



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
CENTRO DE HUMANIDADES – CH
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

RODRIGO BARBOSA DA SILVA QUADROS

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE À CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL NO
CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: ANÁLISE
SISTEMÁTICA DAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS ENTRE 2000 E 2014**

**FORTALEZA
2017**

RODRIGO BARBOSA DA SILVA QUADROS

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE À CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL NO
CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: ANÁLISE
SISTEMÁTICA DAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS ENTRE 2000 E 2014**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicanálise e Práticas clínicas.

Orientadora: Prof. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins.

**FORTALEZA
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- Q18c Quadros, Rodrigo Barbosa da Silva.
Contribuições da Psicanálise à Clínica em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Análise Sistemática das Produções Acadêmicas entre 2000 e 2014 / Rodrigo Barbosa da Silva Quadros. – 2017.
152 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins.
1. Psicanálise. 2. Produções Acadêmicas. 3. Saúde Mental. 4. Reforma Psiquiátrica Brasileira. 5. CAPS. I. Título.

CDD 150

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE À CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL NO
CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: ANÁLISE
SISTEMÁTICA DAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS ENTRE 2000 E 2014**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicanálise e Práticas clínicas.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins – (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Monah Winograd
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC Rio)

Profa. Dra. Clara Virginia de Queiroz Pinheiro
Universidade de Fortaleza (Unifor)

Prof. Dr. Walberto Silva Santos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ao meu pai Acelino Quadros.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois foi em minha religiosidade que em muitos momentos me apoiei no decorrer desta trajetória.

À minha família, sempre presente em todas as etapas da minha vida pessoal e acadêmica.

À professora Karla Patrícia, orientadora, amiga, que esteve comigo nestes dois anos de mestrado. Agradeço pelos ensinamentos e pela troca de experiência. Pela aposta no meu trabalho que me possibilitou muito aprendizado, tanto academicamente como pessoalmente.

Aos professores Monah Winograd, Clara Virgínia Queiroz e Walberto Santos, pela disponibilidade para participar da construção do meu trabalho, pela leitura cuidadosa e pelas ricas contribuições que me fizeram avançar nos momentos finais da minha dissertação.

Ao LACEP (Laboratório Cearense de Psicometria – UFC), representado pela pós-doutoranda Ana Karla Soares, por sua ajuda na construção do *corpus* de pesquisa e na análise de dados, a partir do software IRAMUTEQ.

Ao Helder Hamilton e todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC que participaram e contribuíram com minha pesquisa nos anos de mestrado.

Aos meus amigos e companheiros de mestrado Gabriela Simão, Larissa Alverne, Paulo Parente e Rebeca Castro, que me proporcionaram momentos de aprendizado e descontração nestes dois anos e pelo compartilhamento dos medos, angústias, mas também dos momentos alegres e divertidos. Tornaram-se pessoas especiais para mim.

Aos meus conterrâneos e amigos do Piauí: Alex Santos, Glysa Menezes, Gisely Roberta e Marise Brito, cada um a seu modo contribuiu com o período que morei em Fortaleza.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa que possibilitou a realização desta pesquisa.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente com mais essa etapa de minha formação acadêmica.

A psicanálise é, em essência, uma cura pelo amor.
Sigmund Freud.

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo apresentar e discutir as contribuições da teoria psicanalítica à produção científica nacional no âmbito da saúde mental, em particular às práticas clínicas realizada nos CAPS, entre os anos de 2000-2014. A metodologia utilizada foi a análise sistemática, que permite estipular o panorama da temática estudada, apontando questões/problemas que poderão resultar no desenvolvimento de novas pesquisas. Tivemos como auxílio para análise dos dados o *software* Iramuteq. De sua principal análise, Classificação Hierárquica Descendente, surgiram cinco classes, assim denominadas: *novo modelo de assistência, a loucura em questão, psicanálise no CAPS- construção do caso clínico, teoria psicanalítica e o lugar do sujeito na clínica*. Os resultados apontados pelo *software* e a leitura na íntegra de todos os artigos, dissertações e teses nortearam a organização e desenvolvido desta dissertação. Em seus resultados, a metodologia da construção do caso clínico é apontada como ponto central da contribuição da psicanálise ao campo das práticas clínicas desenvolvidas nos CAPS. Essa metodologia é considerada ainda pelos pesquisadores de grande alcance ao permitir a transmissão da ética psicanalítica e a instituição de novas políticas e novos arranjos de poder, em especial por sua prática coletiva.

Palavras-chave: Psicanálise. Produções Acadêmicas. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica Brasileira. CAPS.

ABSTRACT

The present study aims to present and discuss the contributions of psychoanalytic theory to national scientific production in the field of mental health, in particular to the clinical practices carried out in the *CAPS* between the years 2000-2014. The methodology used was the systematic analysis, which allows stipulating the panorama of the subject studied, pointing out issues/ problems that could result in the development of new researches. We used the Iramuteq software to analyze the data. From its main analysis, Descendant Hierarchical Classification, five classes, so called: new assistance model, the madness in question, psychoanalysis in the *CAPS* - *construction of the clinical case, psychoanalytic theory and the place of the subject in the clinic*. The results indicated by the software and the complete reading of all articles, dissertations and theses guided the organization and developed this dissertation. In their results, the methodology of the construction of the clinical case is pointed as the central point of the contribution of psychoanalysis to the field of clinical practices developed in the *CAPS*. This methodology is still considered by the researchers of wide scope in allowing the transmission of psychoanalytic ethics and the institution of new policies and new arrangements of power, especially by their collective practice.

Key-words: Psychoanalysis. Academic Productions. Mental health. Brazilian Psychiatric Reform. *CAPS*.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Dendograma	23
Figura 2: Análise de Similitude	24
Figura 3: Nuvem de Palavras	25
Figura 4: Ano de publicação das produções acadêmicas.....	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Total de publicações mapeadas pela instituição e pelo tipo de publicação...96

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CAPS – AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CID-10 – Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

DOI - Digital Object Identifier

DSM – IV – Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Norte-Americana de Psiquiatria

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

IRAMUTEQ – Interface de R Pour Les Analyses Multidimensionnelles de Textes Et de Questionnaires

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

SUS – Sistema Único de Saúde

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFC – Universidade Federal do Ceará

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFPA – Universidade Federal do Pará

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UFSJ - Universidade Federal de São João Del Rei

UFU - Universidade Federal de Uberlândia

UNICAP - Universidade Católica de Pernambuco

UNIFOR - Universidade de Fortaleza

PUCRIO – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Contextualizando a pesquisa.....	17
2. PERCURSO METODOLÓGICO	20
Capítulo 1. A CLÍNICA DA REFORMA E A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO CAMPO: A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	27
1.1. Breve contextualização das vertentes teórico-metodológicas que antecederam e influenciaram a reforma brasileira	27
1.2 Reforma Psiquiátrica – Breve Histórico décadas de 70 e 80.....	30
1.3 A Clínica da Reforma	32
1.4 Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.....	40
1.4.1 Da construção do CAPS	41
1.4.2 Das suas funções: da reabilitação à implicação do sujeito.....	43
1. 5 Uma nota sobre a Reforma	46
Capítulo 2. TEORIA E CLÍNICA PSICANALÍTICA NO CONTEXTO INSTITUCIONAL: O LUGAR DO SUJEITO	49
2.1 Clínica psicanalítica no contexto institucional	49
2.2 Psicanálise e saúde mental: possibilidades de um diálogo	54
2.3 O lugar da transferência	58
2.4 Sintoma - o que diz a psicanálise?	62
2.5 Prática diagnóstica em saúde mental	67
Capítulo3. A PSICANÁLISE ENTRE VÁRIOS: A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL.	74
3.1 A prática entre vários	74
3.2 O analista no CAPS	80
3.3 A construção do caso em saúde mental	88
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
7. REFERÊNCIAS	102
APÊNDICE A - <i>CORPUS</i> DA PESQUISA	116
APÊNDICE B - MAPEAMENTO DAS PRODUÇÕES POR TIPO E REGIÃO	147

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil ganha contornos mais definidos a partir da conjuntura do processo de redemocratização no final da década de 70, caracterizando-se como crítica estrutural ao saber hegemônico psiquiátrico e o modelo manicomial, inscrito em um período de movimentação política de luta pela redemocratização. Produz um conjunto de modificações no modelo assistencial psiquiátrico público em todos os seus aspectos: teórico, metodológico e prático. A Reforma Psiquiátrica brasileira assume um caráter multidisciplinar, adotando a dimensão de um movimento político e social que tinha como principal meta depor o manicômio de sua hegemonia como único meio de tratamento em saúde mental no Brasil (AMANCIO, 2012; AMARANTE, 1995).

O movimento brasileiro acompanha um processo histórico, também vivido em outros países, que se construiu como crítica e prática junto aos vários movimentos sociais que visavam o tratamento humanitário do doente mental. Este processo constitui um conjunto de reivindicações e práticas que buscam transformar as formas excludentes e estigmatizantes de tratamento desses pacientes. Desse modo, deve-se considerá-lo como um fazer permanente no cotidiano das instituições de saúde mental, nas práticas dos profissionais e no centro de discussões da sociedade em geral (BEZERRA, 2008).

Em 2001, o psicanalista Fernando Tenório definiu a Reforma Psiquiátrica como uma tentativa de dar à loucura outra resposta social, demarcando como seu pressuposto fundamental reclamar a cidadania do louco. Tal perspectiva se desdobrou em um campo amplo de discussão no que tange às práticas de cuidado/tratamento em saúde mental no país.

Nas diretrizes das políticas públicas de saúde, o movimento reformista é entendido como um paradigma político e social implicado em todas as esferas da sociedade, devendo incidir em territórios diversos – nos níveis federal, estadual, municipal, nas universidades, nos serviços de saúde e associações de pessoas com transtorno mental e seus familiares (BRASIL, 2005).

Além do aspecto político característico daquele momento, principalmente pela reivindicação da cidadania do louco, existia outro eixo de discussão na esfera reformista. Este dizia respeito ao domínio da clínica, que passou desde então por constantes questionamentos para que atendesse as diretrizes e as propostas da Reforma Psiquiátrica e para que pudesse, a

partir de então, operar de modo satisfatório nos novos serviços de saúde mental do país. Podemos, assim, afirmar que a clínica, de fato, foi posta sob questionamento. Neste novo paradigma não deveria existir espaço para práticas clínicas tidas como individualizadas e descontextualizadas, que, supostamente, deixariam à margem aspectos sociais importantes. Era, portanto, necessário repensar as noções de cura e tratamento a partir do novo modelo que se esboçava.

Nesse contexto, o médico sanitarista Gastão Wagner Campos (1996/7) formalizou, com base em uma nova dialética entre Sujeito e doença, sua proposta de clínica ampliada e reformulada. A noção de clínica ampliada sublinha a necessidade de mudança de ênfase, antes dada à doença, agora devendo ser dada ao Sujeito, a fim de não o reduzir a um simples diagnóstico. Nas palavras de Campos: “pretende-se também incluir o Sujeito e seu Contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica” (p. 5).

Em decorrência da problemática esboçada, foi construído no Brasil um novo paradigma, em que o conceito de saúde mental foi posto em uma perspectiva mais ampla na compreensão do processo saúde-doença, a chamada Atenção Psicossocial, com ênfase nos aspectos relativos aos direitos humanos fundamentais. Podemos assim dizer que se trata de um conjunto teórico-prático que designa um novo modelo de cuidado clínico em saúde mental, caracterizado por uma pluralidade de saberes e práticas, pautada na lógica interdisciplinar, que visa problematizar um direcionamento comum para seus usuários. Era necessário pensar um novo modelo de atendimento clínico e de atenção psicossocial substitutivo e alternativo ao modelo asilar. Nesse contexto surge em São Paulo, em 1986, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, denominado *Luís da Rocha Cerqueira*.

Segundo Martins (2016), a Reforma Psiquiátrica brasileira contou de forma contundente com os intelectuais e profissionais da saúde que se engajaram no movimento a partir de suas práticas clínicas e acadêmicas, entre eles psicanalistas, historiadores e antropólogos. A criação do Mestrado em Saúde Coletiva, no Rio de Janeiro, do Instituto de Medicina Social da UERJ, em 1986, sinalizou a importância e o esforço dedicado ao novo modelo. Até aquele ano, contávamos apenas com três programas de Psicologia (PUC-RJ, 1966; USP, 1975; Maringá, 1979). Em 1988, surge o primeiro Programa em Teoria Psicanalítica do Brasil (UFRJ). Entre 1988 e 2014, outros nove programas de pós-graduação no Brasil foram criados com linhas de pesquisa em psicanálise. Simultaneamente, principalmente ao longo da década de 90, os dispositivos da Reforma receberam psicanalistas que, instigados por suas experiências, produziram uma gama de pesquisas acadêmicas.

O interesse pela possível contribuição da psicanálise ao campo da Saúde Pública deu origem à pesquisa *Estado de conhecimento das relações entre a psicanálise e a Saúde Coletiva: um estudo das produções acadêmicas entre 2000 e 2014*, que dispõe de um banco com 1147 produções acadêmicas (artigos, dissertações e teses) relativas ao campo. Cabe ressaltar que a demarcação deste período foi justificada pelos marcos históricos relativos à criação dos primeiros CAPS e a formalização dos programas de pós-graduação com linhas de pesquisa em psicanálise, que abrigaram analistas e suas reflexões sobre suas experiências. Na presente dissertação, objetivou-se realizar uma análise sistemática do banco de dados selecionado pela pesquisa citada, tendo como recorte os trabalhos no campo da saúde mental, em particular nos Centros de Atenção Psicossocial. Ao final, o banco de dados desta dispõe de 111 produções acadêmicas. Mais adiante detalharemos o percurso metodológico e seus respectivos objetivos.

