

**FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**CHRISTIANNE MARIE NAHUZ DE MIRANDA
ESTER BIANCA MORENO ARAUJO
FRANCILENE CONCEIÇÃO MOTA DOS SANTOS
LANA CHRISTINA BARBOSA CHAVES**

**A INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA SAÚDE MENTAL: uma abordagem desde a
Reforma Psiquiátrica Brasileira**

SÃO LUÍS – MA

2015

**CHRISTIANNE MARIE NAHUZ DE MIRANDA
ESTER BIANCA MORENO ARAUJO
FRANCILENE CONCEIÇÃO MOTA DOS SANTOS
LANA CHRISTINA BARBOSA CHAVES**

**A INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA SAÚDE MENTAL: uma abordagem desde a
Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof^a. Msc. Janete Valois Ferreira Serra.

SÃO LUÍS – MA

2015

**CHRISTIANNE MARIE NAHUZ DE MIRANDA
ESTER BIANCA MORENO ARAUJO
FRANCILENE CONCEIÇÃO MOTA DOS SANTOS
LANA CHRISTINA BARBOSA CHAVES**

A INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA SAÚDE MENTAL: uma abordagem desde a
Reforma Psiquiátrica Brasileira

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em: / /

Profa. Janete Valois Ferreira Serra (Orientadora)

Mestre em Psicologia Social

Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo - USP

SÃO LUÍS – MA

2015

À Deus que sempre nos iluminou nos dando força e credibilidade para chegarmos até aqui.

AGRADECIMENTO

Aos nossos pais, que sempre acreditaram no meu potencial para o desenvolvimento de pós-graduação.

Aos nossos filhos que são a razão do meu viver.

À Coordenadora do Curso de Pós-graduação, Janete Valois, pelo trabalho realizado para o crescimento e legitimação do nosso curso.

Ao Corpo Freudiano, Francisco Frazão, pelos esclarecimentos e incentivo no estudo da psicanálise.

A todos os nossos colegas de sala com os quais compartilhamos experiências e questionamentos que enriqueceram a nossa formação profissional.

Privamo-nos para mantermos a nossa integridade, poupamos a nossa saúde, a nossa capacidade de gozar a vida, as nossas emoções, guardamo-nos para alguma coisa sem sequer sabermos o que essa coisa é. E este hábito de reprimirmos constantemente as nossas pulsões naturais é que faz de nós seres tão refinados. Porque a vergonha e os transtornos das dores de cabeça fazem nascer um desprazer mais importante que o prazer.

Simund Freud

RESUMO

O presente trabalho trata da discussão acerca do papel da Psicanálise nas novas instituições de saúde mental, tal como o CAPS. Esta discussão ressalta as contribuições geradas com a Reforma Psiquiátrica e o enriquecimento do campo da saúde mental com a presença da Psicanálise lacaniana, com seu suporte teórico e sua visão particular da loucura. A Psicanálise busca dar uma outra resposta ao tratamento oferecido às psicoses nas antigas instituições psiquiátricas. Para isto, oferece particularidade e singularidade em seu tratamento, respeito e dignidade para aquele que sofre, possibilitando que ele seja responsável por sua condição de sujeito detentor de direitos e deveres. O presente estudo foi elaborado a partir de questões que surgiram da experiência de trabalho em um Centro de Atenção Integral à Saúde Mental da rede pública. São analisadas as particularidades técnicas do trabalho clínico neste ambulatório. Questiona-se sobre a possibilidade da psicanálise inserir-se em um meio tão distinto daquele em que tradicionalmente atua. O estudo conclui que a inserção psicanalítica neste meio parece ser uma via possível e mesmo necessária, mas que para isso é preciso interesse tanto por parte das políticas públicas de saúde, como dos psicanalistas, que precisam vencer suas próprias resistências.

Palavras-chave: Saúde Mental, Saúde Pública, Psicanálise, Serviços substitutivos de atenção à saúde mental.

ABSTRAT

This work deals with the discussion about the role of psychoanalysis in the new mental health institutions, such as CAPS. This discussion highlights the contributions generated from the Psychiatric Reform and the enrichment of the mental health field with the presence of Lacanian psychoanalysis, with its theoretical support and their particular vision of madness. Psychoanalysis seeks to give another response to treatment offered to psychosis in the old psychiatric institutions. For this, offers particularity and uniqueness in their treatment, respect and dignity to those who suffer, allowing it to be responsible for his subjectivity holder of rights and duties. This study was drawn from issues arising from the work experience in a Comprehensive Care Center for Mental Health public. The technical features of clinical work in this clinic are analyzed. Wonders about the possibility of psychoanalysis be inserted in an environment so different from that to which traditionally operates. The study concludes that psychoanalytic insert this medium seems to be possible and even necessary means, but that this requires interest from both the public health policies, as psychoanalysts, who must overcome their own resistance.

Keywords: Mental Health, Public Health, Psychoanalysis, substitute services of mental health.

SUMARIO

1- INTRODUÇÃO	10
1. REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 INTERLOCUSSÕES ENTRE PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL	11
2.1.1 O processo de construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	11
2.1.2 A Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS.....	14
2.1.3 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: encontros e desencontros.....	17
2.1.4 A construção da Rede de Atenção à Saúde Mental	18
2.2 POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA SAÚDE MENTAL	28
2.2.1 A aposta ética feita pelo analista.....	28
2.2.2 O trabalho analítico nas equipes interdisciplinares.....	31
2.2.3 A transmissão da Psicanálise nas equipes interdisciplinares.....	31
2.2.4 Problematização acerca do sofrimento psíquico grave.....	34
2.2.5 Aproximações acerca do sofrimento psíquico grave e a psicanálise no contexto de Saúde Mental.....	37
2.2.6 Questões sobre a psicanálise no CAPS.....	44
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51

1. INTRODUÇÃO

A Saúde Mental compreende um vasto campo de saberes que se entrecruzam de modo complexo e intersetorial. No presente trabalho a Saúde mental é abordada pelo referencial do movimento da Reforma Psiquiátrica, que questionou o tratamento oferecido à chamada “doença mental” e buscou oferecer novas respostas sociais à loucura, com o intuito de evitar a segregação e cronificação decorrentes da hospitalização.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é marcado mais intensamente pela dimensão política, em especial no que se refere às denúncias do caráter excludente do modelo asilar. A partir dos pressupostos éticos e do referencial da reforma psiquiátrica pode-se caminhar no sentido de pensar em abordagens e intervenções terapêuticas cada vez mais adequadas a este contexto específico.

O presente trabalho tem como objetivo estudar como se dá a inserção da psicanálise, em seus aspectos teóricos e clínicos, no campo da saúde mental, sendo contextualizada no paradigma da reforma psiquiátrica.

O estudo foi desenvolvido a partir da revisão bibliográfica de publicações de autores contemporâneos que se dedicam ao estudo da interface entre psicanálise e saúde mental.

Inicialmente busca-se tecer interlocuções entre psicanálise e saúde mental através do retorno ao contexto histórico da reforma psiquiátrica. Em seguida, as possibilidades de inserção da psicanálise na saúde mental. Inicialmente a discussão é iniciada na aposta ética do analista. Depois se desenvolve o conceito da prática psicanalítica em propostas com equipes multidisciplinares. Por fim foram levantadas considerações acerca da postura psicanalítica nos serviços públicos de saúde mental.

A psicanálise e saúde mental são termos distintos que não devem ser confundidos, interfaces possíveis devem ser discutidas. Ainda que não se tratando de uma interseção propriamente dita, existe, como afirma Guerra e Souza (2006) em relação ao mesmo tempo íntimo e distante entre os termos, na qual conceitos fundamentais da psicanálise podem ser utilizados, quando úteis, com operadores na prática das instituições de saúde mental.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 INTERLOCUSSÕES ENTRE PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL

2.1.1 O processo de construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Embora contemporâneo à Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação do modelo manicomial, no auge da democratização, demarcada por denúncias de violência e maus-tratos impetrados aos doentes mentais de longa permanência em hospitais públicos feitas, principalmente, pelos trabalhadores de saúde mental. A partir de então, inicia-se o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, protagonizado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, dentre os seus princípios, questionava a lógica cartesiana da ciência médica, "o papel normatizador das instituições e a busca de uma transformação do ato em saúde" (AMARANTE, 1995, p.102).

Segundo o autor supracitado, a atual concepção de Reforma Psiquiátrica vem configurar um processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas, e uma emergente produção teórica, na qual novas questões surgem no cenário do campo da saúde mental (AMARANTE, 2008, p.14).

Nessa perspectiva, o processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo. São protagonistas desse processo os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde e, principalmente, os usuários e os familiares dos usuários dos CAPS's e de outros serviços substitutivos. Trata-se de um protagonismo insubstituível (BRASIL, 2005). Argumenta-se ainda que a Reforma Psiquiátrica é um processo contra hegemônico, ou seja um processo que caminha no sentido oposto ao da dominação da experiência subjetiva pelos aparelhos de poder, sejam eles jurídicos, políticos, sociais ou científicos (AMARANTE, 2008b, p.75). Tendo inicialmente se concentrado em questões mais restritas ao âmbito técnico-assistencial, o MTSM caminha em direção à sua consolidação como um movimento social, com a incorporação de outros atores sociais (usuários, familiares,

conselhos de saúde, sociedade civil organizada) ao movimento, a fim de ampliar o debate, marcando uma mudança epistemológica e estratégica do movimento.

Isso se deu a partir da realização do II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru/SP, em 1987. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, quando o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) passa a denominar-se “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”, sendo então lançado o slogan: “por uma sociedade sem manicômios”. Nesse período, surge no Brasil, na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Em 1989, inicia-se um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta (local de maus-tratos e de mortes de pacientes).

Essa intervenção, com repercussão nacional, demonstrou a forma equivocada de tratamento, mas também a possibilidade de construir uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Ainda nesse ano, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005).

É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, sendo que, em dezembro de 1991 e janeiro de 1992, foram publicadas as primeiras portarias do Ministério da Saúde no sentido de viabilizar, financeiramente, a mudança do modelo assistencial, além de regulamentar o funcionamento dos serviços de saúde mental (ALVES; GULJOR, 2005). O Estado do Rio Grande do Sul foi um dos pioneiros na aprovação da lei que regulamentou a Reforma Psiquiátrica (Lei n.º 9716/92) e serviu de inspiração para a legislação federal que foi aprovada mais tarde. Durante a década de 80, a criação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, instância do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, representou um importante articulador e mobilizador das forças sociais, na luta pelos direitos e atenção qualificada aos portadores de sofrimento psíquico.

Esse momento também marcou a entrada de lideranças do MTSM nas secretarias estaduais de saúde, permitindo processos de intervenção nos hospitais psiquiátricos do país, assim como a expansão gradativa da rede ambulatorial em saúde e saúde mental, de equipes multiprofissionais e a humanização dos processos de reinserção social dentro de algumas instituições estatais.

A partir desse legado, o processo da Reforma Psiquiátrica potencializou-se com a realização de sucessivas Conferências de Saúde Mental, no sentido de construir um outro modo de pensar sobre a pessoa com transtornos psíquicos, não apenas identificando seu diagnóstico, mas ressaltando sua existência e seu sofrimento. Assim, se contextualiza o processo de saúde e doença psíquica, vinculando o conceito de saúde ao exercício da cidadania. Essa percepção diferenciada promoveu o debate social, muito enfatizado nos meios jurídicos, legislativos e nas questões relacionadas ao modelo assistencial da época.

A aprovação, em abril de 2001, da Lei nº. 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da Lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (MELLO, 2007, p. 42).

Na sequência, a publicação da Portaria nº. 336/02 e da Portaria nº. 189/02, que atualizaram a Portaria nº. 224/92, incorporaram os avanços que conduziram uma nova proposta de assistência em saúde mental. Nesse âmbito, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS assume especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental do país, configurando-se como dispositivo estratégico na remodelização hospitalar. Os CAPSs se propõem lidar com os transtornos psíquicos de maneira diferenciada da tradicional abordagem, requerendo a construção de novos conceitos para uma adequada aproximação e análise desses novos serviços, promovendo a produção de novas práticas sociais.

Os Centros de Atenção Psicossocial e os demais serviços de saúde mental necessitam estar articulados com a rede de saúde, assumindo nela um papel estratégico, como também estarem inseridos em outras redes sociais, a fim de poderem cumprir sua atuação primordial na inclusão das pessoas com transtorno psíquico. Integrar-se ao cotidiano do usuário e conhecer sua realidade vem potencializar os cuidados em saúde mental e a reabilitação psicossocial.

