

## A clínica psicanalítica nos espaços abertos do CAPS

Junia de Vilhena<sup>1</sup>

Carlos Mendes Rosa<sup>2</sup>

---

A clínica psicanalítica nos espaços abertos do CAPS

### Resumo

O presente texto faz uma reflexão sobre os impasses da clínica psicanalítica dentro da instituição pública que se formou a partir da Reforma Psiquiátrica, questionando as articulações entre a psicanálise e os demais saberes e práticas que convivem dentro de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Retoma historicamente o papel do diagnóstico psiquiátrico na saúde mental, seu afastamento do campo filosófico e psicopatológico, além das possibilidades atuais que tais insígnias clínicas possuem de expressar o sofrimento e a singularidade dos pacientes. Questiona também o modo pelo qual a psicanálise e os psicanalistas encaram a inserção dessa prática no contexto das instituições, em razão das diferenças de contexto e da diversidade de atores que participam do processo analítico. E propõe um paralelo entre as práticas voltadas para o resgate da cidadania dos "loucos" e o ideal almejado pela clínica da subjetividade.

**Palavras-chave:** Psicanálise; Subjetividade; Saúde Mental; CAPS.

---

The psychoanalytic clinic in open spaces of the CAPS

### Abstract

This paper reflects on the limits of psychoanalytic impasses within the public institution which was formed after the Psychiatric Reform, by questioning the links between psychoanalysis and the other knowledge and practices which are to be found within a Psychosocial Care Center (CAPS). It revisits the historical role of psychiatric diagnosis in mental health, its distance from the philosophical and psychopathological field, and the current possibilities which such clinical insignia possess to express the patients' suffering and uniqueness. It also questions the way in which psychoanalysis and psychoanalysts face up to the inclusion of this practice in institutional contexts, due to the differences in context and diversity of actors involved in the analytical process. It proposes a parallel between practices that focus on recovering the citizenship of the insane and the ideal sought by the clinic of subjectivity.

**Keywords:** Psychoanalysis; Subjectivity; Mental Health; CAPS.

---

La clínica psicoanalítica en los espacios abiertos del CAPS

### **Resumen**

Este texto realiza una reflexión sobre los obstáculos que presenta el psicoanálisis clínico dentro de la institución pública al formarse a partir de la Reforma Psiquiátrica, cuestionando la relación entre el psicoanálisis y otros conocimientos y prácticas que coexisten dentro de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Retoma, históricamente, el papel del diagnóstico psiquiátrico en la salud mental, su separación del campo de la filosofía y la psicopatología, y las posibilidades actuales que poseen estas clínicas emblemáticas para expresar el sufrimiento y peculiaridad de los pacientes. También cuestiona la forma como el psicoanálisis y los psicoanalistas conciben la inclusión de esta práctica en el contexto de las instituciones, considerando las diferencias de contexto y la diversidad de actores que participan en el proceso analítico. Propone un paralelismo entre las prácticas dirigidas a la recuperación de la ciudadanía de la "locura" y el ideal buscado por la clínica de la subjetividad.

**Palabras clave:** Psicoanálisis; Subjetividad; Salud mental; CAPS.

---

### **Introdução**

A instituição pública atual é tributária da Reforma Psiquiátrica e dos novos modelos e equipamentos, propostos pelo governo como resposta aos questionamentos sociais a respeito do tratamento e contenção da loucura nos cenários público e privado. No bojo das lutas pelo resgate da cidadania e consequente autonomia por parte dos sujeitos chamados "loucos", outras batalhas são travadas pelos diferentes saberes que recortam as doenças mentais ou o sofrimento psíquico. Nesse contexto surge a chamada clínica ampliada, que nomeia a tentativa de inserção de outros saberes e técnicas, além do saber médico, incluindo a psicanálise e a psicopatologia fundamental, que se valeu das contribuições desta última para a compreensão do sofrimento psíquico, dentro das instituições destinadas ao cuidado em saúde mental.