Após situar o campo de estudo da pesquisa, justifico a trajetória da presente dissertação. Esta se inicia a partir da minha experiência em CAPS. Durante minha graduação, optei por fazer estágio profissional na clínica escola de Psicologia, despertando o desejo pela escuta do sujeito. Porém, não se tratava do sujeito dotado da razão ou mesmo daquele que é representado pelos grandes quadros nosográficos. Na verdade, naquele momento, já havia feito uma aposta no sujeito do inconsciente e, mesmo que não soubesse, começava meu percurso pela teoria-prática criada por Freud, a psicanálise.

Ainda nesse período tive a oportunidade de estágio em um CAPS geral localizado na cidade de Parnaíba (PI), onde me deparei com um contexto diverso, que me suscitava muitos questionamentos. Surgiam as indagações: como a psicanálise opera em uma instituição pública de saúde? Será que existe essa possibilidade de diálogo entre um campo tão heterogêneo e diverso, caracterizado por ser plural, com a psicanálise e suas especificidades? Desconhecia a existência de um campo construído nessa direção. Já existiam desbravadores que certamente fizeram, entre outras, essas mesmas perguntas e apostaram nelas, assim como estou apostando.

Ana Cristina Figueiredo (1997), uma precursora do trabalho da psicanálise em instituições públicas de saúde, ajuda-nos a sustentar que não faria sentido diferenciarmos os princípios norteadores de uma prática psicanalítica para consultórios e outra para os ambulatórios públicos. No seu livro *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*, a autora ressalta que a ampliação da psicanálise a outros contextos clínicos é possível, contanto que

não se perca a referência do *ethos*¹ psicanalítico – e esse “só faz sentido a partir de Freud e com Freud” (FIGUEIREDO, 1997, p.33).

Freud (1919/1996) já elucidava essa questão em seus escritos. Em seu texto *Sobre o ensino da psicanálise nas universidades*, ao promover a discussão sobre a inclusão de disciplinas relacionadas à psicanálise no currículo de cursos universitários, o estudioso diferencia o ensino ora vigente do processo de formação do analista e, a partir daí, delinea a possibilidade de desdobrar e estender o saber psicanalítico a outros contextos. Freud pontua que o método analítico não está restrito à investigação de distúrbios psicológicos, mas que ele também pode contribuir na interlocução com outros discursos, como a arte, a filosofia e a religião. Ressalta que a psicanálise “já produziu diversos novos pontos de vista e deu valiosos esclarecimentos a temas como a história da literatura, a mitologia, a história das civilizações e a filosofia da religião” (FREUD, 1919/1996, p. 95).

1.1 Contextualizando a pesquisa

No Brasil, até o ano de 2014, existiam treze programas de pós-graduação com linhas de pesquisa em psicanálise. Embora fosse possível, desde então, constatarmos uma expressiva quantidade de trabalhos produzidos inclusive no campo da reforma (MARTINS, 2016), pode-se afirmar que há uma carência de sistematização dessas produções, valiosas para essa área, que precisam ser mapeadas e divulgadas à sociedade.

Já existe empenho de alguns pesquisadores em sistematizar estudos realizados no âmbito da psicanálise. Destacamos o trabalho de Rinaldi e Alberti (2009), que, em comemoração ao aniversário de dez anos de existência do Programa de Pós-graduação em psicanálise da UERJ, realizaram um estudo sobre quais temáticas abordam as dissertações desse programa. Dentre os resultados é evidenciado que, das 105 dissertações defendidas até o ano de 2008, 57 tratam dos desafios do trabalho clínico na instituição e que mais de 50% dessas pesquisas são sobre a articulação da psicanálise com a saúde mental, em particular “nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, pelas questões que discutem, vêm contribuindo para levar os próprios agentes institucionais a uma reflexão sobre as suas

¹*Ethos* palavra grega que significa casa, morada. Aqui nesse contexto, aponta para os princípios e fundamentos da psicanálise: o inconsciente, a transferência, clínica da singularidade, sujeito inconsciente.

práticas” (p. 538). Tais aspectos condizem com a finalidade do programa, que visa dar sustentação de pesquisa para a prática clínica da psicanálise na saúde mental.

O estudo de Lustoza, Oliveira e Mello (2010) analisou a produção de trabalhos em psicanálise em 229 artigos entre os anos de 2002 e 2009, em seis periódicos científicos. De seus resultados, podemos salientar: houve um crescente número de publicações em psicanálise a partir do ano de 2005; pesquisas foram realizadas em diversos contextos nos quais a psicanálise vem sendo aplicada; há predominância do sexo feminino na autoria das publicações; a origem dos trabalhos concentra-se na região sudeste do país. Os pesquisadores concluíram que houve um grande avanço nas produções no âmbito da psicanálise, embora existam outros aspectos e problemáticas a serem explorados em pesquisas futuras, de forma mais enfática, sugerindo ainda que “outros estudos similares sejam realizados, visando monitorar a expansão da área no Brasil” (p. 161).

Camila Fonteles (2015) realizou um mapeamento de teses em psicanálise entre os anos 1987 e 2012, com o objetivo de investigar sua relação com a universidade no Brasil. A autora chegou à conclusão de que a psicanálise ao longo dos anos conquistou espaço nos centros acadêmicos, principalmente, após a criação de programas de pós-graduação em psicanálise. Salienta, também, através de seu trabalho, algumas características dessas produções, tais como: teses realizadas em diversas áreas do conhecimento, concentração na região sudeste, referencial freudo-laciano e temáticas teórico-clínicas. No mesmo trabalho, Fonteles evidencia ainda que os analistas reconhecem a universidade como espaço importante na produção de conhecimento em psicanálise, e que seu aspecto interdisciplinar favorece o diálogo com outros campos do saber.

Mais recentemente, Paulo Pinto (2016), em sua dissertação, realizou uma Revisão Sistemática de Literatura (RDL) sobre a inserção da psicanálise na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da análise de artigos datados entre os anos 2010 e 2014. A conclusão apurada foi que a psicanálise se insere nos diversos dispositivos e serviços no âmbito da saúde mental, tendo o CAPS como *locus* privilegiado.

Nessa perspectiva, podemos inferir sobre a importância da presente pesquisa que, ao ser proposta, visa um balanço do saber construído, quais caminhos vêm sendo apontados, os aspectos e as dimensões mais destacadas por esses autores que se dedicam ao diálogo psicanálise-saúde mental.

Estudos como esses podem ainda demonstrar a consolidação do ensino da psicanálise dentro da universidade brasileira. Essa difusão foi se intensificando nos cursos de psicologia,

mais precisamente, no início da década de 80 do século passado, quando as práticas *psi* no campo da saúde pública foram pensadas em diálogo importante com as Ciências Sociais. A psicanálise foi chamada a responder sobre os desafios trazidos pelas transformações do laço social no âmbito da cultura e seus efeitos nos modos de subjetivação (MARTINS, 2012; MARTINS; VILHENA, 2014).

Tal aproximação é um fato importante para demonstrarmos o esforço de presentificação da psicanálise dentro da universidade e a possível consolidação das contribuições feitas ao campo da saúde mental. Portanto, consideramos que esse grande volume de trabalhos, anteriormente mencionados, é resultado da inserção dos analistas no contexto das instituições de saúde do país, e merecem ser destacados como resposta à crítica direcionada à práxis analítica de estar alheia às demandas do campo da saúde pública (MARTINS, 2016). Trata-se ainda de uma tentativa de visualização da amplitude e da profundidade do que vem sendo produzido sobre essa temática e das práticas clínicas que derivam desta inserção.

Em vista do que foi pesquisado, é de grande valor elencar quais reflexões e problemáticas esses trabalhos abordam sobre o processo de reforma, considerando também que os desafios encontrados neste campo de extensão fazem avançar também a própria psicanálise.

Assim, em nossa construção, objetivamos analisar as produções científicas nos últimos quinze anos sobre as contribuições da teoria psicanalítica à produção científica nacional no âmbito da saúde mental, em particular às práticas clínicas realizadas nos CAPS. Situairemos, a partir da análise do Iramuteq e da análise sistemática das produções acadêmicas, quais problemáticas são levantadas no diálogo entre a psicanálise e o campo da saúde mental, e como os psicanalistas que se inseriram nesse contexto responderam conceitualmente às questões que surgem desse diálogo, a partir de sua articulação ético-clínica. Para tanto, adotamos a metodologia exposta a seguir.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Demarcaremos o percurso metodológico realizado nesta dissertação, a fim de proporcionar uma melhor compreensão de seu desenvolvimento. Para tanto, descreveremos de modo satisfatório as quatro etapas de sua construção salientando quais procedimentos foram feitos.

2.1 Etapa 1: A pesquisa “Estado de conhecimento das relações entre a psicanálise e a saúde coletiva: um estudo das produções acadêmicas entre 2000 e 2014”

Nesta etapa me inseri na pesquisa *Estado de conhecimento das relações entre a psicanálise e a saúde coletiva*, coordenada pela professora Dr^a Karla Patrícia Holanda Martins na Universidade Federal do Ceará (UFC), que teve como objetivo analisar as contribuições da teoria psicanalítica à produção científica nacional no campo da saúde coletiva, no âmbito das linhas de pesquisa em psicanálise nos programas de pós-graduação em Psicologia. Esta pesquisa foi realizada entre os anos de 2012 e 2016, envolvendo graduandos e pós-graduandos do departamento de psicologia da UFC. Atualmente, conta com um banco de dados com 1.147 produções acadêmicas, entre teses, dissertações e artigos².

Em suas primeiras análises, com o auxílio do *software* Iramuteq, foram encontradas cinco **classes** no *corpus* analisado. Demarca-se que uma dessas classes, que surgiram da análise do programa, refere-se à *saúde mental* e, ainda, apresenta-se como a **classe** mais significativa – ou seja, a classe que mais tem relação com o *corpus* analisado. Este fato corrobora com a proposta e a justificativa desta dissertação, que **é um recorte** da pesquisa citada visando promover uma investigação sobre as contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental, em especial às Práticas Clínicas realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial.

²A partir de seus desdobramentos já foram confeccionados 3 artigos, uma dissertação de mestrado, além de apresentações de trabalhos em eventos acadêmicos e instituições psicanalíticas e um prêmio de iniciação científica.

2.2 Etapa 2: Construção de um novo banco de dados

Para esta dissertação, foi construído outro banco de dados a partir do levantamento já realizado pela pesquisa ora mencionada, tendo em vista o seguinte objetivo: investigar as contribuições da teoria psicanalítica à produção científica nacional no âmbito da saúde mental, em particular, às práticas clínicas realizadas nos CAPS, entre os anos de 2000 a 2014.

Os critérios de inclusão-exclusão das produções acadêmicas para a construção do banco de dados foram os seguintes: ano da publicação, incluindo apenas aqueles produzidos entre 2000-2014; títulos, resumos e palavras-chave, averiguando a pertinência à proposta da pesquisa, mediante a leitura destes; idioma, abrangendo somente os trabalhos acadêmicos de língua portuguesa. Foram desconsideradas as produções que não possuíam ou não disponibilizavam resumos e palavras-chave - resenhas e entrevistas também não foram incluídas, tendo em vista a ausência de resumos e palavras-chave.

As palavras-chave utilizadas como critério para a construção deste banco foram: saúde mental, CAPS, reforma psiquiátrica, psicopatologia, clínica, ética, sintoma, psicose.

2.1 Etapa 3: Construção do *corpus* de pesquisa e o uso do programa Iramuteq

Feita a seleção, o banco de dados desta dissertação passou a contar com 111 produções acadêmicas das seguintes instituições de ensino superior: UFPA, UNIFOR, UNICAP, UFMG, UFU, UFSJ, USP, UERJ, UFRJ e PUC- Rio.

O passo seguinte foi a criação do *corpus* – conjunto de textos analisados (resumos das produções) pelo programa Iramuteq. Esse *software* realiza análises textuais e possibilita análises, tanto quantitativas como qualitativas, tendo em vista que é possível resgatar o contexto em que as palavras (resultados) ocorreram, caracterizando-se, assim, como uma ferramenta importante para a quebra da velha dicotomia entre quantitativo-qualitativo. Segundo Camargo e Justo (2013a, p. 514), o uso de *softwares* para análise de dados textuais “tem sido cada vez mais presente em estudos na área de Ciências Humanas e Sociais, especialmente naqueles estudos em que o *corpus* a ser analisado é bastante volumoso”.

Dessa forma, o presente trabalho é uma análise sistemática feita a partir de uma pesquisa “estado da arte”. A análise sistemática permite estipular o panorama da temática estudada, apontando questões/problemas que poderão resultar no desenvolvimento de novas pesquisas. Em sua construção, utilizamos-nos dos dados já colhidos e criamos nosso próprio banco tendo como crivo os objetivos de pesquisa e os critérios de sua construção. Para análise dos dados, foram utilizados dois instrumentos. O principal foi o *software* Iramuteq, que norteou, a partir de seu resultado, a organização desta dissertação e a leitura na íntegra das produções que compõem o banco de dados. Deve-se demarcar que, na construção da dissertação, as indicações do Iramuteq foram consideradas os textos mais significativos de cada classe.