O território do indivíduo constitui-se, fundamentalmente, por seus interesses, conflitos, família, amigos, vizinhos, instituições e cenários. Entre eles, igrejas, escolas, trabalho, unidades de saúde. A partir desta noção de território, enfatizando a rede de atenção em saúde, percebe-se a necessidade de organizar uma rede na

comunidade, com enfoque nas pessoas com transtornos psíquicos e nas suas famílias, amigos e demais interessados, promovendo às equipes de atenção básica em saúde, entre elas as Unidades Básicas e do Programa de Saúde da Família, subsídios necessários nos esforços de cuidado e de reabilitação psicossocial. O eixo norteador desse processo consiste na amplitude das importantes relações que compõem essa rede, composta por pessoas, sua existência, sofrimentos e a maneira como interagem nesse cenário.

Como nos afirma Merhy (2002^a), é partir para novos mapas, para novos sentidos territoriais. Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica se constitui em um processo social complexo, compreendendo-se “complexo” não como uma redução à complicação, mas como uma “relação entre as partes e o todo” em que “o todo que está igualmente na parte [...]”, ou seja, onde “cada ponto contém a totalidade” (MORIN, 2004, p.14). Do ponto de vista da gestão pública, há necessidade de implementar uma nova lógica de atenção à saúde mental. Isso representa um desafio que não tem como alvo único as novas estratégias administrativas para organização e viabilização do sistema, mas exige mudanças fundamentadas na problematização das práticas, da maneira como cada qual se insere, se relaciona e interage com o mundo.

2.1.2 A Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS

Alguns aspectos do SUS são fundamentais para o entendimento da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira, para os serviços substitutivos à internação psiquiátrica, bem como para a sua gestão. Com a Constituição de 1988, a Saúde passa a ser um “direito de todos e dever de estado”. No caminho das mudanças assinaladas pela Reforma Sanitária, o SUS é criado a partir da aprovação da Lei Orgânica (Leis 8080/90 e 8142/90) e sua operacionalização é definida pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) que regulam o processo de descentralização das ações e serviços em saúde. Nessa perspectiva, o SUS define que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

descentralização, como direção única em cada esfera do governos, atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais; participação da comunidade [...] descentralização refere-se à complexificação e à municipalização dos serviços, bem como do repasse de verbas; a integralidade refere-se à priorização das ações preventivas sem prejuízos dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade refere-se ao controle dos serviços e dos recursos da saúde por parte dos servidores técnicos e dos usuários por meio representativo em Fóruns e convenções municipais, regionais e nacionais (RIBEIRO, 2002, p.54).

Assim, além desses aspectos ligados à gestão, a questão da complexificação dos serviços também torna-se um desafio para as propostas da Reforma Psiquiátrica, na medida em que essa concepção prevê que haja atendimento em saúde desde o posto da unidade básica (procedimento menos sofisticado, por dispensar menos recursos e atendimento menos especializado) até os grandes hospitais (responsáveis por procedimentos mais “complexos”, que utilizam mais materiais e recursos, além de requererem um atendimento mais especializado).

Esta noção de complexificação pressupõe uma hierarquia determinada pelo tipo de serviço do SUS, na contramão da Reforma Psiquiátrica. A hierarquização amarrou a proposta de Reforma Psiquiátrica aos moldes burocráticos e, com isso, forçou os novos serviços a se incorporarem na rede de saúde, caracterizando-os como primários, secundários ou terciários, o que faz classificar “crises e tipos de crises”. Dessa maneira, a hierarquização para a saúde mental é uma dificultadora para o acesso do usuário e deixa a desejar quanto à eficácia dos resultados (CAMPOS, 2000). Nessa perspectiva, fazem-se urgentes novas formas de pensar a gestão e o trabalho em Saúde Mental, visando desconstruir o modelo médico-psiquiátrico clássico, que estabelece hierarquias, que coloca o hospital como centro das ações de saúde, estas, por sua vez, definindo lugares e modos de fazer saúde mental que sustentam o processo de exclusão social historicamente construído.

Segundo Lancetti (2006), no caso da saúde mental, a complexidade é invertida, no nível terciário, o da atenção hospitalar, onde as respostas são padronizadas, massificadas, elementares, centradas nas medicações sedativas, contenções ao leito, isolamento, entre outras. No nível primário, da rede básica, é que as ações devem ser mais complexas, pois implicam em lidar com a família, com

as pessoas em crise, com a vizinhança, enfim, com os atores sociais no território em que vivem.

Nesse sentido, compartilho da ideia de que “o processo de desinstitucionalização torna-se a reconstrução da complexidade do objeto, cuja ênfase não é mais colocada na cura (a vida produtiva), mas na produção de vida” (KANTORSKI, 1992, p.35). Por isso, quando o conceito de saúde é compreendido no seu sentido mais amplo, desfazemos a conceituação com base na dualidade entre o normal e o patológico, na qual ser diferente estaria errado, demonstrando uma aproximação maior com a moral do que com a saúde (SILVA et al., 2004).

A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade, e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana (AMARANTE, 2007, p.67).

Esta maneira de olhar o ser humano em sofrimento psíquico mostra como precisam ser trabalhados os elementos que conferem à “integralidade do atendimento de saúde” (Diretriz Constitucional, 1988) uma forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde, e que são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde.

Então, para superar essas práticas, alguns estudiosos mencionam que é importante trazer para o cenário da saúde o acolhimento, o vínculo, a responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde sob seu cuidado, o desenvolvimento da autonomia dos usuários e a resolutividade da atenção (MERHY e ONOCKO, 1997).

As várias experiências de saúde mental, na organização de serviços consoante os princípios da Reforma Psiquiátrica, caracterizam-se pela necessidade de inovar, construir novas práticas que possibilitem a transformação de toda uma cultura em torno da loucura. Pois, conforme Morin (2004), o ser humano é, ao mesmo, tempo biológico e cultural, e constituído de antagonismos de sábio e louco, trabalhador e lúdico, econômico e consumista; ele até mesmo participa de danças, magias e compartilha dos conhecimentos comprovados, mas também de ilusões.

Ao observar esse contexto, concordo com a noção de que “precisamos repensar a insuficiência de uma assistência fragmentada que persiste em não ver o ser humano na sua integralidade da condição humana, seja na saúde ou na doença” (TERRA et al, 2006).

2.1.3 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: encontros e desencontros

As linhas retas se assemelham, mas as dobras variam e cada dobra vai diferindo (DELEUZE, 2008, p.194).

Nascidas de um momento político comum e, por se caracterizarem como “movimento”, a Reforma Sanitária e a Psiquiátrica, na sua trajetória histórica de construção, ora se aproximam e ora se afastam. Ambas são mobilizadas a partir dos trabalhadores inseridos na rede pública de atenção à saúde. Tanto a Reforma Sanitária quanto a Reforma Psiquiátrica buscavam a produção de uma mudança cultural na sociedade brasileira, tendo a “saúde” como foco do processo de transformação.

De acordo com Amarante (2005), assim como os trabalhadores de saúde mental, como forma de garantir algumas transformações “por dentro” do aparelho institucional, se inseriram na tecnocracia do Estado, parte dos atores da Reforma Sanitária utilizou a mesma tática. Como resultado desse afastamento, o autor supracitado chama a atenção para que a Reforma Sanitária vai se tornando um conjunto de medidas predominantemente administrativas das instituições assistenciais do setor saúde, sem o questionamento do modelo de análise e terapêutica ou das consequências derivadas da natureza desse mesmo modelo (AMARANTE, 2008a, p.22).

É interessante observar que, enquanto o movimento pela Reforma Sanitária propunha uma reformulação radical da assistência, com a criação de um Sistema Único de Saúde, descentralizado, hierarquizado e regionalizado, com a inovação fundamental que foi a garantia da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, poderíamos dizer que a Reforma Psiquiátrica avançou ainda mais.

Tal afirmação sustenta-se no pressuposto de que, se comparado com o movimento pela Reforma Sanitária, o movimento no campo psiquiátrico parece poder ir bem mais longe, no sentido das transformações mais propriamente qualitativas no âmbito do modelo de saúde que se implementa (AMARANTE, 2008a, p.21).

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica é compreendida como um conjunto de transformações de práticas, de saberes, de valores culturais e sociais. É a

construção de um novo lugar socio-político-conceitual-cultural para a loucura, de novas formas de lidar com a diferença, constituindo-se como um diagrama de forças em constante embate, em rearranjos provisórios, que tem como núcleo problemático a questão da alteridade, da diferença e da liberdade. Nesse sentido, ela é, de acordo com Fonseca (2007), “um analisador de uma crise maior, a crise que perpassa as próprias bases do humanismo moderno e nos impulsiona a realizar uma dessubstancialização daquilo que temos praticado e daquilo que nos tornamos” (p.40).

Assim, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, porém ele é marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

2.1.4 A construção da Rede de Atenção à Saúde Mental

A Política de Saúde Mental do SUS segue as determinações da Lei n.º 10.216/2001 e é referendada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro de 2001) e pelas Conferências Nacionais de Saúde. Ela tem, como diretriz principal, assegurar o acesso ao cuidado com qualidade, através da mudança do modelo de atenção (do hospitalocêntrico para o comunitário ou territorial).

Para Merhy (2002a), as modelagens tecnoasistenciais dizem respeito a certas formas de organizar os serviços, às configurações de conhecimentos e saberes que buscam vigência para ordenar o cuidado e a gestão, e aos jogos de poder dos diferentes atores. Essa definição destaca, para o plano de análise, as relações que se estabelecem entre os atores e a organização do trabalho na área, inclusive em relação à combinação das tecnologias utilizadas para o cuidado e para a gestão.

Compartilho a idéia de que a saúde mental é um dos poucos campos de conhecimento e atuação na saúde tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes (AMARANTE, 2007, p.15).

Diante disso, verifica-se a possibilidade de maior acompanhamento do paciente in loco, isto é, no seu território, no ambiente em que convive com seus familiares, em que mantém vínculos amigáveis, no seu local de pertencimento.

Porém com o cuidado de não excluí-lo da circulação pela cidade, movimento importante na retomada de sua singularidade.

Nesse contexto, as unidades básicas de saúde tornaram-se um instrumento valioso para o atendimento às demandas em saúde mental, devido, entre outros fatores, a estarem próximas da comunidade, ou seja, à vinculação ao território, categoria fundamental para o processo de ampliação do cuidado do sujeito em sofrimento psíquico ou mental. Isto porque permite a utilização dos dispositivos coletivos, presentes na comunidade, como potencializadores da produção de saúde, uma vez que se aliam aos preceitos da Reforma Psiquiátrica de inserção desses sujeitos no convívio social.

Na clínica de situações do dia a dia das equipes de saúde da família, permeada por pacientes com hipertensão, diabetes, obesidade, processo gestacional e outras situações, considerando-se o conceito ampliado de saúde, a saúde mental permeia todas as expressões do ser humano e pode ser auxílio valioso.

Isto é possível observar quando existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, na medida em que o sujeito em sofrimento possui necessidades que atravessam diversos campos. Diante disso, concordo com Alves e Guljor (2001, p.227), quando apontam que “o olhar é deslocado da doença para o conjunto de fatores que envolvem seu andar na vida”.

Por isso, pode-se dizer que toda doença possui um componente de sofrimento, porque todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (BRASIL, 2003, p.3).

Cotidianamente, usuários portadores de sofrimento psíquico são identificados pelas Equipes de Saúde da Família. São casos que exigem intervenção imediata, pois podem evitar a utilização de recursos assistenciais mais complexos desnecessariamente.

A continuidade do cuidado depende da articulação entre atenção básica e saúde mental, contribuindo para a melhoria da assistência prestada e ampliação do acesso da população aos serviços.

Nessa concepção de cuidado, faz-se necessário planejar fluxos com ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar para uma rede cuidadora (sistema de referência e contra transferência, como um tramado de cuidado, e não com centralização numa hierarquia vertical e

burocrática do uso dos recursos assistenciais), permitindo a inclusão do usuário; e que este tenha conhecimento da estrutura do serviço e da rede assistencial, visando ser uma pessoa conhecedora, participante e influente dessa rede (CECCIM, 2005).

Logo, as Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial precisam organizar-se em “rede”, ou seja, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos (AMARANTE, 2007, p. 86).

Para tanto, faz-se necessário investir no desenvolvimento de habilidades para o trabalho em rede, e expandi-lo na organização da atenção focada na estrutura da rede básica e dos processos de hierarquização por encaminhamentos e devolução à porta de entrada. Essas mudanças só acontecerão com a participação dos operadores do SUS, seus trabalhadores.