O presente trabalho se propõe a debater algumas questões primordiais dessa empreitada, analisando as conjunções e disjunções da clínica psicanalítica dentro de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que se constitui como o principal equipamento do atual plano de saúde pública de instalação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

No início da década de 1990 o Brasil saíra de uma longa ditadura militar através de um processo político que culminou na Assembleia Nacional Constituinte. A Constituição de 1988, cena pública excelente para expressar em ato a redemocratização do país, representa uma inflexão definitiva no campo dos direitos sociais e políticos e uma nova etapa do longo processo que já havia se iniciado nos anos 1980, no campo da saúde mental, e ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica (Delgado, 2011). Esse processo não terminou com a aprovação da Lei 10.216/2001, que estabelece os direitos do paciente portador de transtorno mental, e continua diariamente sendo atualizado pelos novos atores que se prestam a atuar

nos espaços abertos “para além das quatro paredes” que separavam o manicômio da sociedade. Desse modo nos propomos a localizar historicamente algumas questões relacionadas à construção das insígnias diagnósticas que norteiam a maior parte das práticas dentro da instituição, problematizando a centralidade do diagnóstico psiquiátrico e as modificações na psicanálise para se adequar ao contexto institucional e às lutas que se encontram em aberto.

### **Criando um contexto**

A história é longa, mas vale a pena ser contada para que tenhamos uma noção mais clara do contexto atual de “lutas” em que a psicanálise se vê imersa quando falamos da Instituição Pública de Saúde Mental. Vamos retornar ao tempo de Freud, quando, além do mestre de Viena, militavam nessas fileiras eminentes figuras do século passado, como Kraepelin e Bleuler. A psiquiatria possuía caráter notadamente psicopatológico e fenomenológico, fruto das raízes filosóficas de seus precursores. Entretanto, a eficácia terapêutica dos psicofármacos ainda não atingira níveis satisfatórios como aqueles alcançados a partir do final do século XX, e a capacidade de descrição de sintomas não auxiliava muito os psiquiatras no combate às “formas de loucura” da época.

Nesse estado de coisas, alguns pensadores começaram a questionar a eficiência e a pertinência do saber psiquiátrico, como único discurso acerca do adoecimento psíquico. Foucault (1997) e Goffman (1961/2001) colocam em questão o modo com que o grande internamento foi produzido e como os indivíduos são constituídos como “loucos”, através da união entre o Estado e o discurso médico. Outra questão primordial, apresentada por Schneider (1978), era que a psiquiatria tinha fronteiras pragmáticas, mas não fronteiras lógicas e formais. Ou seja, o que tornava o psiquiatra mais especialista nas questões relativas à doença mental que o neurologista, por exemplo? Afinal, se o conceito “doença mental” tem sua base em disfunções fisiológicas, o neurologista poderia atuar com maior propriedade do que o psiquiatra.

A partir dessa lógica de pensamento, o próprio conceito de doença mental também passou a ser questionado. Schneider (1978) dirá que, segundo a lógica cartesiana, o termo doença mental se constitui de um paradoxo. Uma vez que é “doença”, pertencente à categoria da res extensa, não pode ser “mental”, pois esta última pertence à categoria res cogito; e para o autor a “alma” não pode adoecer. Foucault (1998) acrescenta que a origem do termo “doença mental” induziu a assimilação dos processos “mentais” aos cerebrais ou neuronais.

As questões sobre a validade dos conceitos e práticas psiquiátricas deram origem a um movimento que ficou conhecido como antipsiquiatria e um de seus principais expoentes foi Thomas Szasz. Esse psiquiatra americano chegou a afirmar, em seu livro “Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria”, que Bleuler e os grandes psiquiatras de seu tempo não descobriram as doenças pelas quais ficaram famosos; eles as inventaram! Afirma que, de uma forma bem sutil, os signos clínicos que estão na base das doenças mentais já existiam com outras nomenclaturas, e o estabelecimento dessas novas doenças “serve para dar ao psiquiatra o status de médico, ao sujeito que sofre a condição de paciente e à prisão onde este é encarcerado o nome de hospital” (Szasz, 1978, p.42). O autor defende ainda que os critérios para definir as doenças mentais são éticos e sociais, e não critérios médicos (Szasz, 1978).

É fácil perceber que o panorama da psiquiatria na segunda metade do século XX não estava muito favorável. E iria piorar ainda mais com alguns estudos feitos pela Universidade de Cambridge que argumentavam que os diagnósticos em saúde

mental não possuíam confiabilidade. Tais estudos mostravam que uma mesma constelação sintomática era diagnosticada de maneiras diferentes quando apresentada a psiquiatras de países distintos (Wing, Cooper & Sartorius, 1974).