Assim, não se trata de uma pesquisa bibliográfica apenas. A utilização do *software* permite análises quanti-quali em seus resultados. Além disso, as produções que compõem o banco de dados (desta dissertação) provêm de uma pesquisa de estado da arte, sendo necessário delinear um conjunto de critérios, já citados, para sua construção.

2.4 Etapa 4: resultados da análise do *software* e a organização dos capítulos

A pesquisa foi estruturada a partir do resultado da análise do *software* Iramuteq, não se limitando apenas à organização. Os resultados auxiliaram também em outros aspectos, desde os textos utilizados até os tópicos construídos.

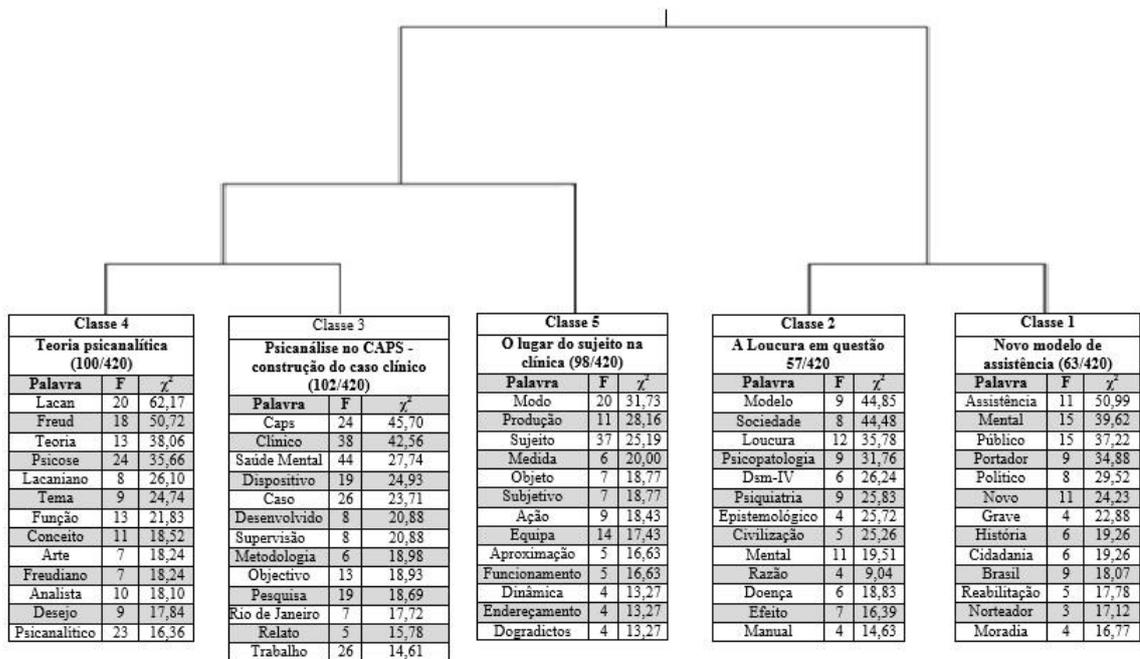
O *corpus* analisado é constituído por 111 TEXTOS, representando os 111 resumos dos trabalhos considerados, com uma média de 35,2 formas por SEGMENTO DE TEXTO (ST), totalizando 17.362 ocorrências (total de palavras que o *corpus*) e apresentando uma divisão em 420 STs, correspondendo a 85,2% do total de STs do *corpus*.

Primeiramente, foi realizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD)³. Os resultados identificaram a presença de cinco classes distintas, cujos nomes foram atribuídos a partir de seus descritores. Visando uma melhor compreensão da divisão do conteúdo textual e da composição das classes, o dendrograma permite visualizar os possíveis agrupamentos a

³ Esta análise classifica os segmentos de texto (são excertos de texto) em função de seus vocabulários, e o conjunto desses é repartido levando em consideração a frequência das formas reduzidas. Esta análise tem como finalidade obter segmentos de textos que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulários semelhantes entre si, assim como, vocabulários distintos dos segmentos de textos das outras classes.

partir da classificação hierárquica descendente indicando tanto o relacionamento entre as classes quanto os vocábulos mais associados a estas, com seus respectivos qui-quadrados e frequências [$\chi^2 (1) \geq 3,84, p < 0,05$]. Desta análise, estruturamos a dissertação através das cinco classes que surgiram da leitura do *software* e das relações entre as mesmas.

Gráfico 1: Dendograma



A classe 1 foi nomeada *Novo modelo de assistência*. As dez palavras mais frequentes e significativas⁴ foram: assistência, mental, público, portador, político, novo, grave, história, cidadania e Brasil.

A classe 2 foi nomeada *A loucura em questão*. As dez palavras mais frequentes e significativas foram: modelo, sociedade, loucura, psicopatologia, DSM-IV, psiquiatria, epistemológico, civilização, mental e razão.

A classe 3 foi nomeada *Psicanálise no CAPS- construção do caso clínico*. As dez palavras mais frequentes e significativas foram: CAPS, clínico, saúde mental, dispositivo, caso, desenvolvimento, supervisão, metodologia, objetivo e pesquisa.

A classe 4 foi nomeada *Teoria psicanalítica*. As dez palavras mais frequentes e significativas foram: Lacan, Freud, teoria, psicose, lacaniano, tema, função, conceito, arte e freudiano.

⁴ Para tal descrição considera-se o qui-quadrado de cada palavra.

É importante salientar que em cada capítulo foram utilizadas as próprias produções acadêmicas (artigos, dissertações e teses) que compunham o banco de dados da pesquisa, assim como as principais referências utilizadas pelos autores das referidas produções. No conjunto das produções analisadas nas classes 1, 2, 3, 4 e 5, existem referências consideradas “clássicas” para a compreensão da problemática abordada. Os autores partem dessas referências precursoras para desenvolverem suas ideias, seja para corroborá-las ou mesmo para contrapô-las.

Capítulo 1. A CLÍNICA DA REFORMA E A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO CAMPO: A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Como já dito anteriormente, os capítulos desta dissertação foram organizados a partir dos resultados da análise do *corpus teórico* com o auxílio do programa Iramuteq. Este capítulo resultou da articulação da classe 1 *Novo modelo de assistência* (que corresponde a 15% do total do *corpus*) com a classe 2 *A loucura em questão* (que corresponde a 13,57% do total do *corpus*), posto que ambas estão estreitamente relacionadas (ver Gráfico 1: Dendograma).

Todos os textos referentes às classes 1 e 2 abordam em maior ou menor desenvolvimento os seguintes pontos: o resgate histórico e epistemológico de como foi construído o campo da atenção psicossocial, apresentando seus princípios e diretrizes; o percurso de construção da clínica da reforma, demarcando a influência dos pressupostos da psicanálise nesse processo; a definição e função do CAPS, considerado uma das bases da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Assim, o capítulo nos ajuda a refletir como foi construído esse campo de atuação da psicanálise para pensarmos este diálogo na atualidade.

1.1. Breve contextualização das vertentes teórico-metodológicas que antecederam e influenciaram a reforma brasileira

É importante realizar um resgate histórico dos movimentos que antecedem a Reforma Psiquiátrica, pois possibilita um melhor entendimento dos modelos que influenciaram os ideais reformistas no Brasil. Embora a reforma brasileira tenha sua identidade própria, com características específicas do contexto em que eclodiu sem a importação colonizada de modelos, ela não deixa de ter relações com algumas iniciativas de mudanças na psiquiatria que ocorreram em outros países. De certo modo, tais iniciativas foram importantes na construção de estratégias e modo de organização das instituições de assistência aos portadores de sofrimento psíquico em nosso país. Essa retomada se torna indispensável no caminho que pretendemos traçar: pontuar as bases epistemológicas da psicanálise na Reforma Psiquiátrica brasileira, demarcando sua interferência no novo paradigma construído.

Os modelos que tiveram influência na Reforma Psiquiátrica brasileira foram os movimentos que ocorreram na Europa e nos Estados Unidos, desde o fim da primeira guerra mundial, incluindo nesse contexto a psicoterapia institucional francesa, a desinstitucionalização italiana e, em menor grau, as comunidades terapêuticas inglesas e a psiquiatria preventiva comunitária norte-americana. Serão destacados alguns pontos importantes dessas experiências, demarcando seus principais fundamentos e o posicionamento da psicanálise frente às mudanças ocorridas nas instituições psiquiátricas. Nesse primeiro momento, de caráter histórico, trataremos dos dois últimos modelos. A desinstitucionalização italiana e a psicoterapia institucional francesa serão abordadas posteriormente em outra secção.

O primeiro modelo foi o das comunidades terapêuticas, que reverberou mais precisamente na virada das décadas de 60 e 70, marcando oposição às estruturas tradicionais do modelo de tratamento da psiquiatria da época. A crítica principal estava centrada na concepção de que o asilo era o principal responsável pela degradação dos pacientes, funcionando como agente produtor das enfermidades. Visava, então, criar um espaço institucional onde predominasse um melhor convívio social de modo a romper com o paradigma do modelo manicomial. Para Amarante (1995) essa vertente teórico-metodológica, à época, chamou a atenção da sociedade para as condições desumanas em que viviam os pacientes institucionalizados. A partir das denúncias de maus tratos e de negligências para com o tratamento dos doentes, as propostas de transformação do espaço asilar foram sendo fortalecidas.

De modo geral, as comunidades terapêuticas, de fato, não tiveram nenhum impacto sobre o modelo manicomial devido, principalmente, à fragilidade do seu projeto organizacional (TENÓRIO, 2001). Em consequência, houve uma absorção pelos manicômios privados, que não tinham interesse em mudança, mas, guiados por uma lógica de mercado, ditavam um discurso moderno camuflado em uma gestão ainda tradicional.

Nesse momento, a psicanálise tem sua primeira aproximação com a reforma institucional em psiquiatria. Nas comunidades terapêuticas, ela se restringiu a interpretar por meio das “leituras do inconsciente” os pacientes, assim como os profissionais e a própria instituição. Ou seja, nesse contexto, a psicanálise tomava a instituição e a equipe como objeto de interpretação, situando-se em um lugar de saber perante ambos (TENÓRIO, 2001).

É válido enfatizar que o lugar ocupado pela psicanálise no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que se sucedeu a partir da década de 70, é distinto desse ocorrido na experiência das comunidades terapêuticas. Segundo Tenório (2001), a psicanálise, nesse último caso, faz uma inversão, ou melhor, assume outra postura. Recusa-se ao caráter de *objeto precioso* detentor do saber que tem o conhecimento sobre seu objeto para incorporar-se em uma lógica interdisciplinar, que se construiu a partir de então, tendo em vista um campo mais heterogêneo, diferente daquele em que dominavam os saberes *psi*. (TENÓRIO, 2001)

Ainda referente a essa questão, Figueiredo (1997) e Tenório (2001) ressaltam que a orientação lacaniana foi um referencial comum entre os analistas que atuaram na reforma. Esta orientação teórica teria possibilitado à psicanálise ocupar outro lugar. Os autores sugerem que Lacan, em sua teorização sobre a psicose, recomenda que o analista evite o excesso de interpretação, colocando-se em um lugar-outro, operando para que o sujeito se implique no seu tratamento.

O segundo momento antecessor à reforma brasileira foi o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva. De início, foi bem aceito. Surgiu nos Estados Unidos como proposta renovadora no âmbito da saúde mental, visando uma aproximação da psiquiatria com a comunidade, propondo estratégias e intervenções que pudessem evitar a enfermidade e conseqüentemente as internações. Este programa almejava a detecção precoce das doenças mentais assim como o desenvolvimento de ações sociais em prol da prevenção do adoecimento psíquico (MASCARENHAS, 2011). Surge a concepção de que as doenças mentais podem ser prevenidas “[...] senão detectadas precocemente, e que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade” (AMARANTE, 1995, p. 37).

Essa noção de saúde mental estava associada a uma regulação social pautada em um paradigma de padronização e normatização, as palavras de ordem eram adaptação-desadaptação social. Logo surgiram críticas ao modelo adotado. Vários foram os nomes que questionaram essas ações; entre eles, destacam-se Joel Birman e Jurandir Freire Costa, pelas inserções institucionais que ocupavam na época como professores no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Em seus trabalhos pioneiros, interrogaram e se opuseram, no campo da Saúde Pública no Rio de Janeiro, a esta normatização do social, denunciando estratégias que não visavam à cura do doente, mas, sim, adaptá-lo a um grupo (AMARANTE, 1995; COUTO; ALBERTI, 2008; MASCARENHAS, 2011; TENÓRIO, 2001).

Birman e Costa (1976) são referências importantes e citadas em todos os trabalhos que abordam a temática da psiquiatria preventiva. Segundo eles, a psiquiatria em seu surgimento no século XVIII se apresentava como uma terapêutica dos distúrbios mentais, sendo seu campo de abrangência o estudo desses distúrbios e os modos de tratamento. Entretanto, na modernidade houve uma inversão no seu objeto de estudo, que passa a ser um saber sobre a saúde mental. “Registramos a mudança radical da perspectiva psiquiátrica. Não mais se trata de curar um doente, mas de adaptá-lo num grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais” (BIRMAN; COSTA, 1976, p. 52).