No campo da saúde coletiva e, em especial, na produção do cuidado em saúde mental, estão sempre imbricados a coprodução de si, do outro e da política das coisas que fazemos e para quem fazemos. A linha de cuidado pode ser tomada como fio da integralidade que trama a regionalização e hierarquização, em reconhecimento do poder local e segundo o elevado acolhimento dos usuários. Dessa maneira, a Rede de Atenção Básica é vista como um lugar estratégico e complexo de atribuições, tanto mais resolutiva, para conjuntos cada vez maiores de problemas de saúde, conforme se der a distribuição das ações e serviços para alcançar a integralidade, sem prejuízo da qualidade da atenção (CECCIM e FERLA, 2006).

Para Silva (2005, p.6), pensar a interface da saúde mental e da atenção básica significa levar em conta a intersubjetividade entre os profissionais da equipe, a intersubjetividade entre profissional e usuários, e, ainda, a intersubjetividade do próprio usuário, como sujeito da experiência vivida.

Diante disso, há necessidade de se pensar outros modos de agir em saúde, no âmbito dos processos que conjugam o trabalho em uma perspectiva micropolítica do cuidar, em saúde (MERHY e ONOCKO, 1997). Pois, considerando o legado do SUS, não pode ser de outra forma, que não com a participação dos atores desse processo, ou seja, gestores, trabalhadores de saúde, formadores e usuários.

2.1.5 Aproximação entre Psicanálise e Saúde Mental

Há alguns anos a interlocução entre a psicanálise e o campo da saúde mental vem se tornando cada vez mais efetiva, o que não quer dizer que os pontos de tensão entre os dois campos tenham sido eliminados ou camuflados. Tal aproximação tem sua origem na inserção de psicanalistas nos serviços de saúde mental, em CAPS, CAP'si, hospitais dia, hospitais gerais e ambulatórios. Contudo, o trabalho dos analistas não se restringe somente às instituições de tratamento do sofrimento psíquico, estende-se também às instituições tanto de formação dos profissionais que trabalharão no campo da saúde mental, quanto a outras instituições como escolas e presídios. Cabe, então, aos analistas a reflexão de sua prática nas referidas instituições, expondo o que a psicanálise pode acrescentar no cotidiano desses serviços. Isso requer um cuidado maior da parte dos psicanalistas, pois o seu trabalho nas instituições tem de prezar pelos princípios da psicanálise, como também pela sua ética, dado que estes locais guardam peculiaridades que os distinguem do consultório privado.

A criação de espaços onde a prática institucional possa ser pensada e posta em questão, é de fundamental importância para o avanço do debate entre psicanálise e saúde mental.

Assim sendo, sua relevância não se limita à comunidade psicanalítica, ela se estende a todos aqueles se interessam pela instauração de novos serviços no campo da saúde mental.

A razão de considerar a aproximação da psicanálise em relação ao campo da saúde mental, uma aposta. Uma aposta pelo motivo de fazer dessa relação algo que contenha a dimensão desejante trazida pela psicanálise. De fato, podemos supor que é uma aposta, pois não é nenhuma novidade a antipatia sustentada por alguns setores da saúde mental, principalmente aqueles inspirados em Basaglia, contra a psicanálise, que a consideravam mais um instrumento a favor do poder psiquiátrico.

O que pode ajudar no entendimento sobre qual a função do psicanalista na instituição, antes de mais nada, é situar o leitor quanto à formação do analista que está pautada no tripé análise pessoal, supervisão e estudo da teoria psicanalítica, enfatizando que o mais fundamental é análise pessoal de cada psicanalista. Porém,

dizer-se psicanalista numa instituição requer ponderação, porque não é o reconhecimento que garante a posição de analista, é justamente o oposto, é conseguir sustentar um lugar de não-saber para poder fazer operar o saber não sabido dos sujeitos presentes nas instituições. Para ocupar este lugar na instituição, o primeiro trabalho a fazer não é montar logo um serviço de psicanálise, antes o funcionamento institucional tem de ser entendido no intuito de verificar a melhor forma de introduzir a psicanálise na sua rotina.

Entender o modo de operar dos serviços é o instrumento para discernir quais os discursos que preponderam em seus funcionamentos, encontramos em vários capítulos do livro, menções à teoria dos quatro discursos elaborada por Lacan, pois a citada teoria é uma das principais ferramentas para se trabalhar numa instituição. O discurso é o que faz laço social, essa é a definição dada por Lacan de discurso, daí sua aplicabilidade ao universo institucional, dado que a instituição para se efetivar enquanto tal, tem de fazer laços sociais. Para Lacan, os discursos por estarem submetidos à linguagem, obedecem a uma estrutura que os delimita em quatro: O Discurso do Mestre, da Histórica, da Universidade e do Analista. Pode-se observar em alguns textos, como o de Doris Rinaldi (p. 141), que na grande maioria das instituições o discurso regente do funcionamento institucional, é o discurso do mestre, mantendo um posição de saber absoluto e escamoteado sua falta de saber. Mas a constatação do domínio do discurso do mestre, não quer dizer que este discurso é o único. Há outros discursos circulando nas instituições, há o discurso universitário que fornece respaldo “científico” a determinadas práticas, há o discurso da histórica que reivindica algo, porém nem sempre é escutado.

Por que não dizer que o discurso do analista não domina numa instituição? E por que apostar na sua introdução na rotina institucional? Respondendo à primeira questão, porque a psicanálise na grande maioria dos casos não faz parte dos planos de uma instituição, houve também resistências tanto da parte dos serviços quanto da parte dos psicanalistas em levar adiante a psicanálise nas instituições. Quanto à segunda indagação, podemos dizer que como a psicanálise é um laço social, como demonstra Fernanda Costa-Moura em seu capítulo (p. 149), a psicanálise tem meios de se fazer presente numa instituição e o psicanalista pode fazer valer a principal função de seu discurso, a saber, introduzir o sujeito no cotidiano da instituição, da mesma forma que torna possível a circulação dos outros discursos.

Sustentar a psicanálise no campo da saúde mental não se restringe ao fato de pôr seu discurso em ação num dado serviço, requer atenção para que não haja depreciação de seus preceitos, o que implica na afirmação da psicanálise como uma prática singular, que não se confunde com outros tipos de tratamento. Temos, com isso, uma contribuição preciosa fornecida pela primeira parte do livro que se dedica em nos mostrar as diferenças entre psicanálise e psicoterapia. É óbvio que não se pode estabelecer a diferença entre os dois campos, contudo há diferenças e elas precisam ser expostas.

O capítulo de Marie-Jean Sauret (p. 19) nos apresenta o surgimento da psicoterapia, tendo como seu principal ponto de apoio as ontologias que sempre tentaram explicar as questões que os homens se defrontaram. Assim é possível apreender que a psicoterapia tem em sua origem a proposta de confortar os homens de sua angústia. Se antes a psicoterapia possuía um viés religioso ou filosófico, com a consolidação da medicina, a psicoterapia passa a ser parte do saber médico, já que a ciência decretou a inutilidade das ontologias frente a essas questões. Há também o acontecimento da neurose que decorre justamente da mencionada falência ontológica, pois agora a ciência demonstra que não há um Deus para fornecer as respostas ou a promessa de redenção em outra vida. Qual é a solução para o sujeito? É sua fantasia, elegendo um pai provedor.

De acordo com Sauret (p.38) não se limita em somente falar do aparecimento da psicoterapias, o autor também indaga como as psicoterapias se estabelecem no mundo contemporâneo e sua associação com a hegemonia capitalista, o que nos levar a constatar que os modos de psicoterapias utilizadas em muitos serviços de saúde mental se ordenam no campo do bem-estar, com a promessa de apaziguar o mal-estar inerente ao sujeito através da eliminação do sintoma. Eis uma das diferenças que podemos situar com a leitura do livro, a psicanálise não visa eliminar o sintoma do sujeito, pois é a partir do sintoma que cada sujeito tem a possibilidade de atribuir um sentido a sua vida. A psicanálise não promete dissipar o mal-estar, não promete nenhum bem e sim um meio diferenciado de posicionamento do sujeito frente ao mal-estar.

No escrito de Luciano Elia e de Marco Antonio Coutinho Jorge, temos como trilhar outras diferenças entre psicanálise e psicoterapia. Elia (p. 48) ressalta o trabalho e a elaboração que se faz em psicanálise com a repetição, lembrando que

repetir não é simplesmente recordar algo, ao repetir o sujeito está pondo em ato, na análise, um fragmento de sua vida, um fragmento real. Ao se abordar a repetição na análise, não cabe ao analista eliminá-la, mas também não se recomenda sua perpetuação, o analista tem de limitá-la para fazer o trabalho analítico se efetivar. Para Elia (p. 53), há também outra diferença, a dimensão da cura, pois não há na análise o objetivo exclusivo de curar o sujeito de seu sintoma. Certamente há efeitos terapêuticos que independem dos ideais do analista, mas sua obtenção se dá em razão de que falar faz bem. O trabalho da psicanálise se dirige ao gozo, ao mais além do princípio de prazer, a economia do gozo sendo redistribuída, pode levar o sujeito a um melhor estar.

Jorge (p. 127) examina a seguinte frase de Lacan: “a psicoterapia conduz ao pior”. A frase foi proferida em uma entrevista concedida a Jacques-Alain Miller na década de 1970, transmitida pela Tv estatal francesa e foi transformada em livro alguns anos depois. Acompanhando o texto de Jorge, podemos ver um trilhamento de como a psicanálise se distingue de diversos modos de psicoterapias. Uma delas se faz pela posição de detentor de saber ocupada pelo psicoterapeuta, saber capaz de solucionar o mal-estar do sujeito, enquanto o psicanalista opera através do sujeito suposto saber, apostando que o próprio sujeito detém o saber sobre suas questões. Outro ponto importante do referido capítulo recai sobre a má utilização de conceitos psicanalíticos pelas chamadas psicoterapias de base analítica, onde se observa um uso da interpretação no mínimo equivocado, pois não cabe à interpretação fornecer ao sujeito um sentido sobre suas questões e também porque nem tudo pode ser interpretado, como já mostrava Freud através daquilo que chamou de umbigo do sonho, um ponto que resiste a qualquer tentativa de interpretação.

No texto de Jorge, podemos ler nas entrelinhas, a resposta de Lacan, a psicoterapia conduz ao pior por visar obturar o inconsciente através de seus sentidos dados ao sofrimento, da sua posição de mestria. Além disso, Jorge nos traz também o desserviço feito por alguns analistas que tendem a dizer que já não se sonha mais, que não há meios de trabalhar com o sonho. Isto significa, infelizmente, que são os próprios analistas que estão fechando a porta do inconsciente, parece-nos que para os citados analistas não basta a psicanálise ser vilipendiada pelas neurociências e pela psiquiatria de base biológica, merecendo também a depreciação do próprio meio psicanalítico.

É evidente que o diálogo entre psicanálise e saúde mental não poderia excluir o debate psicanálise e neurociências. No texto de Cheniaux há a referência a um possível retorno a Freud realizado pelas neurociências em razão da retomada do trabalho freudiano *Projeto para uma Psicologia* de 1895. O retorno se faz primeiro pelo fato dos neurocientistas terem verificado a originalidade dos pressupostos de Freud, ou seja, do estabelecimento da memória, da organização das representações no aparelho psíquico. Segundo, para tentar, mais uma vez, comprovar as bases neurológicas de alguns conceitos psicanalíticos, ou seja, o retorno a Freud seria mostrar que desde o início Freud vislumbrou um substrato biológico para suas descobertas, existindo uma correspondência direta entre o neurológico e psíquico.

Todavia, a resposta que tal retorno está equivocado, é encontrada no capítulo de Alberti (p. 84). O trabalho de Alberti demonstra que não há possibilidade de haver correspondência entre o neurobiológico e o psiquismo do sujeito falante, pois a estruturação do psiquismo do sujeito se dá através de sua entrada na linguagem e não pela maturação biológica. O trabalho já citado de Freud vem nos demonstrar isso, a formação dos representantes da representação não é constituída simplesmente pelas sinapses, mas sim pela experiência de satisfação que somente pode ser obtida através do Outro, ou seja, pela introdução do bebê no mundo simbólico. Ao ter a experiência de satisfação é somente um traço mnêmico que se registra na memória, logo este traço não é a experiência propriamente, é apenas uma marca simbólica dela.

