com um terapeuta (termo geral para designar aquele que trabalha na Saúde Mental, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc.) que, quando paramentado pelo PPS, se sabe não-todo mestre, isto é, um terapeuta cuja aspiração não é impetrar a cura, pois sabe que é impossível desejar pelo outro (Shimoguri, 2016).

O saber de ordem inconsciente e de estatuto singular só pode ser apreendido no ato de sua produção, jamais se encontra nos livros, servindo sempre ao sujeito como via de equacionamento e resposta às conjunturas que lhe trazem sofrimentos, tanto na sua realidade psíquica quanto na sua realidade social (Costa-Rosa, 2013).

No PPS, as relações intersubjetivas são horizontalizadas, os estabelecimentos institucionais funcionam com portas abertas, são espaços de circulação; há propostas de outras formas de Atenção não delimitadas às psicoterapias da cognição e do comportamento, ou outras terapêuticas que visem à adaptação via pedagogização. Há possibilidades de interlocução e de produção de novas práticas e novas relações sociais, além de outras experiências de tratamento que não se reduzam à Atenção à doença, mas que tenham como norte a produção social da saúde com vistas à singularização (Shimoguri, 2016).

Algumas considerações

Pensar a Atenção Psicossocial para além da Reforma Psiquiátrica como esta vem sendo implantada no país nas últimas décadas, com o vislumbre de uma Estratégia construída em parceria, pelos próprios sujeitos, pela família, pela comunidade e pelos estabelecimentos institucionais parece um ideal distante, tanto que, por vezes, na dureza do cotidiano de trabalho, o Paradigma Psicossocial se mostra inatingível. Por outro lado, a psicanálise de antemão já não nos advertiu sobre os impossíveis freudianos? Impossível governar, educar e curar...

Nesta direção, transcendendo os ideais da Saúde Pública e do Preventivismo (Arouca, 2003), caracterizados pelas práticas de Atenção à doença e não à saúde, vislumbramos a Saúde Coletiva como um campo de intercessão no qual os trabalhadores devem se abster do *furor sanandis*, da caça aos sintomas, compreendendo a saúde numa construção processual e dialética.

O PPS visa às mudanças conjunturais e estruturais complexas, sendo que, para que elas ocorram, é imprescindível realizarmos uma leitura atenta das práticas psicossociais quanto aos seus efeitos produtivos em termos de subjetividade e saúde. Destarte, embora o PPHM pareça inabalável, acreditamos ser possível, mesmo que no plano da micropolítica, apostar na alternatividade, por isso o PPS desponta como uma subversão possível do PPHM acerca dos modos de se produzir saúde. Temos, no horizonte, uma constante luta na esfera política, ideológica e ética, sobretudo.

Referências

- Amarante, P. (Org.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Arouca, S. (2003). *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

O Paradigma Psicossocial: parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

- Benelli, S. J. (2014). As éticas nas práticas de atenção psicológica na assistência social. *Estudos de Psicologia*, 2(31), 269-287.
- Brasil. (2001). *Lei Federal 10.216* – Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *HumanizaSUS: Gestão participativa e cogestão*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf. Acesso em 20 de janeiro de 2019.
- Cabas, A. G. (2009). *O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Cayres, A. Z. F., Ribeiro, M. C., Elias, R., & Coutinho, R.A. (Orgs). (2015). *Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: Censo Psicossocial 2014*. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do Discurso Médico*. São Paulo: Brasiliense.
- CNS. (1986). *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília.
- Costa, M. F. (2016). *A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento: da privatização da Saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil.
- Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In Amarante, P. (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a*

uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP.

Elia, L. (2010). *O conceito de sujeito* (3a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Fink, B. (1998). *O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Zahar.

Freud, S. (1996). Psicologia das massas e análise do eu e outros textos. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 15). Rio de Janeiro: Imago.

Galiego, A. H. B. (2013). *O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil.

Lacan, J. (1991). *O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1998). *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan, J. (1999). *O Seminário, Livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

Mexko, S. (2017). *Psicologia e assistência social: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil.

Pereira, E. C. (2011) *Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil.

Périco, W. (2014). *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: A clínica do sujeito na Saúde Coletiva* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil.

- Périco, W. (2016). *O Dispositivo Analítico Ampliado ao campo da Saúde Mental Coletiva: a clínica da recepção, o grupo psicoterapêutico e os seus fins.* (Projeto de Pesquisa – Doutorado em Psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Mimeografado.
- Quinet, A. (2005). *As 4+1 condições da análise* (10 ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Quinet, A. (2009). *A estranheza da psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas.* Rio de Janeiro: Zahar.
- Shimoguri, A.F.D.T (2016). *Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico para a Terapia Ocupacional: uma clínica do desejo e do carência na Saúde Coletiva* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Assis, SP, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/134320>.
- Shimoguri, A.F.D.T (2016). *A produção social da saúde além do terapêutico: a demanda integral territorializada, a Psicanálise de Freud e Lacan e a Terapia Ocupacional Psicossocial.* (Projeto de Pesquisa – Doutorado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista, UNESP, Assis, SP, Brasil. Mimeografado.
- Shimoguri, A. F. D. T., & Costa-Rosa, A. (2017). A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção. *Psicologia USP*, 28(3), 389-395. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-65642017000300389&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- Shimoguri, A. F. D. T., & Périco, W. (2014). O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. *Revista de Psicologia da UNESP*, 13(1), 33-51. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442014000100004&lng=pt&tlng=pt
- Souza, W. A. (2015). *A Assistência Social e o trabalho com as pessoas em situação de rua no CREAS: Um campo de intercessão* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual

Paulista, Assis, São Paulo, Brasil.

Recebido em: 13/09/2019

Aprovado em: 15/11/2019