1.2 Reforma Psiquiátrica – Breve Histórico décadas de 70 e 80

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem início no final da década de 70 junto ao movimento sanitarista que objetivava mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde. Surge em meio à crise do modelo de assistência centrado nos hospitais psiquiátricos e dos movimentos sociais que lutavam pelos direitos e pela humanização dos pacientes com transtorno mental.

Nesse período, a política de saúde mental no país era essencialmente hospitalocêntrica, portanto, a única forma de tratamento para pessoas com algum sofrimento psíquico. Em tal contexto, o meio terapêutico acabava por agravar o quadro dos pacientes, pois esses eram enclausurados em hospitais e tratados como objeto do saber médico, excluídos da vida social e familiar.

Em decorrência dessa situação, os profissionais da saúde mental começaram a questionar essa terapêutica excludente e estigmatizante em uma série de movimentos que se sucederam a partir da década de 70. O movimento popular no campo da saúde mental visava construir um espaço de debate e luta *não institucional*,⁵ onde se discutissem propostas de transformações na assistência psiquiátrica, através, principalmente, da organização por parte dos trabalhadores da saúde mental, de encontros e eventos que envolvessem setores das diversas esferas da sociedade para discussão da situação precária do modelo de tratamento vigente. O Movimento dos Trabalhadores em saúde mental (MTSM) teve papel decisivo para a eclosão da Reforma Psiquiátrica no país, sendo, por muito tempo, articulador tanto nas

⁵ Em referência as suas propostas contrárias/negação da institucionalização da Loucura.

formulações teóricas como na organização de novas práticas em saúde mental (AMANCIO, 2012; AMARANTE, 1995; LIMA, 2006; KIRYLLOS NETO, 2003).

O contexto brasileiro nesse período não era dos mais favoráveis, o país passava por uma ditadura militar e uma crise econômica. Entretanto, foi nessa época que a Reforma Psiquiátrica começou a aparecer no cenário nacional, não apenas como um novo modelo de saúde mental, mas como um projeto de redemocratização. Yasui (2006), em sua tese de doutorado, ressalta que o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira envolvia questões mais amplas, afirmando que “todo este processo se articulou com outros movimentos sociais e com a luta pela redemocratização do país” (p. 26). Ou seja, nasce em um cenário de lutas por profundas transformações sociais.

A década de 80 foi marcada por movimentos e eventos importantes. Nesse período, o paradigma reformista deixou de ser restrito ao campo técnico-assistencial e ganhou contornos mais globais. Esse processo se deu articulado em todos os aspectos: teórico-conceitual, jurídico-político e sociocultural. Foram marcos dessa época a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília, em 1986 - vale destacar que nessa conferência foi proposta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS); e, ocorrida no ano seguinte, a I Conferência Nacional de saúde mental – I CNSM (AMANCIO, 2012; LIMA, 2006; ROSA; VILHENA, 2012; TENÓRIO, 2002).

A partir da I CNSM o processo reformista ganhou novos atores importantes, deixando seu caráter exclusivista. Além dos especialistas, o processo passou a contar com diferentes aliados, entre eles, usuários, familiares e a sociedade em geral, que é chamada a debater não somente sobre o louco, mas também sobre as relações loucura-sociedade. Foi nesse contexto que o debate ganhou dimensões maiores; a ação cultural ganha espaço privilegiado no bojo da discussão e, a partir de então, nasce e se fortalece a denominada “Luta Antimanicomial”.

Com o crescimento desse paradigma e dos vários encontros que se sucederam a partir de então, acentuou-se o debate sobre as estruturas de cuidados. As exigências não se restringiram ao plano dos direitos humanos e passaram a indagar os dispositivos de cuidado/tratamento dos pacientes psiquiátricos, requerendo, assim, um novo pensamento da clínica psiquiátrica sobre seu *fazer clínico*. Tal questão será discutida em uma seção posterior, na qual se propõe a discussão sobre as principais reivindicações e sobre quais estratégias foram exigidas ao novo modelo de cuidado em saúde mental que se construiu no país.

Ainda na década de 80, surgiram experiências importantes no contexto das mudanças na terapêutica do doente mental. Dentre elas, podemos citar a criação, em 1987, na cidade de São Paulo, do primeiro CAPS do país, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luíz da Rocha Cerqueira, inaugurando uma nova forma de cuidado em saúde mental. A criação desse dispositivo representa, no contexto de mudanças em questão, uma espécie de esforço de conciliação entre a tensão clínica e as questões políticas que se discutiam na época. O CAPS caracteriza-se, desde então, como um espaço que não dispensa o saber da clínica psiquiátrica, mas a chama para se inserir em um campo vasto de discussões no tocante às novas modalidades de tratamento dos ditos loucos. A clínica do CAPS “não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas subordina-os a uma nova apreensão do que seja a problemática da doença mental e do que seja o tratar” (TENÓRIO, 2002, p. 39).

1.3 A Clínica da Reforma

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi um conjunto de reivindicações direcionadas às formas de tratamento ao doente mental. Consistiu na luta por melhorias e mudanças no sistema, construindo um novo modelo de saúde mental no país e abrindo espaço para uma perspectiva mais ampla de compreender o processo saúde-doença, que caracteriza hoje o campo da atenção psicossocial. Nesse novo contexto, o campo *psi* (Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise) não é mais dominante. A contribuição de outras disciplinas do conhecimento forneceram pluralidade e interdisciplinaridade para a assistência à saúde mental.

A Reforma, ao questionar a hegemonia do saber médico no tratamento dos pacientes psiquiátricos, abriu espaço para novas formas de abordar o sofrimento psíquico. A exigência pela cidadania do louco firma-se como aspecto fundamental deste paradigma, caracterizando-o como movimento político que orienta as reformulações tanto no âmbito das instituições como no campo da clínica (RINALDI; BURSZTYN, 2008).

As mudanças propostas não se restringiram apenas à quebra dos alicerces do modelo manicomial. A Reforma questionou o modelo clínico vigente, percebendo a clínica como um espaço descontextualizado, que não considerava as questões sociais e que não atendia as diretrizes e aspirações propostas pela reforma.

Desde então, a clínica psiquiátrica passou a ser questionada e criticada pelo seu modo de tratamento. Havia exigências para que viesse a repensar as noções de cura e tratamento a partir do novo paradigma que se construía, nos âmbitos das ações e da organização na assistência em saúde mental.

Nesse cenário de luta política, a reforma sanitária foi outro movimento dentro da saúde pública que questionou a prática clínica tradicional e exigiu mudanças. Embora se tratasse de aspectos mais amplos, esse movimento teve influência decisiva no novo paradigma de tratar o paciente psiquiátrico. Foi proposta uma clínica preventiva e promocional em saúde, valorizando a multidisciplinaridade (integralidade) e a garantia do acesso a todos os mecanismos da saúde (BEZERRA, 2013).

Ainda no contexto sanitarista, segundo Bezerra (2013), pode-se afirmar que houve uma inversão de ênfase em suas políticas. A medicina deixou de ser o eixo de referência a todos os profissionais e os hospitais deixaram de ser o modelo de assistência. A proposta de reforma sanitária colocou em cheque aspectos políticos e organizacionais e as práticas do cuidado em saúde. Na época, existia uma preocupação do Ministério da Saúde em, além de construir serviços substitutivos aos manicômios, modificar a lógica do funcionamento, pois a implantação dos novos dispositivos não garantia a erradicação do modelo excludente (BEZERRA, 2013).

Em um momento anterior, mencionamos que experiências no campo das instituições psiquiátricas em outros países influenciaram o movimento da reforma no Brasil. Destacamos as comunidades terapêuticas e a psiquiatria preventiva-comunitária norte-americana. Passaremos agora para as outras duas experiências que, segundo as produções estudadas, foram as que influenciaram de forma direta o paradigma brasileiro. Destacaremos neste momento o trabalho do psicanalista Fernando Tenório⁶, citado em todos os trabalhos das duas

⁶ Fernando Ribeiro Tenório é psicanalista, Doutor em Teoria Psicanalítica pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (2008-2012), mestre em Ciências da Saúde, com área de concentração em Saúde Mental, pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1997-1999) e especialista em Saúde Mental pela mesma instituição (1994-1995). Atualmente, é professor do Departamento de Psicologia da PUC-Rio e supervisor clínico-institucional do CAPS Fernando Diniz, no Rio de Janeiro. Tem experiência em instituições psiquiátricas e serviços de Saúde Mental, foi coordenador de Saúde Mental da cidade de Niterói no período de 2002-2006 e supervisor clínico institucional da rede ambulatorial de 2006 a 2010. É autor do livro “A Psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica”, pela editora Rios Ambiciosos em 2001 (considerado referência importante para estudos na área da Reforma Psiquiátrica brasileira) e de diversos artigos e capítulos de livros nessa mesma área.

classes, no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, mais especificamente no caminho de construção do que estamos chamando de “clínica da reforma”.

Tenório (2001) propõe pensarmos que a primeira vertente da Reforma foi a desinstitucionalização. Essa tem suas raízes no paradigma reformista italiano e consiste na tese de que o conceito *doença mental* traz consigo um aspecto negativo que reduz e simplifica um fenômeno complexo. Desse modo, a partir dessa concepção, tomar a loucura pelo conceito de doença, herança da clínica psiquiátrica, corrobora com aspectos negativos como estigma e segregação do louco perante a sociedade. E para a superação desse estigma é necessária uma desconstrução destas instituições, propondo uma superação da clínica e dando espaço para instituições que atuem no território social, funcionando como promotoras de sociabilidade; ou seja, a instituição a ser negada não é o hospital psiquiátrico, mas sim a doença mental.

A segunda vertente tem suas bases firmadas na psicoterapia institucional francesa. Esta situa a clínica psiquiátrica de modo diferente, ou seja, afirma uma *positividade* da clínica no tratamento da loucura. Tem como objetivo fazer da instituição um local que possibilite o laço social, tendo em vista que os usuários desses serviços têm dificuldade nesse aspecto. Segundo Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr (1992), o que estava em jogo nos fundamentos da psicoterapia institucional francesa era a possibilidade de abertura das instituições psiquiátricas para se tornarem um espaço terapêutico, “um lugar onde poderão encontrar talvez algum ponto onde se ligar e com isto tornar sua existência um pouco menos penosa” (p. 29). Segundo esses autores, essa vertente deu sustentação teórica a um dos dispositivos de base da reforma brasileira, o CAPS. Ao realizarem uma revisão sobre a psicoterapia institucional francesa, Vertzman, Cavalcante e Serpa Jr (1992) delineiam as influências da psicanálise para essa vertente teórico-prática:

Em relação à psicanálise é importante destacar o papel que a elaboração teórica de Lacan sobre a questão das psicoses teve para o movimento de psicoterapia institucional, uma vez que a leitura do que se passa com os pacientes é no mais das vezes feita a partir do referencial teórico deixado por Lacan (p. 21-22).

Couto e Alberti (2008) também afirmam que a psicanálise se constitui como um saber importante desse paradigma, orientado, principalmente, pelas concepções lacanianas.

A partir da divisão proposta por Tenório (2001), a reabilitação psicossocial poderia ser considerada uma terceira vertente. No entanto, essa perspectiva está diluída nos ideais das

duas vertentes anteriores, tendo em vista que essas trazem a primeiro plano a questão da existência, ou seja, cuidar/tratar é ajudar a reconquistar a competência social. Nesse sentido, percebe-se um caráter pedagógico, que está atrelado ao termo recuperação. Levado ao pé da letra, reabilitação significa conquistar as habilidades perdidas. Esse é um conceito da medicina que certamente se perde no âmbito do campo da psiquiatria, pois este retorno ao estado normal é problemático quando se trabalha com pacientes psicóticos.

Expostas essas três vertentes, é importante trazer à luz alguns apontamentos. O primeiro é que tais vertentes foram apresentadas separadamente por questões meramente didáticas; embora contem com teorias e práticas distintas, elas não são de todo excludentes e misturam-se na experiência das transformações no campo institucional psiquiátrico do país. O campo aqui expresso é o da atenção psicossocial, que em seu conjunto teórico-prático designa um novo paradigma de cuidado em saúde mental.

Segundo Tenório (2001), a experiência brasileira não se define pela eleição de uma das três vertentes, como já foi afirmado, posto que essas práticas dialogam. E, por fim, é digno de respaldo que, assim como a psiquiatria, a psicanálise também é um dos saberes base desse campo, presente em todas as vertentes, embora com menor intensidade na primeira e comparecendo de forma expressiva, mas com proporções distintas, nas outras duas. Em outras palavras, a influência da psicanálise é *pouco significativa* nas práticas de reabilitação; *negada* na desinstitucionalização, onde existe a proposta de superar a clínica, tomando como eixo a questão da cidadania, e *explícita* na teoria-práxis da clínica institucional e, conseqüentemente, presente nas práticas de cuidado dos CAPS (TENÓRIO, 2001).

Vimos até aqui quais os modelos que influenciaram as práticas clínicas no campo da saúde mental brasileira e o modo como a psicanálise esteve presente nesses paradigmas. Sabemos que a reforma não reivindicava apenas mudanças políticas/organizacionais, mas também questionava o modo de tratamento-cura, trazendo uma série de propostas à prática clínica em saúde mental pública. Tentaremos trazer à luz quais eram essas reivindicações e quais suas propostas, a partir dos trabalhos analisados.