Evidentemente, a representação da experiência é da ordem do imaginário, enquanto o representante da representação é da ordem do simbólico, ou seja, é “a marca simbólica da imagem da experiência” (p. 85). A preocupação em evidenciar a importância da inclusão do debate entre psicanálise e neurociências no campo da saúde mental, faz-se devido ser cada vez mais alto o número de sujeitos que buscam os serviços em saúde mental com diagnósticos baseados nas novas descobertas científicas, pois elas fascinam e produzem crença demasiada em parte de alguns setores da população. Porém, em muitos casos, tais diagnósticos encobrem problemas muito mais complexos, como por exemplo, crianças diagnósticas com transtorno do déficit de atenção e, no entanto, quando buscam outros serviços e encontram uma escuta voltada para o sujeito, verifica-se um autismo ou psicose infantil.

A questão é: problemas que são eminentemente psicológicos, hoje são diretamente encaminhados aos serviços neurológicos, sem levar em consideração a possibilidade de haver uma questão do sujeito, pelo fato da ciência excluir o sujeito e instaurar o ideal de que haverá um fármaco para cada sofrimento humano. Daí a relevância da psicanálise em demonstrar que há mais do que um corpo biológico, há um corpo pulsional, comportando um sujeito, e Freud não deixou de apontar isso já em seu *Projeto...* Desta forma, a impossibilidade das neurociências reside na evidência de que não há como identificar no biológico a incidência da pulsão em razão de todo sujeito ser um ser de linguagem, incluindo nisso também seu corpo.

Já o trabalho de Tenório e Rocha ressalta a utilidade de resgatar determinados pressupostos da psiquiatria clássica, como Kraepelin, para estabelecer um psicopatologia, que venha ser uma alternativa aos grandes manuais de classificação nosográfica, como DSM-V e CID-10, hoje tão em evidência. Pois o que se verifica neles é uma importância demasiada dada às diferentes formas de esquizofrenia encontradas nestes manuais. Na verdade, tudo passou a ser esquizofrenia, o que gerou, segundo os autores, uma negatividade na psicose devido à ênfase dada às crises, aos delírios grotesco, etc., sem avistar para o que há de positivo, ou seja, que a psicose tem uma lógica própria, ela é uma das formas do sujeito se situar no mundo, “um modo específico de constituição e funcionamento de um sujeito” (p. 57). A psicanálise tem uma grande contribuição a dar nessa nova psicopatologia, ou seja, o delírio voltar a ser algo de positivo, pois a partir de Freud sabemos que o delírio é uma tentativa de cura e, ao contrário de eliminá-lo, deve-se trabalhar com ele. O texto também ressalta como essa nova psicopatologia pode auxiliar no trabalho no CAPS, apontando para uma coisa além do surto, da crise e do bem-estar, a singularidade do sujeito psicótico.

Um outro ponto a ser destacado no livro, é inserção da psicanálise no ensino universitário, não só na forma de uma teoria a ser ensinada, mas também na orientação clínica dos serviços de atendimento psicológico dos cursos. Costa (p. 155) fala de sua experiência em criar um serviço de clínica institucional, evidenciando um fato corrente nesses serviços, a cronificação da queixa e sua impossibilidade se fazer sintoma psicanalítico. Da mesma maneira, é relevante pensar o ensino e transmissão da psicanálise nos cursos de psicologia nas universidades. Fernandes (p. 169) contribui com questão, dizendo-nos que esta

transmissão pode ser feita, ou esboçada, a partir da supervisão dada pelo professor-psicanalista aos casos atendidos pelos alunos. Já Fontenele (p. 177) verifica as resistências e adesões à psicanálise através de uma pesquisa realizada na Universidade Federal do Ceará, sobre a representação que os alunos tem sobre a psicanálise.

Então há um campo de interesse pela psicanálise e que o sucesso de sua inserção dependerá da possibilidade de ensinar a psicanálise sem distorções, obedecendo o rigor de seus princípios. Sternick ressalta o quanto ainda é pertinente levar adiante a aposta de Freud de que é viável o ensino da psicanálise na universidade, não só pelo ensino formal acadêmico, mas porque há transmissão propriamente analítica, pois na universidade há demanda de análise. O que aponta que o interesse pela psicanálise não se faz apenas por ela ser uma teoria apaixonante, mas revela que há um campo para a transmissão psicanalítica propriamente, aquela que se faz no divã, no percurso de cada análise, como nos mostra Manso (p. 201).

2.2 POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA SAÚDE MENTAL

2.2.1 A aposta ética feita pelo analista

É uma clínica do ato e da transferência. Do ato, pois é este que define o analista e dá direção a sua intervenção. Todo ato é um ato solitário e se encontra preso na dinâmica transferencial. Numa clínica dita a dois, ou na relação entre técnico e pa haja conseqüências para além do colóquio singular entre os atores” (GUÉGUEM, 2003, p.24). É destes efeitos no campo do Outro que somos convidados a nos haver em nossa prática. Se uma prática a dois produz limites aos impasses do real, temos na instituição o inaugurar de uma nova prática que aponta para uma saída na intervenção clínica.

O caso clínico tomado por todos na instituição constitui a essência desta nova proposta. Alexandre Stevens (2003, p.90) orienta quatro eixos para se pensar a prática entre vários: a desespecialização, a formação, a invenção e a transmissão. A não-especialização é tomada aqui sobre dois planos: o plano do sintoma e o plano do trabalho técnico. Uma clínica na instituição pela luz da psicanálise não pode ser uma clínica mono-sintomática, que identifica o sujeito ao significante de seu sofrimento. A identificação à nomeação advinda do discurso científico conduz à alienação. O sujeito tende a seguir no caminho da repetição, atrelando-se aos ganhos secundários e não produzindo corte em sua cadeia para o surgimento de um novo significante que possa representar melhor sua história. O que se busca numa intervenção é a descoberta, melhor dizendo, invenção de um significante que faça corte, que produza para o sujeito um sentido outro, que o localize em lugar seguro frente ao gozo que o atormenta. Uma clínica de esquizofrênicos, anorexos, toxicômanos, deprimidos, é uma clínica da exclusão, tanto no que diz respeito às conseqüências sociais, como na exclusão do sujeito e de suas possibilidades de invenção.

Quanto ao plano profissional, temos uma marca nova, que visa furar o imaginário que cerca os profissionais. Muito mais que uma clínica multidisciplinar, interdisciplinar e até transdisciplinar, o funcionamento das relações entre os técnicos não se dá pelo diploma ou pelo saber que cada profissão carrega. Mas sim pelo

saber construído a partir de cada sujeito que ali se trata. Este saber recorta a todos, até mesmo os que não tem diplomas superiores. A função terapêutica é, pois, exercida por cada um na instituição. O ato de cada um dos membros de uma equipe é que produz efeitos terapêuticos. Nessa perspectiva temos o afrouxamento dos lugares pré-estabelecidos nos diplomas universitários. Cada técnico ocupa, desse modo, um lugar que lhe é próprio na dinâmica transferencial. É claro que esta direção da clínica entre vários não desconsidera o saber próprio de especialidade que em muito tem a somar para o desenvolvimento da equipe. Aliás, esta multiplicidade de conhecimentos contribui em muito quando tratamos de um campo onde a verdade absoluta sobre a psique passa longe da existência. Musso Greco propõe o termo ideal ecumênico² para este encontro de saberes. Ciente na instituição, sabemos que ser um ato solitário “não quer dizer que não haja consequências para além do colóquio singular entre os atores” (GUÉGUEM, 2003, p.24).

Outro eixo de trabalho é a formação. Falamos anteriormente em desespecialização, pois é preciso agora buscar a definição de uma direção comum que permeie o trabalho. As pessoas que trabalham e intervêm neste tipo de instituição não são psicanalistas, efetivamente, mesmo se há alguns, mas estes são analisantes civilizados. ‘Analisante’ é estar em análise, ou em todo caso ter uma transferência à psicanálise como sujeito suposto saber, e ‘civilizado’ que dizer regulado pela transferência (STEVENS, 2003, p.90). Pensar a psicanálise como um norte na formação, conduz-nos a uma posição de suposição de saber, que permite ao sujeito produzir seu próprio saber. A psicanálise é um saber que busca não saber, para assim permitir que o outro saiba de si mesmo, pela via do manejo da transferência. É preciso uma política comum que oriente a prática institucional. Propomos a política da psicanálise, e com ela a sua ética. Numa prática entre vários, torna-se imprescindível o estudo teórico. De certo que o quê chamamos formação, junto com Lacan, vai além da leitura de textos.

A formação em psicanálise pode iniciar-se em um grupo de estudo, mas vai ter suas consequências para além do arcabouço teórico, podendo tocar na análise pessoal e no processo de supervisão. No CAIA³, instituição que coordeno, organizamos nossa dinâmica centrada no tripé: reunião de equipe semanal, supervisão e grupo de estudo. O terceiro eixo já foi bastante citado: a invenção.

Invenção aqui sob dois planos: da invenção do sujeito sobre si mesmo e da invenção na intervenção. Frente ao desamparo que vivemos não resta outra saída que inventar saídas. O que Freud chamou de construções em análise podemos tomar aqui com o termo inventar. O sujeito precisa de pontos de ancoragem. Lacan nos ensina, no decorrer de seus estudos sobre o nó borromeano, que o Nome-do-Pai não se trata nada a mais que uma invenção. Esta que permite ao sujeito neurótico se localizar frente ao Outro, e amarra seus registros, simbólico, real e imaginário. Porém Joyce, psicótico, inventou seu “Nome-do-Pai”: sua escrita. Pela via da letra James Joyce criou mais que textos enigmáticos, mas inventou um ponto de ancoragem.

Schreber foi um grande inventor. Seu delírio megalomaniaco produziu para ele um porto seguro, onde ancorou as alucinações que o assolavam. Numa instituição devemos estar atentos às invenções dos sujeitos. Estamos ali não para criar para ele, mas para dizer sim as suas invenções, para testemunhá-las apenas em alguns casos. Um usuário do CAPS acredita, e assim se nomeia, ser o “Cantore do CAPS”. Passa todo seu tempo na instituição cantando músicas de seu tempo. De certo que ali se operou uma invenção, a saber, a construção de um lugar próprio que o protege e localiza sua existência. Só nos resta ouvir suas, às vezes desafinadas, canções e como testemunhos permitir que sua invenção circunscreva o gozo do qual é investido, e que, por hora, encontra-se adormecido.

O uso da transferência e o processo inventivo exigem muitas vezes a subversão da instituição em suas regras pré-estabelecidas. Uma instituição deve ser lugar de exceção (ALKMIN, 2003, p.43). No sentido de buscar se constituir numa instituição diferente para cada sujeito. A instituição deve caber ao paciente e não este caber na instituição. Portanto, é preciso inventar uma instituição que acolha as invenções do sujeito. Outra usuária do CAPS, psicótica grave, vaga pelas ruas e rodoviárias, por mais que tenha sua casa. Sua presença nas ruas vai além da falta de algo concreto. Conecta-se com sua história, pouco clara para nós, porém marcante em seu significante errante. Tem o CAPS seu lugar de ancoragem, para onde ela pode ir quando o Outro se torna insuportável. Ela chega na hora que deseja, que lhe é possível e necessária. Ela tem seu almoço pedido todo dia, sem sabermos ao menos se “hoje” ela virá. Um “guarda roupa” seu fez-se necessário dentro do serviço, ela tem sua própria chave. Seus banhos, esporádicos, só acontecem no serviço a partir da intervenção técnica. Ela tem seu técnico de

referência e seu médico. Porém, o caso exige mais. Ela é paciente do serviço, da instituição, de todos. Subvertemos as regras, subvertemos os lugares, subvertemos o Outro para acolher e tratar, naquilo que é possível, algo do sujeito que ali se apresenta.

2.2.2 O trabalho analítico nas equipes interdisciplinares

2.2.2.1 A transmissão da Psicanálise nas equipes interdisciplinares

Em 1920, Karl Abraham, juntamente com Max Eitingon e Ernst Simmel, inaugurou o Instituto Psicanalítico de Berlim, onde foram desenvolvidos tratamentos terapêuticos – gratuitos, para os menos favorecidos e pagos, em graus variáveis, para os outros pacientes (Roudinesco & Plon, 1998). Tal proposta terapêutica serviu de modelo para vários países, e é até hoje praticada por diversas instituições psicanalíticas.