A solução encontrada pela psiquiatria foi romper com o paradigma da psicopatologia e adotar uma postura empirista que valorizasse exclusivamente as descrições nosotáxicas dos fenômenos clínicos. A partir desse ideal ganham força no campo da saúde mental os manuais de classificação diagnóstica, em especial o DSM-III, que foi lançado em 1980, posteriormente sucedido pelo DSM-IV e pela CID-10. Escondido sob o véu de um pretensão ateorismo, a perspectiva empirista e positivista passou a dominar os debates em psiquiatria relegando todas as demais formas de pensar o fenômeno psicopatológico à condição de excluídas do campo científico e, por conseguinte, das pesquisas e financiamentos relativos à área de saúde mental (Pereira, 2000).

Essa tomada de posição teve duas consequências imediatas, além da exclusão da psicanálise (e da psicopatologia) do debate cientificamente aceito. A primeira foi que a adoção do método positivista proporcionou um grande avanço no campo das pesquisas em saúde mental, especialmente no que se refere à farmacologia e às neurociências. Com isso os remédios passaram a ter uma eficácia muito maior e se tornaram o carro chefe dessa "nova psiquiatria". Agora os psiquiatras poderiam responder à sociedade em geral e aos seus críticos que sua ciência tinha (sim!) um objeto formal de estudo, a saber, os "transtornos mentais". Além disso, eles tinham agora condições de suprimir sintomas e promover o restabelecimento dos pacientes, não ficando mais na incômoda posição descrita por Foucault de "meros porteiros de loucos", ou seja, capazes apenas de dizerem quem deve ou não ser trancafiado no manicômio. Parece haver também uma aposta de que todos os problemas que se relacionam com conflitos psíquicos poderão ser resolvidos com o avanço das neurociências, pois estas descobrirão os genes das redes neurais e tudo ficará bem (Pereira, 2000; Alberti, 2006).

Não obstante, Freud já declarava no seu **Projeto** (Freud 1891/1996a) que não existe uma relação biunívoca entre psiquismo e cérebro, abrindo espaço para novas formas de relação entre organismo e psiquismo de maneira a ultrapassar o paralelismo psicofísico vigente em meados do séc. XIX. Vale utilizar aqui a distinção de Birman (2000) de que o organismo é de ordem estritamente biológica, enquanto o corpo é de ordem sexual e pulsional. Os registros desejante e pulsional do corpo são irredutíveis ao conceito de organismo. Se o que está na fonte das pulsões é o organismo, o corpo é tecido nas tramas dos destinos pulsionais, vicissitudes pelas quais a psicanálise se interessa.

A segunda consequência da tomada de posição empirista trata do despreparo da psiquiatria para lidar com as questões de fundo simbólico e subjetivo, uma vez que abriu mão do conhecimento psicopatológico e filosófico. Não se pretende afirmar que o conhecimento que a psiquiatria passou a dominar com a adoção do empirismo seja algo equivocado, apenas é incompleto para apreender o sujeito na sua totalidade. É uma questão de aceitar a impossibilidade de reduzir o fenômeno humano a qualquer registro prioritário. Seja qual for o recorte escolhido – empírico, psicológico, antropológico, sociológico ou político – este será sempre insuficiente, fragmentário; não há como reduzir o ser humano – em toda a sua complexidade – a apenas uma categoria representacional (Vilhena, 2008).

Para nosso objetivo utilizaremos como resposta à tentativa reducionista dos manuais classificatórios a perspectiva da psicopatologia fundamental que, nas palavras de Fedida e Widlöcher (1990), se refere, atualmente, a uma grande encruzilhada epistemológica na qual se entrecruzam disciplinas científicas

heterogêneas, que têm em comum a preocupação com o sofrimento psíquico. Talvez amparados por essa perspectiva que congrega várias formas de enxergar o humano na condição de sujeito que sofre, possamos apreendê-lo na sua totalidade, criando condições de também tratá-lo dessa maneira.

Não nos parece difícil prever que tal tomada de posição, dentro da instituição, gera embates entre a psiquiatria e a psicanálise. Grave questão que atravessa a clínica asilar, com prejuízos ao paciente, e que os serviços posteriores à reforma ainda lutam para se desvencilhar é a centralidade do diagnóstico médico e do tratamento farmacológico. Ainda que no CAPS em pauta as divergências com a psiquiatria não compareçam, é frequente observarmos um diálogo cruzado entre esses dois campos de saber quando o recorte diagnóstico incorre em uma impossibilidade de compreensão e atuação mútua e integrada – ou seja: a interdisciplinaridade fica reduzida apenas a uma promessa que não se cumpre.