Segundo os trabalhos pesquisados, durante esse percurso foram propostas novas formas de organização nos ambulatórios e hospitais a fim de atingir os objetivos delineados; também foram trazidos à luz conceitos tidos como fundamentais nesse novo contexto. Entretanto, Tenório (2001) e França Neto (2009) advertem que alguns desses conceitos se

tornaram caros ao vocabulário das novas práticas, conceitos esses (cidadania, reabilitação, reinserção) que serão discutidos durante o corpo do trabalho.

A proposta visada seria deslocar o foco da doença para a pessoa doente, assim como criar condições, então inexistentes nos ambulatórios e hospitais, para que essa ideia fosse concretizada. Desse modo, apontaremos duas questões principais, em evidência, no que tange a mudanças no paradigma clínico no contexto psiquiátrico.

Nessa perspectiva, a psicose é considerada como uma questão de existência, não reduzida à categoria de doença. Tratar a psicose é diferente de tratar uma doença, devendo, portanto, haver uma mudança nas noções de tratamento e cura (RINALDI; LIMA, 2006; TENÓRIO, 2001). E isso implica outra posição ética frente ao sujeito, marcada pela dimensão da singularidade e ao mesmo tempo marcada pela questão dos direitos. Tais pressupostos concordam com a ética da psicanálise que se sustenta em uma clínica da singularidade, valorizando o caso a caso, e distanciam-se de práticas normativas. O que se percebe a partir dessa nova perspectiva é que, “[...] a cura passa a ser formulada em torno do objetivo de ajudar o paciente a viver” (TENÓRIO, 2001, p.60).

Outro aspecto demarcado diz respeito às condições terapêuticas oferecidas pelas instituições, ou seja, partindo de que devam oferecer as mais diversas possibilidades de estabelecimento de vínculo ao paciente. Ao prezar pela dimensão do acolhimento, pela singularidade e pelo respeito à diversidade e diferença, a instituição pode vir a funcionar como um lugar que tenha para o paciente algum sentido, emergindo, então, o sentimento de pertença àquele espaço. Assim, a função da instituição é de acompanhar o paciente em seu cotidiano em função de uma melhor qualidade de vida a este. Segundo Rinaldi e Lima (2006, p.55) “as novas práticas e técnicas devem resultar em ações que aumentem as possibilidades de governabilidade dos sujeitos sobre sua vida”. Segundo Bezerra (2013, p. 46), “A nova clínica proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira para saúde mental pública é construída de modo que ela esteja aberta a englobar diversos saberes e aspectos da existência do sujeito da loucura”.

Seguindo as indicações referenciais das produções acadêmicas, apoiamo-nos, neste momento, na reflexão de Benilton Bezerra (2007) sobre a clínica estabelecida pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Segundo o autor, um aspecto importante da clínica advinda da luta antimanicomial foi a superação da tradicional dicotomia entre concepções organicistas e concepções psicológicas do sofrimento psíquico, querela que existia desde o nascimento da

psiquiátrica. A clínica no campo antimanicomial afasta-se de enquadres tradicionais e supera as oposições mente-corpo, psíquico-social, indivíduo e entorno, por se dirigir ao sujeito inserido no conjunto múltiplo de suas relações.

A experiência subjetiva (aqui incluída a loucura) é compreendida como resultado das interações entre o organismo e o meio, entre corpo e ambiente físico ou simbólico. Assim, a fonte da vida subjetiva deixa de ser vista como estando apenas no plano inconsciente, do cérebro ou na teia social, que inscrevem o indivíduo numa totalidade, e passa a ser compreendida como algo pertencente às ações no mundo, que engloba todos esses aspectos sem se reduzir a apenas um, caracterizando-se pelo pluralismo teórico tão valorizado no campo da saúde mental brasileira (BEZERRA, 2007).

É digno de nota que nesse contexto, mais especificamente, em termos de políticas públicas, Gastão Wagner Campos (1996/7) já apontava que clínica é essa que emerge desses pressupostos. Ele propõe uma clínica do Sujeito⁷ que inclui sujeito, doença e seu contexto.

Segundo Campos (1996/1997), a clínica deve ser ampliada e reformulada para incluir o sujeito e seu contexto como objeto da Clínica. Os projetos terapêuticos também devem ser mais amplos, reconhecendo um papel ativo ao paciente.

Percorremos brevemente esse caminho da construção da clínica da Reforma Psiquiátrica. A partir de então, compreendemos a Clínica como aquela que não reduz *a priori*

⁷ Vale, neste momento, fazermos uma diferenciação do conceito de sujeito em Freud e Lacan, que são os dois autores de referência das produções estudadas (ver na tabela 1), com o conceito de Sujeito empregado por Gastão Wagner Campos. Freud não se referiu de forma direta ao conceito de sujeito, embora, segundo autores de orientação lacaniana, esse conceito estivesse presente nas entrelinhas de sua obra. É com Lacan que, paulatinamente, esse conceito foi formalizado e ganhou papel central na teoria psicanalítica. Em um primeiro momento de seu ensino, Lacan define o Sujeito como sendo o que um significante representa para outro significante (LACAN, 1960-1998). É a partir do Outro que se desenrola a cadeia significante que nos determina. Assim, à luz da teoria lacaniana, a categoria Sujeito é concebida a partir do campo da linguagem. Freud não se refere diretamente a essa concepção, mas o faz indiretamente na medida em que apresenta o inconsciente como sendo estruturado por sistemas de representações, signos de percepção e traços de memória que se arranjam em condensação e deslocamento, requerendo dessa forma, metodologicamente, uma referência à ordem simbólica; ou seja, à linguagem (ELIA, 2010). Devido ao pouco espaço para desenvolver esse assunto tão crucial para a psicanálise, indicamos, para um aprofundamento, o livro de Cabas (2009), denominado “O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan”. Já a clínica ampliada, proposta por Gastão Wagner Campos, apresenta um Sujeito implicado e protagonista do seu tratamento. Campos evidencia a importância do contexto sociocultural do paciente que contribui com o aumento de sua autonomia e compreende a clínica como agente que facilita esse processo. Muito embora ele considere as determinações inconscientes, podemos dizer que há uma certa imprecisão quanto a este ponto, pois ele está considerando para além do sujeito do inconsciente essas outras determinações.

seu campo de pertinência, devendo ser flexível ao manejo das circunstâncias comumente tidas como ‘extraclínicas’⁸.

Se a assistência à psicose passa pela governabilidade⁹ da vida, como proposto anteriormente por Rinaldi, Lima (2006) e Tenório (2001), e se os meios social, cultural e econômico são referências importantes no modelo de cuidado, faz-se necessário então uma mudança no escopo das ações clínicas (CAMPOS, 1996/7). Desse modo, é possível visualizar pontos em que as ações terapêuticas não estejam associadas tão somente à clínica psiquiátrica (ao mesmo passo que é indispensável). Dito de outro modo, esse modelo de cuidado concebe uma clínica que não dispensa a tradição, o saber psiquiátrico, mas que incorpora novos saberes e práticas no paradigma clínico. Daí, a partir dos textos tidos como referência para tal proposta de estudo, pode-se inferir que no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira adotou-se o nome de ‘Clínica Ampliada’ para designar essas mudanças nas ações de tratamento dos pacientes antes restritos ao campo da terapêutica psiquiátrica (BEZERRA, 2008; BEZERRA, 2009; BEZERRA, 2013; RINALDI; BURSZTYN, 2008; RINALDI; LIMA, 2006; TENÓRIO, 2001; VILHENA; ROSA, 2011). Ao comentar sobre a nomenclatura ‘Clínica Ampliada’, Tenório (2001, p. 72) ressalta que:

Embora consagrada, a expressão não deixa de merecer objeções. Aqueles que acreditam que a clínica traz consigo a negativização da experiência da loucura entendem que essas práticas não devem ser consideradas uma “ampliação” da clínica, mas sim situadas fora dela, sem lhe prestarem tributo e sem estarem aprisionadas por suas categorias. Já os que valorizam a clínica como atividade que se faz junto ao paciente, orientada pela singularidade de cada caso e pela implicação ética do agente de cuidado, entendem que não há necessidade de descrevê-la como “ampliada”, pois ela é senão a própria clínica, a “boa” clínica, a clínica por excelência.

A nomeação Clínica Ampliada certamente tem um caráter estratégico e mesmo político, uma espécie de formação de compromisso. Por um lado, firma a clínica e sua tradição necessária à compreensão-tratamento do sofrimento psíquico, e por outro, recusa um

⁸ Termo cunhado por Fernando Tenório (2001, p.72) ao se referir à incorporação de outros saberes, outros instrumentos, outras práticas e outras preocupações à clínica.

⁹ Termo utilizado por Foucault durante um curso dado no Collège de France (1977-1978), “segurança, território, população”, situado em um segundo momento de sua investigação sobre o poder. Partindo do conceito de governabilidade, o ato de governar os outros não exige uma postura de passividade daquele que é governado. É nesse contexto que Foucault passa a utilizar os termos *governo ético de si mesmo* e *governo dos outros*, compreendendo-os como indissociáveis; assim, governar a si mesmo torna-se condição necessária do governo político dos outros.

caráter reducionista, incluindo diversos outros fatores que foram até então destacados nessa seção.

Seguindo tal perspectiva, Rinaldi e Lima (2006, p. 55) ainda pontuam que:

Ao levar em conta o sujeito, “dando voz aos pacientes”, essa nova clínica não apenas revela a sua dimensão política, que gira em torno da luta pela cidadania do “louco”, mas abre espaço para que se considere sua fala não unicamente no registro da doença, mas como índice de sua condição subjetiva. É por esse viés que consideramos fundamental a contribuição do discurso psicanalítico aos dispositivos clínicos que hoje se desenvolvem nos novos serviços de assistência em saúde mental, contribuição possibilitada pelo engajamento de psicanalistas nessas práticas de assistência e pela discussão permanente sobre a clínica.

O conceito Clínica Ampliada foi proposto por Gastão Wagner Campos (1996/7), como referido anteriormente, e foi incorporado às políticas públicas. Em uma reflexão realizada com base nas referências estudadas, podemos entender tal adjetivação como necessária para lembrar a configuração de uma clínica, pois essa estava tão exclusivamente marcada por paradigmas normativos e restritivos pelo saber psiquiátrico que, do ponto de vista político, o termo “ampliada” significava lembrar que é necessário dialogar com outros saberes. De fato, há uma redundância na nomeação. Entretanto, a utilização desta teve uma repercussão política que favoreceu a convocação de outros saberes para a formulação do conceito de clínica citado.

Do ponto de vista da psicanálise, o problema da ampliação da clínica se coloca, portanto, como um desafio no manejo da técnica, na manutenção da ética da psicanálise e na potencialização de sua dimensão política. Desse modo, a clínica pode estar presente nas práticas realizadas pelos profissionais nas instituições de saúde mental, reverberando por meio da transferência, na medida em que abre espaço à emergência do sujeito do desejo. Podemos citar o célebre livro de Figueiredo (1997), *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório*, considerado marco importante no contexto da prática analítica em instituições de saúde no Brasil.

Todas as produções acadêmicas que abordam essa temática fazem referência ao trabalho que Figueiredo (1997) desenvolveu. Nesse livro, ela aborda as possibilidades de um trabalho da psicanálise dentro dos ambulatórios públicos. Em seu desenvolvimento, foi apresentada uma ampla e profunda pesquisa com relatos de analistas, trazendo a debate suas

maiores dificuldades, vieses e acertos, um verdadeiro campo de *vastas confusões e atendimentos imperfeitos*.

Ainda em seu trabalho, Figueiredo chama-nos a pensar sobre quais são as condições mínimas para que uma prática seja considerada psicanalítica. Ela realiza uma discussão sobre como o *setting* terapêutico - uso do divã, dinheiro e tempo de atendimento - poderia impossibilitar o trabalho analítico em instituições, chegando à conclusão de que tais fatores não são o que determina o limite entre o que é e o que não é psicanálise, apoiando-se principalmente nas concepções elaboradas por Jaques Lacan e seu trabalho em instituições. Daí sua premissa de que não há duas psicanálises, uma para consultório e outra para ambulatório. A prática analítica não está restrita a uma configuração do espaço, trata-se de uma clínica da singularidade e do caso a caso, sustentada por uma ética e um desejo do analista.

Chegamos ao final dessa secção, que teve como intuito definir e demarcar o percurso de construção da clínica da Reforma Psiquiátrica brasileira e a implicação da psicanálise nesse processo. Tal caminho torna-se importante na medida em que propomos uma investigação sobre as contribuições da psicanálise às práticas clínicas realizadas nos CAPS entre os anos 2000 e 2014.

1.4 Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

Nas produções analisadas, nota-se que, ao conceituarem e refletirem sobre as funções do CAPS, existe a preocupação dos autores em trazerem seus pontos de vista alinhados às portarias que regem esse dispositivo. Em uma reflexão um pouco mais cuidadosa, podemos apontar que se trata de evidenciar um compromisso entre clínica e política. Esse aspecto demonstrado, a partir dos trabalhos analisados, é de suma importância, para não pensarmos que a atuação da psicanálise nas instituições de saúde mental se dá de forma descompromissada com as diretrizes e políticas de saúde mental. Nos tópicos a seguir, fica evidente que os analistas, nesses espaços de atuação e em uma reflexão realizada a partir deles, referenciam-se por suas políticas e retomam suas diretrizes textuais.