Os ambulatórios públicos brasileiros diferem em dois aspectos fundamentais da conjectura de Freud sobre o futuro. Em primeiro lugar, as instituições são constituídas por equipes interdisciplinares e não somente por analistas. Em segundo, e mais importante, é que, marcadas pelo discurso médico, essas equipes tendem a preferir terapias psicológicas focadas no ajustamento de comportamentos e emoções do paciente, para que este responda de maneira adequada ao tratamento médico ao qual estiver submetido. Assim como no tempo de Freud, a psicanálise ainda difere radicalmente – e talvez mais do que nunca – do discurso dominante nessas instituições, marcando um ponto de resistência à concepção do paciente como passivo, alienado, a-histórico e desprovido de qualquer saber referente a si próprio.

Já no período final de sua vida e obra, no texto *Explicações, aplicações e orientações*, de suas novas conferências (1932/1974), Freud discutiu as resistências à psicanálise e reafirmou o método psicanalítico e os conceitos fundamentais. Um dos alvos dos questionamentos foi, por exemplo, a longa duração do tratamento, que ele sempre justificou com o fato de que as modificações psíquicas só ocorrem muito lentamente.

Uma boa parte dos psicanalistas, talvez até inspirados no cuidado de Freud com a sua invenção, não costuma fazer concessões a respeito da aplicação clínica

da psicanálise, aferrando-se à teoria e tornando-a rígida em relação à prática clínica. Algumas características do trabalho do analista no serviço público – por exemplo, o fato de ele ser um servidor público, que não recebe pagamento do paciente, além de este se apresentar como possuidor do direito ao tratamento – bastam para que muitos psicanalistas considerem inviável a sua prática nessas condições. Ocorrem aí dois golpes narcísicos de uma só vez: a perda do controle sobre o dinheiro e a relação do poder de decisão sobre assumir ou não determinado paciente (Figueiredo, 2001).

Não é raro acontecer de o psicanalista atender algum paciente cuja demanda não seja de um trabalho analítico. Se o fato ocorresse no consultório privado, dispensá-lo-ia sem maiores dificuldades, mas, na instituição, esse ato requer certos cuidados, pois, munido de seus direitos, o paciente pode alegar (lembrando sempre a inexistência da função de psicanalista nos serviços públicos brasileiros) que lhe foi negado o atendimento pelo psicólogo. Essa reclamação, chegando à gerência, pode culminar na determinação de que o psicanalista atenda novamente o paciente – o que seria um complicador a mais. Outra possibilidade é a de o fato gerar uma denúncia na ouvidoria do órgão, o que suscita um processo administrativo no qual o psicanalista terá que fazer a sua defesa. Por isso, muitas vezes, ele tem como saída prosseguir com os atendimentos por algumas sessões, para só depois dar alta. Esse procedimento, aliás, que exige alguma perícia do profissional, foi mesmo previsto por Freud (1913/1974) e está enquadrado no tópico desenvolvido sob o nome de *Entrevistas preliminares*, em seu texto *Sobre o início do tratamento*.

Outra particularidade do trabalho institucional é a convivência com a equipe. Nas equipes interdisciplinares, cada profissional se responsabiliza pelo que sabe e, no seu limite, é completado pelo saber de outro profissional. Considera-se que exista um bom funcionamento da equipe, portanto, quando vigora a lógica do conjunto, tudo pelo bom resultado do trabalho. No caso de acontecer fracassos com os casos, ocorrem efeitos imaginários como a atribuição da falha ao pouco saber de alguém da equipe ou, o mais comum, porque algum profissional não fez o que deveria ter feito (Lambert, 2003). Não é difícil concluir qual membro da equipe recebe sucessivamente críticas por não ter feito o que lhe foi atribuído: o psicanalista. Porque a psicanálise parte de outros princípios teórico-epistemológicos e de outra ética, que supõem a inexistência de um objeto adequado e a impossibilidade da

totalidade e da completude harmônica, o psicanalista não se encaixa muito bem nesse funcionamento de equipe, o que produz dificuldades de trabalho. Em uma palavra, não raro a equipe tenta projetar seus fracassos no psicanalista.

Um bom exemplo é o caso dos tratamentos clínicos de obesidade mórbida. Na maioria dos casos, o paciente busca o serviço por conta própria, é atendido inicialmente pelo médico endocrinologista, que, por sua vez, o encaminha aos demais profissionais (nutricionista, enfermeiro, assistente social, educador físico e psicólogo). Em uma grande parcela dos casos, mesmo munidos de remédios, dietas e programas de condicionamento físico, o paciente passa longe dos objetivos traçados no plano de tratamento. A equipe de profissionais, certa de fazer um bom trabalho, crê que o paciente continua obeso porque houve uma falha no trabalho do analista, que não trabalhou de maneira efetiva a ansiedade ou a depressão do paciente. Como legítimos representantes da ciência, esses profissionais ignoram o discurso do analista, e não aceitam outra forma de tratar o paciente que não seja normativa e pedagógica. Com isso, o psicanalista se torna o problemático da equipe, aquele que tem dificuldades em cooperar.

A equipe demanda um psicoterapeuta, e não um psicanalista, porque a psicoterapia aposta na capacidade do sujeito em se instrumentalizar com os conselhos do terapeuta para vencer suas dificuldades e angústias, em se fortalecer e responder de maneira adequada ao tratamento de sua patologia. A psicanálise, por nada disso prometer, é tida como menos competente que a psicoterapia (Sauret, 2006). Tal contraste se pauta na ética da psicanálise, que serve de guia para o analista operar o seu discurso em um terreno epistemologicamente distinto, como o ambulatório. A ética da psicanálise afirma a diferença, a singularidade, em detrimento da normatização. Fazer esse contraponto na instituição de saúde é, muitas vezes, arcar com o ônus da resistência da equipe, pois ressalta o estrangeirismo do discurso analítico. Porém, os inúmeros pacientes que entram em trabalho analítico e também os profissionais que vão, pouco a pouco, verificando os consistentes efeitos proporcionados pela psicanálise aliviam, de certa maneira, o mal-estar que o psicanalista suporta para efetivar o seu trabalho.

A duração do tratamento é igualmente um fator delicado para o psicanalista inserido no campo institucional. As normas de tempo são variáveis, seja quanto ao tempo médio de sessões, seja quanto à permanência do paciente em tratamento

com os demais profissionais. Poucas vezes são essas normas que determinam diretamente a decisão de concluir o tratamento. Mesmo existindo uma norma, na maioria dos casos, há sempre certa margem de flexibilidade e de manobra individual que permite ao psicanalista decidir a conclusão de acordo com os seus próprios critérios e com as características de cada caso.

Com isso, pode-se dizer que há certa tensão entre a liberdade do profissional e a norma institucional. Apesar de estabelecer diretrizes para os termos dos tratamentos, a instituição conhece minimamente as diferenças das abordagens que o psicólogo pode seguir e sabe que o profissional possui certa liberdade para encerrar seu trabalho de acordo com a própria abordagem. Quando as normas de tempo de permanência no tratamento são mais flexíveis, aumenta-se a responsabilidade do psicanalista, pois este sabe que nenhum paciente na rede pública de saúde fará uma análise até o fim (Rubistein, 2005).

Não ter controle sobre o dinheiro, atender pacientes sem demanda de trabalho analítico, enfrentar dificuldades com a equipe interdisciplinar e ter que decidir sobre a duração do tratamento são apenas alguns dos desafios da psicanálise na instituição. Por esse viés, ela é uma prática distinta da prática clínica do consultório particular, pois está inserida em um campo atravessado pelo discurso científico dominante.

A psicanálise não está no ambulatório para negar os avançados tratamentos das mais diversas patologias, mas para ouvir os sujeitos que portam tais patologias. Por isso, mesmo com inúmeras dificuldades, há possibilidades efetivas de trabalho para o psicanalista. Dito de outra maneira, a psicanálise não se opõe aos avanços da ciência, até porque seria impossível negligenciar tais avanços. Entretanto, pode-se afirmar que, no seio da produção científica, os trabalhos se dividem entre os que incluem a interação com o Outro da linguagem nas determinações do sofrimento psíquico e os que negam ou tendem a negar esse ponto de vista. Constata-se que a contemporaneidade parece reafirmar a dicotomia cartesiana; nesse contexto, a psicanálise propõe o restabelecimento da implicação subjetiva do sujeito (Veras & Besset, 2007).

2.2.3 Problematização acerca do sofrimento psíquico grave

Nas instituições de saúde mental em que o imaginário social compartilhado e seus estereótipos de doença e sofrimento atingem o real da vida dos sujeitos inseridos no processo de institucionalização (Campos, Rosa & Campos, 2010). De forma alguma pensamos que as constelações mórbidas existam apenas nos CAPS e ambulatórios, mas é nesses locais que a inscrição dos indivíduos sob tais insígnias diagnósticas provoca efeitos mais evidentes. O discurso da instituição engendra a duplicação ou o reforço do sintoma social, que já se encontra em operação: no processo de adoecimento, o imaginário social oferece ao sujeito as figuras da loucura e do sofrimento que são legítimos ou válidos na cultura. O social atribui ao pobre, como ao louco, apenas necessidades, negando-lhes a condição de sujeitos desejantes. Reduzindo o sujeito único e singular a um número na série dos excluídos (Vilhena, 2002).

Essa dura realidade pode ser constatada logo nas primeiras reuniões dos novos pacientes que chegam aos grupos psicoterápicos do CAPS. Após as apresentações do grupo, os novos integrantes são convidados a fazer o mesmo. O que se escuta desses pacientes usualmente é um discurso formatado do tipo Eu sou fulano, sou esquizofrênico, ou então Meu nome é beltrano e eu tenho depressão. Essas falas permitem ao analista questionar o que significa para os pacientes se apresentar diante do social. Se é só isso que eles têm a dizer sobre si mesmos, apenas esse rótulo que lhes foi imposto.

Esse tipo de pontuação, logo no início do tratamento, pode facilitar um questionamento sobre a relação que cada paciente tem com a instituição. Relação essa simbolizada pela aceitação credenciadora da insígnia diagnóstica à qual cada um está submetido e que nos grupos psicoterápicos chamamos de rótulos. Alguns pacientes frequentemente se surpreendem com o fato de não ser importante para o analista o diagnóstico que eles possuem, mas sim suas questões particulares. Só com o decurso do tratamento será possível fazer com que esses pacientes, que nas primeiras sessões insistem em trazer apenas a doença e todos os seus predicados, falem mais abertamente de questões da ordem do relacionamento afetivo, dos conflitos existenciais e outras misérias que todos os seres humanos carregam, independente de sua condição. Quando os pacientes chegam a esse ponto é possível ao analista mostrar ao grupo a autonomia que cada um conquistou em

relação aos rótulos institucionais que portavam a marca do Outro social. Caso seja possível tal passagem, ela traz embutida a capacidade de promover no sujeito o reconhecimento de si mesmo como pessoa normal não estigmatizada. O diagnóstico implica o analista na aposta de levar uma análise a seu termo. Ele é, de saída, uma autorização para o próprio analista diante de sua decisão de alçar-se no jogo analítico, no movimento da transferência.

Ao promover a noção de estrutura, Lacan desloca o diagnóstico do horizonte imaginário no qual proliferam os catálogos e as classificações e nos transporta para seus pontos de sustentação simbólicos na medida em que estes permitem uma certa aproximação do real. Desse modo podemos pensar que o diagnóstico não é a representação de uma categorização natural, fundado na descrição de eventos naturais; ele é uma nomeação que faz existir realidades, comportando efeitos subjetivos incontornáveis. E deve ser compreendido não como mera descrição das correlações entre fenômenos, mas sim como forma de organizá-los segundo uma ordem que os precede, fazendo-os entrar na estrutura; para além de denotar a existência do fenômeno, o diagnóstico percorre toda a estrutura e nesse caminho destaca o ponto no qual ela se articula ao real (Vieira, 2001).

De forma que na clínica institucional da qual falamos usualmente nos deparamos com as estruturas neurótica e psicótica. A neurose se caracteriza por um desacordo entre o eu e o mim mesmo, para usar termos brasileiros, ou seja, um conflito entre o sujeito e suas próprias inclinações. E a psicose se caracteriza pela destruição, total ou parcial, do eu como capaz de gerir o funcionamento vivencial do corpo que ele habita. São traços dessa organização os automatismos mentais, os distúrbios de linguagem com ênfase na problemática do emprego da primeira pessoa como autor das ações e as alucinações ou delírios, consequências do achatamento do real e do simbólico pelo exagero desproporcional do imaginário.