Sigal (1989) inscreve o diagnóstico psiquiátrico clássico, não como forma de compreensão do paciente, mas como forma de cristalização do sofrimento na enfermidade mental classificável, fazendo desaparecer qualquer singularidade. Se pensarmos em uma dinâmica que privilegia o resgate dessa subjetividade, não podemos aceitar que o diagnóstico médico seja o único norte na orientação dos tratamentos dentro do CAPS; pode ser um dos nortes, mas não o único.

Além do eclipse da singularidade, a insígnia diagnóstica tem outros efeitos importantes na dinâmica psíquica dos pacientes, aos quais o psicanalista precisa se ater com muito cuidado. Cherry (2000) alerta que conceitos de doença mental não descrevem meramente características naturais ou avaliam estados, dentro de determinados contextos ele são coletivamente performativos. Isso significa que o diagnóstico pode redefinir a realidade médica e social do indivíduo. Ou seja, esse poder atribuído ao diagnóstico médico se deve à legitimidade do discurso da ciência como representante hegemônico do saber.

Pereira (2007) afirma ainda que o diagnóstico psiquiátrico, além de um instrumento técnico com usos e limites específicos, termina por constituir um elemento organizador do imaginário do indivíduo, de sua identidade e especialmente da forma de conceber o mal do qual este padece. Nesse sentido é importante que a clínica possa revelar o caráter contingente, convencional e muitas vezes político das categorias diagnósticas e sua impossibilidade de fornecer a última (e única) palavra sobre o sujeito. É lugar comum afirmarmos que a história das práticas em saúde mental tem todo o seu passado marcado pelo modelo médico, mas essa justificativa também não resolve as questões atuais da relação entre os profissionais do cuidado e da assistência na instituição.

Parece adequado para esta discussão apresentar como parâmetro um estudo feito com “Alunos Excepcionais” de escolas do Rio de Janeiro na década de 1970. A autora do estudo, Dorith Schneider, constatou que não existiam alunos excepcionais na rede privada de ensino, somente nas escolas da rede pública. Não porque os filhos das classes mais abastadas estivessem imunes às doenças e deficiências, mas pelo sistema de ensino prover condições para que os alunos de escolas particulares que apresentassem alguma dificuldade de aprendizagem fossem encaminhados a profissionais (psicólogos, professores particulares) que tivessem condições de sanar tais dificuldades, reconduzindo o aluno ao nível dos demais. Já na rede pública, o aluno que apresentava qualquer dificuldade era submetido a um teste de nível que indicava que ele pertencia à categoria AE (Aluno Excepcional). Feito isso, os “excepcionais” eram colocados em uma sala separada com níveis de ensino bem abaixo dos demais alunos “normais”. A autora conclui que o rótulo “AE” foi muito bem imposto a esses alunos (da rede pública) pelos

representantes do Estado, tornando-se uma realidade em suas vidas (Schneider, 1977).

De igual maneira ocorre 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).

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 "civildade" 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.

### **Da reabilitação à subjetivação**

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 perlaboração (*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 significante 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 significante 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.

## **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 Barenblitt,

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.

### **Conclusão**

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 resignificação 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.

## Referências

- 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.
- Baremlitt, 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 M. 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. & Widlöcher, D. (1990). Présentation. *Revue Internationale de Psychopathologie*, (1), 3-4.

Figueiredo, A. C. (1996). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Figueiredo, A. C. & Tenório, F. (2002). O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1, 29-43.

Figueiredo, 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.scielo.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 <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br>. Acesso em 16 de abril de 2011.

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 2011.

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 2011.

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.

Wing, J., Cooper, J. & Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatry symptoms*. London: Cambridge University Press.

Submetido em: 08/09/2011

Revisto em: 04/11/2011

Aceito em: 08/11/2011

### **Endereços para correspondência**

Junia de Vilhena  
vilhena@puc-rio.br

Carlos Mendes Rosa  
carlosmendesrosa@gmail.com

<sup>1</sup> Docente. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Brasil.

<sup>2</sup> Mestrando. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Brasil.