1.4.1 Da construção do CAPS

O campo da Atenção Psicossocial foi construído dos pressupostos advindos da Reforma Psiquiátrica brasileira. A partir de então, surge um novo paradigma de cuidado em saúde mental, que teve como uma de suas metas evitar a internação psiquiátrica. Para efetivação dessa proposta, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS foi criado pela portaria GM 224/92, definido como:

unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. (BRASIL, 1994).

Com a criação do CAPS, a internação deixou de ser a única forma de tratamento dos pacientes com transtorno mental e passou a ser um recurso aplicável, desde que articulado a uma rede de cuidados, tendo a lógica centrada nas ações comunitárias, territoriais e intersetoriais (AMANCIO, 2012).

[...] um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, 2004a, p.13).

Logo após sua conceituação, é válido realizar um breve resgate de como foi construído esse percurso até a criação desse dispositivo, destacando os principais acontecimentos e os movimentos que tiveram participação no seu processo de implantação no Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito político, mais especificamente na esfera do legislativo, em 1989, o deputado Paulo Delgado do PT/MG apresenta ao Congresso Nacional um projeto de Lei que deu novos rumos ao modelo de assistência em saúde mental no país. Este versava sobre a redução dos leitos psiquiátricos e a extinção progressiva dos manicômios, estabelecendo que a internação fosse indicada apenas quando outros recursos não se mostrassem suficientes. Vale ressaltar que esse projeto de Lei só foi sancionado em 2001 - a Lei Ordinária 10.216/2001.

É nesse período que o movimento da reforma ganha contornos políticos mais definidos. Na década de 90, os movimentos inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado conseguem aprovar leis em vários distritos referentes à extinção gradativa dos manicômios em prol de uma rede integrada de atenção à saúde; o CAPS e o Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS tiveram papel estratégico. Dois marcos desse momento devem ser ressaltados: a Declaração de Caracas e a segunda Conferência Nacional de saúde mental (CNSM). Durante a CNSM, que teve como tema *Atenção integral e cidadania*, foi proposta a efetivação de equipes multidisciplinares, contando com profissionais de diversas áreas do conhecimento (AMANCIO, 2012; BRASIL, 2005).

Dentro desse desenho histórico e político delineado, a Lei 10.216, sancionada em 2001, certamente é decisiva para a expansão do dispositivo CAPS, representando um grande passo conquistado pelos reformistas. A Lei reorienta o modelo de assistência de saúde mental trazendo a debate assuntos como cidadania e políticas públicas, demarcando seu caráter jurídico-político. Ainda em 2001, aconteceu a III CNSM, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que teve com o lema *Cuidar sim, excluir não!* O evento teve como principal eixo de discussão a reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2001).

A partir da Lei 10.216, foi ampliada a rede de atenção à saúde mental. Entre as várias medidas, a portaria N°336/GM regulamentou os serviços do CAPS que passaram a integrar o SUS, ampliando seu funcionamento e sua complexidade. Essa portaria regularizou o CAPS e toda a rede de atenção psicossocial. O documento dispõe ainda sobre a autonomia dada a cada instituição, uma flexibilização que possibilita à equipe criar um modo de funcionamento particular, ou seja, levando em conta o contexto - aspectos socioeconômicos e culturais do território. Esse fator permite uma maior inserção e implicação dos pacientes e seus familiares no tratamento oferecido pelo CAPS. Entretanto, muitas vezes essa abertura é mal compreendida e termina por resultar em práticas sem rigor e sem fundamentação. Em outras palavras, “a flexibilidade de interpretação da Portaria, [...] pode ter como consequência um funcionamento do serviço baseado em mitos compartilhados, sem fundamento legal ou epistemológico” (BEZERRA, 2008, p.31).

Como consequência da aprovação da Lei 10.216 e suas metas, o que se viu no cenário da saúde mental brasileira foi um crescente aumento de profissionais de diversas áreas do saber atuantes na assistência utilizando uma abordagem coletiva e social. Rosa e Vilhena (2012) questionam vertentes da reforma que visam à extinção da prática clínica com o intuito de eliminar os resquícios da herança manicomial. Os autores ressaltam a importância da

distinção das práticas clínicas da psiquiatria excludente e estigmatizante, pautadas pelo modelo manicomial, e da clínica da subjetividade, que tem como base a reinserção social e a aposta no sujeito e na sua singularidade - sua prática, portanto, afasta-se de modelos padronizados e normativos.

O que se notou, no decorrer da implantação desses novos serviços foi que essas intervenções que visavam à extinção da clínica perceberam que a uniformização do atendimento não era suficiente no tratamento do sofrimento psíquico. A clínica é novamente tida como imprescindível, como via de acesso ao subjetivo e à compreensão do *pathos* (ROSA; VILHENA, 2012). As práticas tidas como uniformizadas tem sido pauta de discussão desde a implantação dos primeiros CAPS, e devem ser debatidas constantemente para não cairmos no erro de um passado não tão distante.

1.4.2 Das suas funções: da reabilitação à implicação do sujeito

O CAPS representa a descentralização da assistência à saúde mental pública no país. Essa concepção corrobora com os princípios demarcados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), instituído a partir da Constituição de 1988. Dessa forma, todos os níveis governamentais (federal, estadual e municipal) passam a ser responsáveis por uma parcela das demandas da população; a Rede de Atenção à Saúde passa a ser, a partir de então, regionalizada e de base comunitária. Com a proposta de organizar os serviços de saúde dando autonomia aos diferentes níveis governamentais, vislumbrava-se construir uma rede de atenção à saúde capaz de dar conta das demandas da população assistida e, no caso específico da saúde mental, da complexa tarefa de inclusão de pessoas com um grande histórico de exclusão e estigmatização em um país com grandes desigualdades sociais (FERREIRA; FRAGA, 2011; ROSA; VILHENA, 2012).

O CAPS assumiu valor estratégico. A partir do surgimento de seu serviço, foi possível visualizar uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005). Segundo Ramminger e Brito (2011), o CAPS é um serviço comunitário do Sistema Único de Saúde, que visa o acolhimento de pessoas que sofrem de transtornos mentais severos, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial.

No que tange à reabilitação psicossocial, Jairo Goldberg (1996), o diretor do primeiro CAPS no Brasil, afirma que essa noção surge no CAPS de forma gradativa, e só ganhou contornos mais definidos quando a instituição já estava em funcionamento; ou seja, esse novo paradigma da assistência em saúde mental foi se construindo no próprio funcionamento das atividades cotidianas nos Centros de Atenção Psicossocial. Ainda segundo o autor, o modelo da reabilitação psicossocial surge nesse novo dispositivo devido às condições favoráveis que ele proporcionou. Assim, todos os envolvidos nesse novo projeto asseguravam essa instituição como um local de referência para pacientes e seus familiares; acima de tudo, um espaço onde se propunha um tratamento que se desenvolvia junto a seus pacientes. Essa talvez seja a questão central: a lógica não é mais pautada na concepção causa-efeito, de um saber que detém o conhecimento sobre seu objeto. A partir de então, nas práticas realizadas nos centros, o sujeito passa a se responsabilizar pelos seus atos, pelo seu padecimento, assumindo papel ativo em seu tratamento.

Dessa forma, “a reabilitação foi percebida, nesse contexto, como um processo articulado de práticas, que não se deteria até que a pessoa acometida por problemas mentais pudesse sedimentar uma relação mais autônoma com a instituição” (GOLDBERG, 1996, p. 34). Em outras palavras, concebe-se a reabilitação como uma oferta de todas as possibilidades de tratamento disponíveis; tratar e reabilitar são práticas vistas como duas faces da mesma moeda, perspectivas indissociáveis que se complementam no fazer institucional.

Tenório (2001) ressalta que o termo “reabilitação” foi herdado da medicina e mantido nos conceitos reformistas por ajudar na organização do campo de discussão de questões estratégicas da cidadania. Dessa forma, a tarefa dos reformistas é tencionar esse conceito para que não seja compreendido como uma prática que visa uma retomada de um estado normal anterior ou mesmo a recuperação de habilidades perdidas. Seus esforços devem se pautar, como visto acima com Jairo Goldberg, na adequação de tal categoria conceitual às especificidades dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica; ou seja, devem estar em um processo permanente de tensão e questionamento dessas categorias, como reabilitação e mesmo cura.

Após esses parênteses sobre a reabilitação, voltaremos então para as diretrizes que regem o funcionamento do CAPS. Para o Ministério da Saúde, a instituição tem como missão prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando internações em hospitais psiquiátricos, promovendo uma inserção social dos seus usuários, assim como suporte à saúde mental na rede básica. Também tem como finalidade organizar a rede de atenção às pessoas

com transtorno mental nos municípios (BRASIL, 2005). Objetiva-se substituir a terapêutica centrada nos hospitais psiquiátricos pelos novos dispositivos de atenção psicossocial, que promovem o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários dos serviços.

Segundo Amancio (2012), o CAPS tem que prestar serviços diários, gerenciando os projetos terapêuticos e oferecendo cuidados clínicos eficientes, visando promover a inserção dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, esporte, cultura, lazer e trabalho. Maravilha (2012) pontua que essas ações devem estar articuladas à política de saúde mental local. Esse novo dispositivo deve assumir uma postura transformadora na assistência às pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

Tendo em vista a lógica do funcionamento do CAPS, podemos inferir que a desinstitucionalização não deve ser entendida apenas como a desospitalização do louco, é necessária uma transformação no campo social. Como explica Maravilha (2012, p. 2), “não é a pessoa que sofre com transtorno que deve ser desinstitucionalizada, mas a própria loucura como instituição social que precisa ser transformada”. A desinstitucionalização da loucura vislumbra uma transformação na maneira de pensar e lidar com o diferente.

Os CAPS constituem a base da Reforma Psiquiátrica brasileira. São centros de encaminhamentos de demandas psicossociais em seu território, os quais devem ser responsáveis por ações e intervenções dirigidas a diferentes instituições dessa área. Têm a concepção de “tratar a psicose no próprio meio social e promover as condições de preservar ou resgatar os laços de pertencimento do paciente” (AMANCIO, 2012, p. 37). São substitutivos ao tratamento asilar e têm como meta o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais, procurando preservar os laços sociais dos usuários em seu território. Em seu cotidiano são desenvolvidas, pelos profissionais dessa instituição, diversas atividades com finalidade terapêutica. Essas práticas não se restringem a consultas ou medicamentos e sua ênfase não está na doença. Entre as atividades, pode-se destacar atendimento individual e em grupo, oficinas terapêuticas, atividades artísticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias, orientação e acompanhamento do uso de medicamentos e atividades na comunidade. A equipe de trabalho é multidisciplinar, tendo que contar com médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico e demais profissionais que são necessários para demanda (BRASIL, 2004a).

Apresentamos aqui muitos avanços conquistados e melhorias no sistema de assistência aos pacientes psiquiátricos no nosso país. Não podemos negar que, para tal avanço, foram

necessários o questionamento e a quebras de paradigmas, a necessidade de uma ruptura radical com um modelo que se caracterizava pela exclusão e institucionalização do sujeito. Foi necessário pôr em cheque todos os saberes envolvidos – não apenas a psiquiatria, mas todos os saberes *psi*. Mesmo diante desses avanços e conquistas, não podemos nos acomodar. A reforma deve ser um movimento constante que se faz no dia a dia das instituições de saúde mental.

Vale ressaltar que a palavra CAPS é uma das mais significativas do *corpus* ($\chi^2=45.70$), o maior de sua classe. É importante pontuar que a maioria dos trabalhos são de artigos e dissertações (ver no gráfico 1) que versam sobre os relatos de experiências desenvolvidas nessa instituição e definem e conceituam o CAPS com base em suas diretrizes e portarias.

1. 5 Uma nota sobre a Reforma

O conjunto de textos que compõem as classes (1 e 2) aborda a temática da Reforma Psiquiátrica: seu histórico, marcos importantes, influências, a formação de uma clínica específica sob pressupostos e bases epistemológicas da psicanálise nesse processo. Além desses aspectos mencionados, encontramos também uma crítica que sobressai dentre o conjunto dos trabalhos. Não se trata de negação ou mesmo oposição a essa trajetória, mas de uma perspectiva crítica. Acima de tudo, a crítica é um chamamento a pensar sobre os ideais reformistas, para que não acabem se tornando práticas “ditatoriais”, para que a busca por um bem supremo, em nome da inclusão social, não termine apagando o sujeito e seu desejo.

Em uma reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, França Neto (2009; 2011; 2013) argumenta que esta se encontra em um segundo momento. O primeiro foi o processo de desinstitucionalização e reivindicação da cidadania do “louco”, valorizando os direitos humanos fundamentais, caracterizando o paradigma da luta antimanicomial. O segundo momento diz respeito à manutenção dessas conquistas, o que é preciso para que as palavras de ordem como inclusão, reinserção social e cidadania não terminem como imperativos determinantes de uma espécie de assujeitamento. O autor destaca que os direitos humanos fundamentais são de suma importância e delineadores das novas práticas em saúde mental. Entretanto, não são o suficiente para o tratamento com a loucura. É necessário incluir a diferença para que não haja uma ditadura da inclusão, permitindo que o louco consiga resguardar sua diferença, sua singularidade, sua existência enquanto sujeito. Nas palavras de

França Neto (2009, p. 126), “devemos sim, incluí-lo, mas preservando-o como exclusão”. Essa seria a ética da Reforma Psiquiátrica brasileira, uma responsabilização e implicação do sujeito-louco no seu processo de tratamento dentro desses novos serviços do paradigma reformista.