Freud (1911/1996b) já apontava que a formação delirante é uma tentativa de restabelecimento do mundo, de maneira aceitável, para que o psicótico nele habite. Pode-se pensar, ainda, que o delírio se apresenta como uma solução possível para os conflitos do sujeito, uma vez que os problemas que não encontram respostas na realidade se desembaraçam no real da loucura ao preço da perda de parte dessa realidade compartilhada por todos.

Tais estruturas diferenciam-se também pela posição do sujeito quanto ao lugar do Outro se numa posição reduzida a objeto de gozo do Outro, que adquire

consistência, como no caso da psicose, ou se numa posição de responder pela fantasia ao enigma do desejo do Outro, que perde consistência de gozo como nas neuroses. Na vertente da neurose, temos que indagar se há uma dialetização possível da posição perante o Outro; indagar sobre a divisão do sujeito (Figueiredo & Tenório, 2002).

Podemos pensar então que o trabalho analítico não deve obedecer a um modelo psiquiátrico que tenha uma resposta já catalogada nos seus manuais de classificação, mas constituir-se numa aposta no discurso do sujeito (Gabbay & Vilhena, 2010). Acrescentamos ainda que o sintoma não existe sem o sujeito que lhe dê significação, que o constitua através de sua história, sua fala e suas peculiaridades. Assim, o diagnóstico e o tratamento se apresentam como instâncias indissociáveis e um acaba por definir o outro. Não restando mais o diagnóstico apenas como definidor do tratamento, mas também o contrário (Figueiredo, 2004). Em última análise esperamos que seja possível abrir um espaço, dentro da instituição, para que o sujeito se expresse sem que a escuta de seu sofrimento seja orientada por ideais médicos de cura ou de reabilitação (Bueno & Pereira, 2002).

2.2.4 Aproximações acerca do sofrimento psíquico grave e a psicanálise no contexto de Saúde Mental

A reabilitação de pacientes foi pensada como um processo articulado de práticas que dariam ao usuário a devida noção de sua participação na dinâmica institucional e da importância da instituição na sua recuperação. Prova disso são as diversas atividades idealizadas para e pelos usuários, garantindo a participação integral destes no processo. Apenas como um dado histórico vale comentar que a própria sigla CAPS foi criada, em São Paulo, pelos pacientes da instituição, quando de seu início na década de 1980 (Goldberg, 1996). A palavra mais corrente nos debates sobre a reabilitação é contratualidade, ou seja, a capacidade que o sujeito tem de trocar valores em sua vida com os demais integrantes do corpo social. No entanto, para trocar é preciso primeiramente possuir valores. Para tanto se faz necessário devolver ao sujeito a responsabilidade, na medida do possível para cada caso, sobre os principais aspectos de sua vida (residência, grupo social e familiar, trabalho), criando condições para uma volta progressiva desse sujeito à sociedade

como agente do processo. É a expressão do que Pitta (1996) chamou de protagonismo do sujeito.

Uma das esferas do protagonismo do sujeito é o desafio de fazer com que o conhecimento técnico e científico seja apreensível por todos, no sentido de aumentar a autonomia dos pacientes, dos familiares, da sociedade como um todo, de modo que o debate sobre a saúde mental não seja um debate ideológico e tecnocêntrico. Que não seja também marcado pelo desamparo, por nossas próprias fantasias e preconceitos em relação à experiência humana designada como loucura. Não se trata de prescindir do especialista e da produção de evidências científicas sobre os transtornos mentais e seu tratamento, mas de acolher também o saber de experiências feitas, construindo laços dialogais permanentes e produtivos que propiciem uma autonomia cada vez maior de usuários e familiares em lidar com o seu cotidiano (Delgado, 2011).

A instituição (CAPS) é quase sempre terapêutica. Foi moldada para essa finalidade, inclusive com ajuda dos próprios usuários, como já dito, e alcança em parte seus objetivos de reabilitação e socialização. A discussão então deve passar à esfera do questionamento sobre a sutil diferença entre terapeutizar e assujeitar, apenas para usar termos que clarifiquem. O que percebemos nas instituições é um apagamento da incômoda singularidade do *pathos*, pois associado a este sempre aparece uma falta a ser significada. E lidar com essa falta nunca é tarefa fácil. Ainda mais quando essa falta aparece sob as formas bizarras que a loucura tem para oferecer (crises, delírios, agressividade etc.) que destoam tanto das esperadas civilidade e cidadania (Alberti & Figueiredo, 2006).

Além do que tais situações muitas vezes remetem os profissionais do cuidado ao seu próprio desamparo. Nesse ponto a maioria desses profissionais prefere procurar auxílio nas muletas que a sociedade oferece, nas terapias que não implicam o sujeito, na eficácia comprovada dos medicamentos para suprimir sintomas e promover alívio e nas inovações da neurociência, que a cada dia trazem mais respostas e explicações. Aqui aparece a questão, que trataremos adiante, da necessidade de o profissional ter passado pela experiência da análise, pois esta se constitui em última instância enfrentar o próprio desamparo sem deixar desmoronar seu mundo psíquico (Pereira, 1997). Tal preparação mínima parece fundamental para o trabalho em saúde mental que verdadeiramente busca alguma implicação por parte do paciente.

Já dissemos que a distância entre o que se praticava nos manicômios e as novas formas de atendimento ao paciente que surgiram com a perspectiva da reabilitação psicossocial guardam uma proporção infinita, tanto do ponto de vista da humanidade dos tratamentos quanto de seu valor para a sociedade. A proposta agora é dar mais um passo em direção ao sujeito, indo da individualidade à singularidade. A nosso ver, e isso pode soar um pouco pretensioso, ir da reabilitação à psicanálise.

Para quem trabalha com a clínica na instituição pública a questão das diferentes demandas entre os atores (indivíduo, família e estado) impõe algumas dificuldades no processo terapêutico. A família tem uma demanda que é de curar o indivíduo, que não só destoa dos demais membros da prole como também evidencia as mazelas do corpo familiar. Como bem afirma Pichon-Rivière (1986), o louco é o depositário da loucura familiar. A família deseja um alívio para seus sofrimentos, seja através da medicação, seja transferindo a dura responsabilidade de cuidar do louco para outrem. Não se deve, porém, julgar apressadamente a atitude familiar diante de uma realidade tão cruel e difícil de ser encarada. Uma questão pertinente, nesses casos, é se podemos culpar a mãe pobre por procurar alguém mais experiente e acessível, quando seu conhecimento e seus recursos não dão conta da gravidade do fenômeno loucura. Muitas vezes é necessário examinar se estamos falando da negligência da família ou da ausência/negligência do Estado (Vilhena, 2004).

Vários estudos mostram a família nuclear burguesa favorecendo um engajamento social que cria para o indivíduo uma espécie de ordem, na qual sua vida adquire um sentido, constituindo-o como sujeito. No entanto, tais estudos excluem de seu recorte teórico os núcleos pobres da população. Que se constituem na grande maioria dos que procuram tratamento nas instituições públicas. Os relatos desses observadores (brancos) mostram as famílias pobres e negras como sendo desestruturadas ou promíscuas, vistas sob a ótica etnocêntrica e repleta de preconceitos. No entanto, algo que vale tanto para as famílias burguesas quanto para as famílias pobres é a forma de vinculação dos pais aos seus filhos. Como bem apontava Freud, amamos nossas crianças como ectoplasmas de uma perfeição que as contingências da vida de certa forma nos negaram. Delas esperamos que nos ofereçam uma imagem de plenitude e de felicidade com a qual possamos nos identificar e amar a nós mesmos. Assim, se as crianças são amadas por serem a

imagem da felicidade, um defeito físico ou um distúrbio mental pode comprometer esse investimento parental (Vilhena, 2004).

Nesse ponto entra a figura do Estado, como aquele a quem é endereçado o pedido de socorro da família. No entanto, este já possui suas próprias demandas de controle (normatização social) e defesa da qualidade de vida dos cidadãos. Essa dimensão da qualidade de vida é referente ao resgate da cidadania, ou seja, necessidades que devem ser atendidas por uma política pública de inclusão do portador e de seus próximos. O risco é o da ilusão de supor que as necessidades de inclusão do usuário, que sofre as consequências da determinação social de um transtorno mental, são as mesmas necessidades de um cidadão excluído que não necessita de atenção específica. A exclusão tem várias facetas e se configura de diferentes processos sociais e simbólicos que não se resumem na pobreza material (Campos, 1999).

Nesse caso a demanda é de retornar à vida de antes da doença, mas o que o usuário necessita são serviços especializados de atenção. Trata-se aqui, de uma cidadania pleiteada, total ou parcialmente, por outros (a família que traz o paciente, ou as entidades de classes que defendem seus direitos). A conclusão a que se pode chegar é que na assistência o usuário deve encontrar as condições de entender as novas necessidades, re-significar sua vida, refazer seus projetos de vida e a relação das necessidades com os direitos e políticas públicas. Segundo essa perspectiva, o cuidado não é clínico e deve se voltar para a criação de condições de transformação do usuário novamente, ou pela primeira vez, em um cidadão. A armadilha está em acreditar que o trabalho de inclusão suprime o trabalho clínico que é feito com a demanda (do sujeito) e o seu desejo, pois para a psicanálise a demanda é o caminho sem o qual não se pode aceder ao desejo que está na base do sofrimento (Campos, Rosa & Campos, 2010).

A escuta do singular proposta pela psicanálise está interessada nas articulações significantes do inconsciente. Não está subordinada à perspectiva do cuidado nem preocupada tão somente com as questões do sentido, pois isso acabaria acarretando mais uma prática moralizante e educadora. Em uma vertente oposta, abre mão do desejo de curar o sujeito, considerando que todo caso é perdido, para só assim ter livre acesso ao seu inconsciente (Alberti, 2006). Rinaldi (2000) acredita que essa forma de escutar seja a maneira encontrada para fazer advir esse sujeito complexo e singular que surge nos fenômenos da linguagem, nas

fendas do discurso de cada um. A relação singularidade/universalidade encontra-se mediada pelo particular do jogo das identificações e relações, ao instaurar uma área de sobreposição entre identidade e alteridade (Vilhena & Santos, 2000).

Rinaldi (1999) aponta ainda que a responsabilidade da qual a psicanálise trata distingue-se da responsabilidade moral e diz respeito ao sujeito que se constitui através da linguagem em sua relação de alienação com esta última, sujeito este atravessado pelos significantes que vêm do Outro. Dessa maneira, o sujeito não pode ser alheio àquilo que o acomete, pois esses fenômenos são também eventos de linguagem. É preciso então escutar a verdade do sujeito, mesmo que este não a compreenda ou a aceite como tal. De fato, aprendemos com Freud que a busca do prazer será sempre mediada pela realidade, simbolizada na forma da lei, sem a qual não haveria civilização. E que tudo aquilo que não se elabora psiquicamente o que não pode ser simbolizado repete-se no real dos atos. No ato sintomático, na doença psicossomática e no comportamento antissocial, encontramos o mesmo pano de fundo: a falência do trabalho de elaboração (*durcharbeiten*) psíquica, o trauma resultante de severas falhas ambientais, a privação e a deprivação (Vilhena & Santos, 2000).

Pode-se inferir então que a função da psicanálise é propiciar o aparecimento do sujeito (nunca o seu apagamento), para que este possa conduzir o seu próprio tratamento, utilizando-se para tanto dos mecanismos psicanalíticos: a fala, a transferência e sua capacidade de elaboração simbólica. Isso só se torna possível à medida que o sujeito encontra alguém para quem ele possa endereçar suas palavras, suas dores, seu desejo. É nesse contexto que entra em cena a transferência como veículo de fundamental importância para a prática psicanalítica.

Melman (1991) afirma que a instalação da religião, como crença na existência do Um que tudo pode, inclusive escapar à castração, é o que se poderia chamar de a invenção da transferência: há um sujeito suposto saber que, no imaginário popular, efetivamente sabe o que é preciso e o que rege o mundo. Ocorre que somente nas neuroses a transferência se dá por esse efeito de fala, discurso que escuta a demanda para acessar o desejo; demanda feita a um sujeito que é suposto saber. Já nas psicoses não existe a dúvida neurótica acerca do saber: o psicótico sabe. Porta a angústia de ser aniquilado pelo Outro, diferente da angústia de castração que pode ser expressa em um sintoma.

Diferente do neurótico que, não desejando abrir mão de nada, espera uma solicitação do analista, e quando esta não vem, sem saber o que fazer, começa a oferecer, através de diferentes demandas, partes do seu sintoma (Lacan, 2005). O psicótico não tem nenhuma expectativa sobre qualquer solicitação do analista, ou de quem quer que seja. Mas, uma vez questionado, em seu território, sobre as questões relativas a si mesmo, pode fazer emergir partes do real que foram encobertas pelas formações delirantes.

Pensamos ser fundamental uma diferenciação clínica entre neurose e psicose, como estruturas nas quais o sujeito se apoia. Baseamos nossa clínica nessa diferença para evitarmos equívocos graves na forma de se relacionar com os pacientes. Porém, não podemos deixar de lado a questão da realidade dos atendimentos no CAPS, onde atendemos paciente com diferentes estruturas, ao mesmo tempo, nos grupos psicoterápicos. É certo que não se deve tratar neuróticos e psicóticos da mesma forma, mas há que se levar em conta as intersecções entre as diferentes práticas quando se trabalha em um ambiente no qual convivem vários sujeitos, cada qual funcionando em uma estrutura diferente. Além do que, não basta diagnosticar a estrutura na qual se assenta o sofrimento dos sujeitos, mas é preciso levar em conta também o modo de funcionamento pelo qual esse sujeito está gerenciando suas próprias questões.

Lembrando a afirmação freudiana de que o psicótico trata as palavras como coisas, ou seja, a linguagem fica à mercê do processo primário. Um caminho possível é relativizar as certezas que o psicótico tem em relação ao seu próprio discurso delirante.

Outra questão é o analista se reconhecer como castrado e não ocupar a posição de Outro para o psicótico, pois, diferente do neurótico, o paciente psicótico não entra na relação dialética que se configura na situação analítica. Normalmente esse tipo de paciente se coloca como objeto do Outro e atuam no real as falas que daí provêm. Nesse ponto se coloca o perigo da interpretação nas falas psicóticas.

Em relação ao trabalho analítico, dentro do CAPS, existem outros atores que participam desse processo. Além do analista, do paciente e do inconsciente, entram em jogo a figura do Estado, com suas regras que precisam ser respeitadas, a família do paciente, que normalmente é quem o encaminha ou induz a procurar algum tipo de tratamento e a vinculação desse mesmo sujeito ao CAPS como lugar que o acolhe de maneira diferenciada. Todos esses elementos interferem na relação

transferencial, criando uma situação na qual não podemos ter certeza se o vínculo estabelecido é com o analista ou com a instituição como um todo.

Outra questão pertinente é que como analistas não somos a primeira pessoa a escutar o sofrimento do paciente, uma vez que ele necessariamente já passou pela consulta com o médico e já foi acolhido individualmente por um dos profissionais da instituição quando chegou àquele local. Assim, o que escutamos nos primeiros atendimentos é sempre algo do tipo eu já contei a minha história para o médico, ocorrendo um esvaziamento de seu discurso, ficando a pessoa menos aberta à possibilidade de estabelecer um vínculo através do qual possa emergir a transferência.

Para que a análise consiga contornar esses obstáculos, torna-se fundamental levar em conta a presença de todos os atores na produção de atravessamentos importantes na condução do processo analítico, criando-se um campo transferencial complexo. O campo transferencial traz a marca da interseção entre realidade externa e interna, entre sujeito e objeto, inserindo o ambiente e suas interações com o indivíduo no campo fantasmático (Vilhena & Santos, 2000). Dessa forma podemos incluir no processo transferencial o sujeito, a família, o médico, a equipe, bem como a instituição e seus elementos primordiais.

Essa abertura também nos permite desfazer a dicotomia entre a transferência com o analista e a transferência com a instituição. Inserir os elementos institucionais no campo transferencial permite que estes sejam passíveis de elaboração, deixando assim de ser obstáculos ao progresso da análise (Vilhena & Pinheiro, 2008). Em uma vertente mais radical podemos sustentar com Dor (1989) que toda transferência é passível de análise; nesse sentido, a transferência automática do paciente com a instituição também pode ser trazida à cena analítica para se tornar passível de interpretações que caiam junto com a fala significativa do sujeito.

Sustentamos também com Gori (1998) que na dinâmica transferencial é fundamental elevarmos o discurso associativo à categoria de charada, não o confundindo com um desenho a ser interpretado. Ainda mais que o paciente na saúde mental, na maioria das vezes, se apresenta como um desenho multicolorido, composto pelo diagnóstico médico, pelas demandas sociais e pela pluralidade sintomática da loucura.

O psicanalista precisa, então, se ater à escuta do sofrimento para poder dar início ao processo analítico. Como afirma Del Volgo (1998), é necessário renunciar à

representação visual do fenômeno psicopatológico para que haja a escuta de uma sonoridade significativa do corpo. Para que a realidade psíquica possa ser conhecida pelo clínico, deve-se abandonar a ilusão de pensar que os transtornos ocupam satisfatoriamente as respostas aos dilemas sociais e inconscientes do sofrimento.

2.2.5 Questões sobre a psicanálise no CAPS

Uma questão pertinente acerca do saber psicanalítico no contexto institucional foi tratada por Alberti e Figueiredo (2006) na introdução de seu livro. As autoras denominam de aposta essa possibilidade, remota há alguns anos, que se tornou realidade e tem produzido ótimos resultados nos dias de hoje. Quando se fala no psicanalista, em qualquer situação, é necessário que se fale de um sujeito analisado, que passou pela experiência de se haver com as próprias questões e por isso possui um olhar diferenciado da realidade, de si e do mundo.

Pode parecer redundante dizer isso, mas as autoras citadas defendem, e concordamos, que o sujeito imerso na instituição é sempre um sujeito institucionalizado (não importa em que nível). Nesse sentido o psicanalista também é um sujeito institucionalizado! Mas é também um sujeito que questiona o status vigente do isso sempre foi feito assim.

O que se tem no cotidiano desses trabalhadores, devido à gravidade dos sofrimentos ali experimentados, são demandas complexas e urgentes em relação às quais é preciso dar conta de uma maneira ou de outra (Sigal, 1989). Devido à complexidade dos sofrimentos e à impossibilidade de responder de imediato a tais problemas, os profissionais que atuam nas instituições de saúde precisam ter equilíbrio para não se deixarem arrastar pela loucura que se instaura à sua volta (Onocko-Campos, 2006).

Não raro observamos casos de pacientes que entram em crise, mesmo sob os cuidados da equipe, ou que são trazidos ao CAPS em plena condição de surto. Nesses casos, usualmente, é necessário que se faça primeiro um diagnóstico de crise, para depois tratar o paciente dentro do protocolo estabelecido. É inevitável falar da ambivalência que se estabelece entre os diversos polos de tensão dentro da instituição, entre o usuário portador de transtorno e a ordem estabelecida, entre o ideal dos livros, artigos (e agora leis!) que discutem a reforma e o possível que se

consegue a cada dia com pessoas reais e às vezes pouco preparadas para o serviço.

É papel do analista, como forma de aliviar a angústia sentida pela equipe, dizer aos colegas da equipe que eles não precisam resolver todos os problemas, e, também, criar condições para que cada caso seja avaliado com maior isenção, tomando as decisões que beneficiariam o paciente e o serviço. Para que isso seja possível o psicanalista não pode perder de vista o dispositivo com o qual opera, não permitindo em nenhum momento que sua prática seja diluída pela proposta de interdisciplinaridade que vigora nas equipes multiprofissionais dos CAPS, tornando-se mais um técnico de saúde sem qualquer tipo de olhar diferenciado. Salientamos que a interdisciplinaridade é fundamental para o processo de compreensão do sujeito em todas as suas facetas, objetivo último da criação das equipes multiprofissionais. Quando conduzido de forma adequada pelas equipes, com a devida supervisão dos gestores, reuniões de área e respeito entre os diferentes saberes e técnicas, os ganhos para os pacientes e o serviço são enormes. Porém é fundamental que os profissionais estejam atentos para o risco de diluir todas as especialidades em uma prática generalizante e superficial.

A questão do método psicanalítico também foi palco de grande controvérsia no momento em que os psicanalistas começaram a atuar nas instituições públicas. Sobretudo, porque algumas associações psicanalíticas se opuseram à sua difusão para outros meios. Na América Latina tivemos vários exemplos de profissionais que defenderam e promoveram a expansão do saber psicanalítico para outros campos de atuação. Destacam-se os nomes de Pichon-Rivière, Gregório Baremlitt, Antonio Lancetti e vários outros psicanalistas que se tornaram precursores desse movimento.

Contudo, uma discussão perigosa começou a se acercar das práticas analíticas fora do setting. Ela trata de diferenciar os modelos de psicanálise para ricos e pobres, adotando uma visão preconceituosa de que seriam práticas diferentes por se darem em lugares diversos e com tipos de pessoa também diferentes. Vilhena (1993) propõe o termo *apartheid clínico* para designar essa visão que se apropria de significantes como pobre e carente como articuladores das relações entre sujeitos e desses com o social, promovendo generalizações para toda uma classe de indivíduos.

Nesse sentido as diferenças entre a psicanálise tradicional (para quem pode pagar) e essa outra que ora é proposta são marcadas sempre por uma "falta que aparece referida a um discurso marcado pela hegemonia da disjunção e da redução. O código linguístico, por exemplo, é restrito nas classes pobres, em contraposição ao elaborado. A pouca reflexividade é contraposta ao desempenho de papéis flexíveis, e a busca por soluções imediatistas (para problemas mais graves) como um impeditivo para que este se aproprie de sua singularidade.

Nesse cenário, o prejuízo atingiria em cheio o campo de conhecimento psi, caso a escuta analítica se torne preconceituosa e avessa às transformações paradigmáticas. No entanto, sendo a psicanálise uma prática de subjetivação, esperamos que o analista esteja sempre ocupado em transformar o universal/teórico do discurso psicanalítico, em um diálogo particular/singular/subjetivo construído na relação intersubjetiva com seu analisando, não interessando a classe social à qual pertença (Vilhena & Santos, 2000).

Uma discussão mais técnica também ocorreu no sentido de questionar se a psicanálise continuaria sendo psicanálise em outro contexto que não o setting analítico tradicional, independente do sujeito que estava sendo analisado. Como resposta a tais questionamentos Lacan (1966/1998), no auge desse debate, propõe o termo método psicanalítico para designar toda forma de prática analítica que seja executada em local que não seja o consultório clínico tradicional.

Entretanto, alguns anos mais tarde, Baremlitt (1982) irá afirmar que a psicanálise está mais para uma prática social científica composta por uma teoria que circunscreve um objeto de estudo abstrato específico (a estrutura psíquica) e sua região determinante última (o inconsciente). E também por um método ou técnica que se dá em uma situação experimental própria a situação analítica.

Sobre a situação analítica, tida como necessária à prática da psicanálise, podemos nos apoiar na definição de Bueno e Pereira (2002) como a condição transferencial e técnica particular capaz de sustentar, face a um sujeito que sofre com seus sintomas, o enigma de seu inconsciente e o desejo de elucidação do saber que supostamente ele comporta (Bueno & Pereira, 2000, p. 16). Para esses autores é nesse momento que se torna possível a confrontação do sujeito com as implicações de sua própria fala. E tal situação garante a esse método o status de psicanalítico, não importando se ele se dê nas instalações do *setting* propriamente ou em outro ambiente no qual se pratica a clínica (Bueno & Pereira, 2002). Nessa

perspectiva a prática psicanalítica pode se adequar sem empecilhos ao trabalho institucional.

A redescritção da clínica tem sido uma questão importante para a psicanálise contemporânea, com a busca de dispositivos analíticos que possam atender a uma diversidade de situações que a caracterizam atualmente, a despeito de sua localização (Vilhena & Santos, 2000). Para a psicanálise se estabelecer dentro do espaço institucional foi necessário também os profissionais abrirem mão do conforto de seus consultórios e aproveitarem as vastas oportunidades oferecidas pela clínica ampliada dos CAPS. Ficou claro que essa atuação não poderia se reduzir à pura reprodução das ações praticadas no consultório privado, pois tal atitude iria de encontro à natureza da clínica que ali se desenvolve, além de torná-la completamente ineficaz por falta de elementos de trabalho (Rinaldi, 1999).