É resistindo à inclusão, aparentemente em direção contrária ao que seria o objetivo inicial da Reforma, que os portadores de sofrimento mental poderão, agora dentro da *pólis*, preservarem-se inabsorvíveis e conquistarem assim sua existência (FRANÇA NETO, 2009, 127).

O apontamento destacado pelo autor é de fundamental importância para pensarmos as práticas realizadas nas instituições de saúde mental. Torna-se essencial na compreensão das dificuldades encontradas na conjuntura do processo de reforma, por exemplo, perceber a falta de eficácia no tratamento dos pacientes. Pode haver casos em que o profissional termine por representar um obstáculo ao tratamento da pessoa assistida, ou seja, o discurso da inclusão é entendido como algo do *a priori*, da imposição, algo externo ao seu desejo, não havendo, assim, uma implicação no processo que visa a singularidade.

Ainda com base nessa perspectiva, França Neto (2011) analisa que os manicômios eram sintomas da sociedade moderna. O homem racionalista exclui o diferente. Assim, a loucura inseria-se na lógica do excesso, do resto, algo que incomodava, pois não existem meios de racionalizá-lo, explicá-lo, codificá-lo. Assim, o homem racional “via-se naturalmente impelido a decodificar, explicar o excesso, ou seja, impelido a eliminá-lo, absorvê-lo nas malhas da razão” (FRANÇA NETO, 2011, p. 3). A saída, então, foram os manicômios. Daí sua concepção destes representarem um sintoma, que deveriam estar escondidos, adormecidos, silenciados, embora em plena atividade.

Dito sobre a ética da Reforma, vale ressaltar sobre sua função, embora sejam elementos indissociáveis. A função da Reforma Psiquiátrica brasileira seria criar condições para a inclusão dos ditos loucos, com o auxílio dos vários mecanismos de saúde mental, sem seu apagamento enquanto sujeito. A ideia não é esconder, silenciar ou mesmo excluir o excesso e, sim, acolhê-lo enquanto algo do inefável. Trata-se de uma “desinserção social”, como apontam Generoso e Guerra (2012, p. 536). Nesse sentido, a inclusão teria de “considerar o ponto de exceção que inclui o sujeito na ordem das coisas [...] dimensão positiva, que causa trabalho de enlaçamento a partir da exceção que particulariza seu modo de estar no mundo”.

Generoso e Guerra (2012) realizam uma leitura crítica do segundo momento, ou mesmo sobre o atual desafio da Reforma Psiquiátrica brasileira. São fatos incontestáveis os ganhos, em todos os aspectos, da chamada Luta Antimanicomial. Suas premissas foram fundamentais para a construção de uma nova assistência psiquiátrica que garantisse o direito, a cidadania, a inserção social e um tratamento mais digno e humanitário. No entanto, o que se pretende problematizar é: “se o movimento inicial foi o forçamento de uma inclusão, o que fazer para que, existindo agora de forma imanente, possa o louco assegurar uma existência não assujeitada?” (FRANÇA NETO, 2009, p. 126).

Couto e Alberti (2008) denunciam que nos últimos anos há um enfraquecimento do trabalho clínico no contexto da assistência em saúde mental, o que resulta no comprometimento do tratamento do sofrimento psíquico e do próprio resgate da cidadania. A partir disso, emerge o questionamento: como incluir o que se exclui sem apagá-lo enquanto sujeito, levando em conta seu desejo e sua singularidade, sem cair na lógica do *a priori*, do externo, do que vem de fora?

Ao chegarmos ao término deste capítulo é importante retomar o que foi desenvolvido até aqui. A secção surgiu da articulação das classes 1 (*novo modelo de assistência*) e 2 (*a loucura em questão*), que demarcam o campo das produções acadêmicas, a saúde mental. Os trabalhos analisados versam sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira e a construção do campo da atenção psicossocial, e qual foi o percurso desse processo – a denúncia do modelo excludente e estigmatizante do tratamento aos pacientes psiquiátricos, vigente naquela época, e o surgimento dos movimentos sociais que se organizaram para exigir tratamentos humanitários na assistência em saúde mental no Brasil. Essas mudanças não se restringiram apenas ao plano político-organizacional, mas estenderam-se ao âmbito terapêutico, trazendo uma série de propostas à prática clínica em saúde mental pública.

Tentamos evidenciar o contexto histórico e quais foram as vertentes teórico-metodológicas que influenciaram nas práticas clínicas em saúde mental. Demarcamos também as implicações da psicanálise no percurso de construção da clínica da reforma.

Em seguida, como já antecipado, propomos, a partir da articulação das classes 4 e 5, o segundo capítulo desta dissertação, intitulado *Teoria e clínica psicanalítica no contexto institucional: o lugar do sujeito*.

Capítulo 2. TEORIA E CLÍNICA PSICANALÍTICA NO CONTEXTO INSTITUCIONAL: O LUGAR DO SUJEITO

Este capítulo resultou da articulação entre as classes 4 *Teoria e clínica psicanalítica* (que corresponde a 23,8 % do total do *corpus*) e 5 *O lugar do sujeito na clínica* (que corresponde a 23,3% do total do *corpus*), posto que ambas estão estreitamente relacionadas (ver tabela 1: Nomeação das Classes).

Todos os textos referentes a essas duas classes abordam, em maior ou menor desenvolvimento, as possibilidades e os limites da clínica do sujeito nas instituições de saúde mental, destacando como os psicanalistas sustentam e justificam a prática da psicanálise em contexto institucional. Apresentaremos a noção de sofrimento psíquico e discutiremos, apoiados nos resultados, sobre conceitos psicanalíticos importantes para organização desses trabalhos, como, por exemplo, transferência, sintoma e diagnóstico. Para tal empreendimento, utilizaremos as próprias produções acadêmicas e as principais referências utilizadas - a saber, os textos de Sigmund Freud e Jacques Lacan. Com as indicações do programa Iramuteq foram considerados os trabalhos com maior representatividade para cada classe aqui estudada.

2.1 Clínica psicanalítica no contexto institucional

A psicanálise no contexto institucional brasileiro encontra em sua prática muitos desafios. No âmbito da saúde mental, terreno do presente estudo, vale destacar que seu caráter plural e heterogêneo pode trazer dificuldades de inserção e, por vezes, excede aspectos peculiares da psicanálise. Todavia, podemos pensar e indagar se essa é realmente uma dificuldade específica da psicanálise ou, simplesmente, uma característica do campo da saúde mental. Afinal, parece incidir em todas as disciplinas de conhecimento que, ao se depararem com um outro contexto, realizam o esforço em estabelecer um compromisso entre suas especificidades e as diretrizes e princípios da atenção psicossocial.

Diante dessa indagação, discutiremos as peculiaridades do trabalho da clínica psicanalítica nas instituições de saúde mental brasileiras, advindas do paradigma reformista,

conforme as perspectivas dos trabalhos pesquisados. Para realização desse empreendimento nos apoiaremos, principalmente, nas produções acadêmicas dos psicanalistas, resultados de suas experiências nesse contexto, e nos textos de Freud e Lacan que servem de apoio para tais reflexões.

Monteiro e Queiroz (2006), ao tratar da prática psicanalítica em instituição de saúde mental, delineiam que essa inserção é possível e que o trabalho analítico pode ser estendido/ampliado a outros contextos, desde que não se percam de vista os seus fundamentos. Trata-se de uma extensão do campo de atuação da psicanálise, preservando as indicações de Freud e os ensinamentos de Jaques Lacan. Desse modo, os autores destacam que o psicanalista pode e deve ser convocado para operar em outros espaços institucionais sem que, para isso, tenha que se desviar da ética psicanalítica. Ainda a esse respeito, os autores elencam que o trabalho do analista nesses espaços deve ser pautado por uma prática que possibilite trazer à cena institucional o que dela está excluído, dar espaço para que emergja o sujeito do desejo, que muitas vezes é negado ou fica à margem da terapêutica na assistência em saúde mental.

Nessa perspectiva, elegemos como condição príncipe da prática analítica na instituição um analista cúmplice com a imprevisibilidade do real, deixando-se guiar pela via da contingência. Assim, é preciso estar atento ao inusitado, ao que não é possível de ser coletivizado pela equipe ou assimilado pelo sujeito. Se o analista é um a mais no contexto institucional, é, por outro lado, aquele que suporta o intratável, o resto não eliminável da hiância que constitui a divisão inaugural do sujeito (MONTEIRO; QUEIROZ, 2006, p. 118).

Em seu texto *Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica*, Freud (1919/1996a) já anuncia uma inserção da terapia analítica a outros contextos, como as populações menos favorecidas.

Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres [...] Mais cedo ou mais tarde, contudo, chegaremos a isso. Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições [...] No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (FREUD, 1919/1996a, pp. 91-92).

No texto *Explicações, Aplicações e Orientações*, Freud (1933/1996) faz alguns esclarecimentos sobre aplicações da psicanálise. Denuncia um grande número de pesquisadores que estudam a psicanálise com a finalidade, única, de aplicá-la em seus setores especializados, para assumir o estatuto de pioneiro, sem nenhum cuidado em preservar suas recomendações e fundamentos. Nesse ponto ele se mostra cético, embora também relata sobre possibilidades de futuros trabalhos da nova geração de analistas com outras áreas do conhecimento, destacando o trabalho de Anna Freud no campo da educação. “[...] para o futuro, talvez seja a mais importante de todas as atividades da análise. Estou pensando nas aplicações da psicanálise à educação, à criação da nova geração” (p.88).

Embora Freud (1919/1996a) já anunciasse a possibilidade de inserção da psicanálise a outros contextos, foi com Jaques Lacan e seu retorno a Freud que a prática ganhou força e substancialidade. No texto *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*, Lacan (1967/2003) trata da formação do analista e sobre aspectos que conferem a determinada prática o teor psicanalítico. É nesse contexto que ele se refere à psicanálise em extensão e intensão: “a psicanálise em extensão, ou seja, tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e psicanálise em intensão, ou seja, a didática [...]” (LACAN, 1967/2003, p. 251). Desse modo, a prática analítica em extensão é sustentada pela psicanálise em intensão, ou seja, a análise didática e o desejo do analista; assim, compreende-se que é somente com este elo¹⁰ que pode existir, de forma efetiva, a prática analítica em instituições e na cultura.

Machado e Chatelard (2012) argumentam que Lacan desloca a questão crucial para o âmbito do desejo do analista e de sua implicação ao específico da psicanálise. Assim, o analista passa a operar de um lugar que não é dependente da configuração do espaço físico, mas de um lugar enquanto função, de um discurso. Essa discussão se deu, principalmente, pelas críticas que Lacan direcionou às rígidas regras estabelecidas pela IPA e pela concepção de alguns analistas que argumentavam que existiam condições necessárias para uma legitimidade e bom andamento da prática analítica. Ainda segundo esses autores, Lacan, a partir de então, “retira a psicanálise do âmbito da regra para situá-la na esfera da ética” (p.457). Ele rompe com o modelo padronizado, caracterizado, principalmente pelo *setting* terapêutico, e cria um novo modo de conceber a prática

¹⁰ Esse elo pode ser compreendido pelo *passe*, criado por Lacan, para designar a passagem do analisante a analista.

da psicanálise, no qual o psicanalista deve operar a partir de um modo particular, ou seja, pautado no discurso analítico.

Ainda a respeito do *setting* analítico, Elia (2000), citado nas produções¹¹, ao tratar da extensão social da psicanálise, realiza duras críticas à concepção dita por ele como *imaginária*, de que há pré-requisitos para que uma análise possa ocorrer. Em seu texto, o autor problematiza o lugar essencial que o consultório particular teve na prática analítica durante o seu primeiro século de existência (seu texto é datado de 2000). Seu argumento deu-se na direção de que a psicanálise, um saber que mudou as formas de pensar e tratar o sujeito moderno, não pode se restringir a critérios e padrões engessados. Em sua crítica, vai ainda mais fundo, destacando que essa ideia de essencialidade do *setting* é responsável pelo caráter elitista da psicanálise, compactuando com a noção de que essa é restrita a uma parcela da população mais favorecida que tem acesso ao consultório particular. Ou seja, chegou-se à crença, errônea, de que os princípios clínicos e éticos da psicanálise requerem certos critérios socioeconômicos, e até mesmo intelectuais, para que o trabalho analítico ocorra.

Foi com Lacan e seu conceito de *Dispositivo Analítico* que esta prática padronizada foi questionada e superada. Como já mencionado anteriormente, ele concebe um novo lugar ao trabalho analítico, inserindo-o em uma lógica estrutural, da discursividade, retirando, assim, o caráter essencial do espaço físico representado pelo consultório particular.

O resgate da problemática sobre o *setting analítico* se torna importante, pois, por muito tempo, foi motivo de muitas discussões internas na psicanálise e, certamente, uma das principais razões do ceticismo e da resistência, por parte de alguns analistas, da inserção e do avanço da psicanálise a outros espaços da sociedade. A partir das concepções aqui apresentadas, podemos inferir que a psicanálise não restringe sua prática ao consultório particular e a pré-requisitos bastante limitados, o que acarretaria dizer que estaria fora de seu âmbito de alcance quadros psicopatológicos que não se enquadrassem nessa modalidade de clínica do consultório particular.