O importante aqui é o psicanalista ser sempre flexível, ter consciência de que não é possuidor de uma verdade que os demais ignoram, colocar-se como mais um colaborador da equipe, sem perder de vista sua especificidade, e saber que lida com outras veleidades e singularidades que extrapolam seu cotidiano (Figueiredo, 1996). Isso significa estar aberto a auxiliar onde quer que seja necessária sua presença. Nem todos os grupos formados dentro da instituição possuem pacientes com capacidade de simbolização e elaboração. Não raro são grupos meramente operativos, cuja finalidade é dar ao sujeito a oportunidade de ter um contato mínimo com a realidade. Ainda que se trate de um grupo com essa característica é possível recolher algumas falas de pacientes e produzir algum trabalho terapêutico, possibilitando através da escuta analítica o surgimento de ressignificações.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que nesse cenário tão plural dos CAPS o ideal das práticas psicanalíticas aqui discutidas nem sempre se verifica na realidade dos atendimentos. Por isso valorizamos devidamente a prática social quando esta é a única vitória a ser alcançada e apostamos na possibilidade de escutar o sujeito em sua singularidade. Nesse sentido concordamos com Figueiredo (2004), que em certos casos a clínica deve realmente atuar sobre o geral, dado por determinadas diretrizes do campo da saúde mental, como: a reabilitação, a cidadania, a autonomia e a contratualidade, que visam ampliar as relações sociais dos usuários e fazer proliferar suas possibilidades (Figueiredo, 2004, p. 77).

Em especial no atendimento a psicóticos, a ação deve se estender até seu meio social, tornando-o mais disponível para o trânsito incomum que estes usualmente executam. Mesmo porque essa normalização é a grande aspiração do Estado, ao convidar o saber psicanalítico para suas fileiras. E as questões relativas ao singular seriam a junção do particular que compreende o universo dos transtornos mentais com as características intrínsecas de cada indivíduo.

Às vezes a intervenção psicológica é a única que resta, é o possível perante um ideal almejado; no entanto, isso não deve ser justificativa para se contentar com uma atuação que fique somente no campo da psicoterapia, quando uma outra alternativa se configura como possível. Salientamos, mais uma vez, que a atenção psicossocial não deve jamais desconsiderar a loucura como um arranjo que diz respeito a um sujeito único.

E para os que acreditam que a dor e o sofrimento mortificam, quando calados, a psicanálise oferece uma chance para que identidade e sentido possam ser criados. A fala, ao desvelar o recalque, denuncia a opressão libertando o sujeito, seja no plano intrapsíquico da loucura, seja aquela imposta pelos estigmas historicamente constituídos, quando estes dominam o extrapsíquico (Vilhena & Santos, 2000).

Afirmamos ainda que a experiência analítica não se constitui como um processo de cura propriamente, mas a possibilidade de que o sujeito possa relançar seu desejo e se apropriar com isso, de outra maneira, de sua própria história. E que

o desejo continua sendo o substrato bruto a ser escutado e redirecionado nas falas de nossos pacientes, em qualquer contexto ou temporalidade (Birman, 2000). Até mesmo por isso, parece ser possível colocar em prática aqui a psicanálise ensinada por Freud, na qual o objetivo é a ressignificação dos sintomas apresentados, transformando questões que paralisaram a vida dos pacientes (em alguns casos por anos) em miséria humana comum.

É certo que em se tratando de pacientes muito comprometidos, portadores de quadros psicóticos severos, ou daqueles cuja história denuncia as consequências dos processos pouco humanos de tratamento da loucura em nosso passado recente, os resultados de qualquer forma de tratamento serão visivelmente menores que os dos pacientes neuróticos que tratamos nos consultórios privados. Além do que tais resultados, por menores que sejam, demandarão mais tempo e dedicação do psicanalista. Mas jamais podemos afirmar que a significação dessas pequenas melhoras alcançadas com o aparecimento de um sujeito, onde antes não havia nada, não valem a luta que se descortina no horizonte.

Segundo Velho (1986), na sociedade moderna o indivíduo tende a se pensar a unidade básica significativa, a medida de todas as coisas, e isso fica mais evidente nas camadas médias intelectualizadas que interiorizam e vivenciam a ideologia individualista. A extrema valorização do privado em detrimento da esfera pública, apresentada pelos indivíduos de camadas médias, parece estar vinculada a uma estrutura socio-cultural. A categoria social da sociedade brasileira, segundo Velho (1986), tende a sublinhar uma rejeição à política, no sentido da vida pública, e o investimento existencial é, dessa forma, concentrado no privado. Parece haver uma tendência de afastamento progressivo com 109 relação aos domínios objetivos da sociedade, o foco se vira para a subjetividade, sendo esta valorizada e considerada a válvula propulsora de um verdadeiro bem estar. Parece que a essência dos indivíduos das camadas médias nos grandes centros urbanos, não depende de circunstâncias externas, depende exclusivamente do valor que ele mesmo se dá, parece que é nesta máxima que as pessoas que se utilizam da terapia psicanalítica justificam a necessidade e utilidade deste tratamento.

Observa-se nos trechos da entrevista de Mariana, o autoconhecimento é algo que em primeiro plano serve ao próprio indivíduo, um privilégio à si próprio, um cuidar de si, e as consequências disso são melhores relações com o outro, pois ela julga ser esse autoconhecimento fundamental para a não dependência do outro em

nenhuma de suas relações, e de acordo com Cassirer: “Aquele que vive em harmonia consigo mesmo, com seu demônio, vive em harmonia com o universo” (Cassirer, 1994, p.19). Assim, pensar a demanda por terapia psicanalítica, é pensar na representação do sofrimento psíquico feita pelos indivíduos como algo inerente à sociedade, pois é por ela produzido. Voltar-se para a subjetividade, nesta pesquisa, constituiu-se como um paradigma teórico relevante para entender a realidade social. Não é o homem político, nem o homem econômico, mas é o homem social que interage com os outros e constitui a sociedade ao mesmo tempo em que vai se constituindo, num processo contínuo e sem fim.

Entretanto, o indivíduo não pode ser considerado apenas em sua dimensão biológica e objetiva, há de se voltar à atenção para a subjetividade, segundo Velho, “O homem é um organismo superior, com um self cujas potencialidades podem ser desenvolvidas” (Velho, 1986, p.14). Este trabalho discute, indiretamente, os efeitos da constituição de uma “cultura psicanalítica” e a “psicologização” de alguns setores da vida social. A cultura psicanalítica pode ser analisada como ideologia, visão de mundo ou como sistemas de representação articulada a um segmento social específico, estabelecendo um eidos e um ethos específico. Segundo Figueira (1985) o eidos se estabelece num sentido de uma lógica para o pensamento, que inscrita num âmbito pessoal, possa dar conta de explicar o mundo externo. O ethos é visto como um psicologismo individualizante que privilegia a expressão das emoções, onde o inconfessável é tratado como algo recalcado, atribuindo um sabor de liberação pessoal e bem estar aos envolvidos nesse processo terapêutico.

Dessa forma, o 110 centro da análise dessa cultura está no self das pessoas que participam dessa cultura psicanalítica. Assim, a relação entre ciências sociais e psicanálise, nesta pesquisa, buscou codificar os sentimentos, atribuindo um ponto de vista que permita compreender o que ocorre com as emoções e com o imaginário no cotidiano desses sujeitos, entrando em temas que levam em conta o ponto de vista dos próprios indivíduos inseridos nessa cultura.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALBERTI, S. (2006). A Estrutura e as redes em psicanálise. In S. Alberti & A. C. Figueiredo. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 81-100). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- ALBERTI, S. & Figueiredo, A. C. (2006). Apresentação. In S. Alberti & A. C. Figueiredo. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 7-18). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- BAREMTII, G. (1982). Grupos: teoria e técnica. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda.
- BIRMAN, J. (2000). Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- BUENO, D. S. & Pereira. M. E. C. (2002). Sobre a situação analítica: a experiência de psicoterapia psicanalítica no hospital universitário da Unicamp. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 15(157), 15-24.
- CAMPOS, P. H. F. (1999). Parâmetros para uma concepção psicossocial da exclusão. *Revista Fragmentos de Cultura*, 9(6), 1238-1258.
- CAMPOS, D. T. F., Rosa, C. M. & Campos, P. H. F. (2010). A confusão de línguas e os desafios da psicanálise em instituição. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 30(3), 504-523.
- CHERRY. J. (2000). Polymorphic medical ontologies. Fashioning concepts of disease. *Journal of Medicine and Philosophy*, 25(5), 519-538.
- DEL VOLGO, M. (1998). O instante de dizer. São Paulo: Escuta.
- DELGADO, P. G. G. (2011). Saúde mental e direitos humanos: 10 Anos da lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(2), 114-121.
- DOR, J. (1989). Introdução à leitura de Lacan. Artes Médicas. Porto Alegre.
- FEDIDA, P. & WIDLOCHER, D. (1990). Présentation. *Revue Internationale de Psychopathologie*, (1), 3-4.
- FIGUEREDO, A. C. (1996). Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- FIGUEREDO, A. C. & TENÓRIO, F. (2002). O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1, 29-43.
- FIGUEREDO, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 74-86.

FOUCAULT, M. (1997). História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva. (Originalmente publicado em 1961).

FOUCAULT, M. (1998). O nascimento da clínica. São Paulo: EPU.

FREUD, S. (1996a). Projeto para uma psicologia científica (pp. 385-527, vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1891).

FREUD, S. (1996b). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia. (pp. 15-91, vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1911).

GABBAY, R. & Vilhena, J. (2010). O sujeito da loucura. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line*. 7(23), 40-53.

GOFFMAN, E. (2001). Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva. (Originalmente publicado em 1961).

GOLDBERG, J. I. (1996). Reabilitação como processo O Centro de Atenção Psicossocial. In A.Pitta, (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Ed. Hucitec.

GORI, R. (1998). A prova pela fala: sobre a causalidade em psicanálise. São Paulo: Escuta.

LACAN, J. (1998). Propos sur la causalité psychique. In J. Lacan, *Écrits*. (pp.151-193). Paris: Seuil. (Originalmente publicado em 1966).

LACAN, J. (2005). O Seminário, livro 10: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

MELMAN, C. (1991). Estrutura lacaniana das psicoses. Ed. Artes Médicas: Porto Alegre.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. de Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062. Disponível em em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n5/18.pdf>. Acesso em 14 de abril de 2011.

PEREIRA, M. E. C. (1997). O pânico e os fins da análise. *Revista Percurso*, (19), 29-35.

PEREIRA, M. E. C. (2000). A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In R. Pacheco, *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

PEREIRA, M. E. C. (2007). Diagnóstico e alienação, ou Dr., meu filho é TDAH. *Fórum de Linguagem da UFRJ: Clínicas da Linguagem*, 3. Disponível

em <http://forumdelinguagem.com.br/textos/Texto%20Mario%20Eduardo%20Pereira.pdf>. Acesso em 14 de maio de 2011.

PICHON-RIVIÈRE, E. (1986). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes.

PITTA, A. (1996). *O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?* In A. Pitta, (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Ed. Hucitec.

RINALDI, D. L. (2000). *O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário*. Disponível em www.interseccaopsicanalitica.com.br. Acesso em 16 de abril de 2015.

RINALDI, D. L. (1999). *Clínica e Política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental*. Disponível em <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br>. Acesso em 16 de abril de 2015.

SCHNEIDER, D. (1977). *Alunos excepcionais: um estudo de caso de desvio*. In G. Velho, (Org.). *Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

SCHNEIDER, K. (1978). *Psicopatologia clínica*. São Paulo: Mestre Jou.

SIGAL, A. M. (1989). *Psicanálise, grupos, instituição pública*. *Revista Percurso*, (2), 42-44.

SZASZ, T.S. (1978) *Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

VIEIRA, M. A. (2001). *Dando nome aos bois, sobre o diagnóstico em psicanálise*. In A. C. Figueiredo. (Org.). *Psicanálise - pesquisa e clínica* (1ª ed, vol. 1, pp. 171-181). Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ.

VILHENA, J. (1993). *Apartheid clínico: uma visão violenta e autoritária da prática clínica*. In *Cadernos do Serviço de Psicologia Aplicada: uma prática em debate* (no. 5). Rio de Janeiro: PUC-Rio.

VILHENA, J. (2002). *Da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção de subjetividade*. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 15(163), 48-54.

VILHENA, J. (2004). *Repensando a Família*. *Revista Psicologia do Portal do Psicólogo*.

Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0229.pdf>. Acesso em 15 de abril de 2015.

VILHENA, J. & Santos, A. (2000). *Clínica psicanalítica com comunidades. Um desafio contemporâneo*. *Cadernos do Tempo Psicanalítico*, (32), 09-35.

VILHENA, J. (2008). *Palavras sufocadas... atos desesperados. Violência, lei e subjetivação*. *Latin American Journal of Psychopathology On Line*, 5(2), 241-252.

VILHENA, J. & PINHEIRO, N. (2008). Nem público, nem privado, muito pelo contrário: sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1), 101-109.