Ainda nessa linha de pensamento, Lacan (1967-1968/2006) pontua que a função do analista “não é algo natural, de que ela não existe por si só no que tange a atribuir-lhe seu status,

¹¹ Luciano da Fonseca Elia é membro-consultor do Fórum Interinstitucional de Saúde Mental Infanto-juvenil da Assessoria de Saúde Mental da secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro. É Professor titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, desde 1999, realiza pesquisa com ênfase em: clínica psicanalítica nas instituições públicas de saúde mental, tendo vários trabalhos publicados sobre a temática. Fonte, currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/1400543114694350>.

seus hábitos, suas referências e, justamente, seu lugar no mundo” (LACAN, 1967-1968/2006, p.13). Desse modo, entendemos que a prática da psicanálise não é algo fixo e preestabelecido e que, embora tenha suas especificidades, não se deve tratá-la como uma prática engessada em padronizações, assim como o próprio Freud deixou claro durante toda sua vasta obra. A exemplo, em seu texto “O início do tratamento”, Freud (1913/2010) compara o tratamento analítico a um jogo de xadrez e suas infinitas variedades de jogada, pontuando sobre “a extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos anímicos e a riqueza de fatores determinantes resistem à mecanização da técnica” (FREUD, 1913/2010, p.125). Essas pontuações acerca da prática analítica são dignas de nota, na medida em que tratamos da inserção de analistas, a partir da década de 90, aqui no Brasil, em instituições de saúde dentro da perspectiva das políticas públicas. Estes psicanalistas foram chamados a dialogar com os novos dispositivos de saúde mental advindos da Reforma Psiquiátrica. Daí a importância dessa concepção, pois o analista deve sempre se pautar no “fazer permanente” junto à instituição e seus usuários.

Lima e Paravidini (2011) desenvolvem um artigo sobre a possibilidade de transmissão da ética psicanalítica ao contexto institucional. Apontam que tal trabalho só é possível a partir do momento em que as intervenções estejam pautadas no campo da ética e os agentes de cuidado passem a atuar a partir da condição da castração, da incompletude, da falta, de não todo saber. Isso nos permite a reflexão, empreendida pela ética analítica, de que existem fenômenos psíquicos (inclusive o de caráter social) que fogem do alcance do ideal do bem supremo; assim, não existe o fechamento da Gestalt. Desse modo, torna-se importante uma problematização nesses espaços de que esta completude almejada, pelas políticas de saúde, esvaziam-se ao se deparar com o impossível, com o inesperado, com o real em jogo no tratamento, com o não-lógico. Portanto, segundo os autores, todas as intervenções empreendidas nesses espaços, ancorados pelo discurso analítico, devem “operar como o que atualiza a castração do Outro interventor, descompletando o saber médico-psicológico (universitário)” (p. 425).

Em seus textos, Freud (1912/1913/1914/1915: 2010) já dava margem a esta formalização ética da prática em psicanálise. Em seus artigos sobre técnica, ele lança mão (e isso deixa claro) de recomendações àqueles que exercem psicanálise e, não regras. Sua preocupação pautava-se na construção de uma técnica singular de investigação/tratamento das manifestações psíquicas que

se contrapunha, de forma lúcida, a qualquer tipo de mecanização da prática. “A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica” (FREUD, 1913/1996, p. 191).

Os autores Lima e Paravidin propõem ainda como modelo de transmissão da ética analítica a clínica do cartel, criado por Lacan, e – tendo na figura do *mais um* – o agente que, a partir de seu desejo, ajudará no andamento do grupo e provocará a elaboração de um trabalho. Aqui, em nosso contexto, podemos entendê-lo como uma peça importante no trabalho em equipe. Sua presença ou mesmo ausência implicará em fazer circular o saber, uma tentativa de quebra na lógica de um discurso de mestria e do saber absoluto comum nos espaços de saúde ancorados na hierarquia de poder. O *mais um*, portanto, teria função de transmitir a dimensão da falta e questionar essa concepção de saber todo, saber completo que se sustenta numa tecnicização da prática dos profissionais.

A partir do esboçado, podemos afirmar que o diálogo psicanálise-instituição é uma prática pensada desde Freud (1919/1996a), quando este apontou, no congresso realizado na cidade de Budapeste, possibilidades futuras da inserção de sua teoria-*praxis* a outros espaços sociais. Nosso trabalho, aqui proposto, é assinalar sobre as formulações teóricas dos analistas que apostaram e apostam nesse diálogo nos últimos quinze anos, 2000-2014, trazendo, assim, importantes apontamentos tanto às instituições públicas de saúde quanto à própria psicanálise.

2.2 Psicanálise e saúde mental: possibilidades de um diálogo

O campo da saúde mental é caracterizado por uma pluralidade de saberes que visam problematizar um direcionamento comum para o acompanhamento de seus usuários. Esse cenário só foi possível, como vimos no capítulo anterior, após diversas reivindicações, referenciadas pelo paradigma da Reforma Psiquiátrica, pela ampliação do trabalho clínico. Dessa forma, a terapêutica na saúde mental não se norteia, tão exclusivamente, pelo modelo biomédico, uma vez que incorpora outros saberes e práticas que podem contribuir com o tratamento do sofrimento psíquico grave. Dentre esses vários saberes – que contribuem com a clínica da reforma – a

psicanálise vem se inserindo e construindo novo espaço de atuação. Atualmente, presentifica-se em diversas áreas do conhecimento e de atuação, requerendo dessa forma que o psicanalista reformule sua prática nesses novos espaços a partir dos próprios fundamentos do saber psicanalítico (FIGUEIREDO, 2005; VILHENA; ROSA, 2011; ROSA, 2012; MACHADO; CHATELARD, 2012; RINALDI; BURSZTYN, 2008; BEZERRA, 2008).

Segundo Leite (2008), em seu artigo, a tensão que encontramos no bojo da discussão sobre a inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental se constitui em uma reedição da trajetória de Freud e suas relações com o campo da medicina. Trata-se de um contexto que favorece o aparecimento das identificações com os ideais médicos e, paralelamente, as resistências dos analistas. Embora a psicanálise tenha sua origem neste campo, em seu desenvolvimento realiza uma ruptura decisiva com a lógica médica. No entanto, observamos que, mesmo no âmbito da saúde mental, no qual houve uma luta pelo fim da hegemonia do saber médico-psiquiátrico (excludente e estigmatizante), ainda é um espaço em que o discurso médico prevalece. Portanto, o lugar da psicanálise é sempre de tensão com essas instituições e seus ideais (de cura, remissão dos sintomas e reabilitação) que, tratados de forma engessada, apaga o sujeito desejante.

Ainda segunda a autora, a tensão mencionada não significa uma impossibilidade; pelo contrário, é um momento em que o analista deve realizar um esforço de formalização teórica perante os impasses. Como nos diz Lacan (1955/1995), existe apenas uma resistência, a do analista. Desse modo, para se pensar o trabalho analítico na saúde mental é necessária uma “formação permanente” do analista, fato que possibilita a sustentação do seu desejo e de sua ética na instituição. Conforme explica Leite (2008, p. 91), “trata-se de pensar esse campo como propício para a colocação à prova do desejo de insistir com a psicanálise”. Freud (1933/1996) já nos alertava deste esforço. Segundo ele, “a atividade psicanalítica é árdua e exigente; não pode ser manejada como um par de óculos que se põe para ler e se tira para sair a caminhar. Via de regra, a psicanálise possui um médico inteiramente, ou não o possui em absoluto” (p.186).

Amancio (2012) ressalta que a psicanálise incorpora uma dimensão política. Isto quer dizer que a prática do analista se estende a toda unidade social, pois ela não se restringe ao consultório particular. Freud, relata Amancio, tratou seus pacientes nesse modelo clínico, mas que o dispositivo analítico criado por ele não se reduz a uma configuração espacial, podendo

operar em outros espaços que não a clínica – por exemplo, nas instituições públicas de saúde mental. Ainda segundo a autora, a psicanálise pode contribuir nesses espaços na medida em que constrói uma clínica da singularidade, afastando-se das concepções universalizantes e das práticas nessas instituições que tratam a subjetividade a partir de modelos padronizados e normativos.

Tanto Freud quanto Lacan chamaram a atenção para o fato de que o analista deve estar à altura das questões que o seu tempo lhe coloca [...] Hoje, os psicanalistas são inevitavelmente convocados a responder a essas questões não apenas na sua clínica particular ou nos debates públicos para os quais são chamados, mas também no seu trabalho nas instituições públicas. (RINALDI, 2011, p. 177)

Seguiremos apontando quais argumentos os autores, em seus trabalhos (VILHENA; ROSA, 2011; ROSA, 2012; FIGUEIREDO; FRARE, 2008; CERQUEIRA, 2009; FIDELIS, 2013; MIRA, 2003; RODRIGUES; 2013; NUNES, 2007; GUERRA, 2005; FIGUEIREDO, 2005; LEITE, 2008; BEZERRA; RINALDI, 2009; MONTEIRO; QUEIROZ, 2006; MACHADO; CHATELARD, 2012; RINALDI; BURSZTYN, 2008; TEIXEIRA, 2007; STENNER, 2004; LIMA, 2006; MASCARENHAS, 2011; COUTO; ALBERTI, 2008), que compõem o banco de dados, utilizaram-se para sustentar a possibilidade de atuação da psicanálise nos mecanismos da saúde mental e como o campo contribui com a clínica da atenção psicossocial.

Segundo Lima e Paravidini (2011), as intervenções em saúde mental devem manter-se distantes de pretensões de universalização e totalização, quer seja através de regras morais, ou mesmo do saber médico-psicológico que torne, a princípio, a emergência do sujeito um fato de difícil acontecimento.

Dassoler e Palma (2012) realizaram uma discussão sobre o desafio do trabalho clínico na atenção psicossocial, tendo em vista a diversidade e a heterogeneidade dos saberes envolvidos nesse campo. Questionou-se qual seria a contribuição da clínica psicanalítica à clínica psicossocial, ou clínica da reforma, nomenclatura utilizada durante todo o corpo deste trabalho – apontando a dimensão ética como conceito diferenciado e norteador da prática psicanalítica nos Centros de Atenção Psicossocial.

Da parte da psicanálise, entendemos que a mesma colabora quando se torna propositiva ao indicar uma operatividade clínica para este contexto, sem, com isso, exigir o apagamento das diretrizes orientadoras da clínica no campo da saúde mental em articulação com a especificidade do tratamento analítico, isto é, o singular das vicissitudes de um sujeito na busca da satisfação pulsional. (DASSOLER; PALMA, 2012, p. 95)

As instituições da saúde mental advindas da Reforma Psiquiátrica brasileira também podem ser consideradas, diante da grande quantidade de trabalhos acadêmicos desenvolvidos nesse contexto, como um novo espaço para a prática do analista, principalmente, àqueles que consideram e apostam na prática coletiva como recurso favorável ao restabelecimento do laço social dos seus usuários. A atuação do analista nessas instituições, nos CAPS, por exemplo, objeto de estudo desta dissertação, é marcada por uma prática diferenciada daquela dos demais discursos presentes nesse dispositivo. O diferencial está na sua forma particular de escuta, a do sujeito inconsciente. Essa sua especificidade está dada antes de tudo em sua própria posição frente à demanda; ou seja, ele deve se situar perante a demanda via sustentação de uma questão, e não de uma solução ou resposta àquilo que lhe foi dirigido (DASSOLER; PALMA, 2012).

A prática ora mencionada não significa que o psicanalista tenha que esquecer a ética própria à psicanálise. Sua principal contribuição está alicerçada no diferencial político e ético que sustenta seu discurso, que não é baseado na regra, norma ou moral.

O psicanalista tem antes de qualquer coisa a função de agente de transformação social, e faz isto pela sua escuta, pela sua aposta no sujeito da linguagem, pela sua crença na singularidade, na diferença de cada invenção e na sua concepção de verdade não toda (ABREU, 2008, p. 7).

Carneiro (2008) nos interroga qual seria o lugar do sujeito nas atuais políticas de saúde. No desenvolvimento de seu artigo, a autora aponta deslocamentos importantes e essenciais no trato com o doente mental – do modelo asilar ao atual modelo de reabilitação psicossocial – embora sinalize, também, para o processo de enfraquecimento do trabalho clínico nas práticas assistenciais em saúde mental, denominado por ela como “morte da clínica” (p.214). Vale ressaltar que esse aspecto já foi abordado de forma mais detalhada no capítulo anterior, em uma

secção dedicada a esta problemática – uma nota sobre a reforma. Vemos aqui, no entanto, uma oportunidade para enriquecimento dessa discussão.

O paradigma da reabilitação psicossocial, segundo Carneiro (2008), toma o sujeito apenas em uma dupla acepção: a social, em que o sujeito é visto do ponto de vista ocupacional, e a jurídica, cujo enfoque se direciona ao sujeito de direitos e na exigência do reconhecimento de sua cidadania. Tal aspecto da reabilitação apaga a dimensão clínica e as práticas assistenciais norteadas por um viés disciplinar que desconsidera a singularidade dos sujeitos envolvidos.

Carneiro (2008) propõe um modelo de atenção em saúde mental denominado “instituições enquanto exceção”, conceito desenvolvido em seu trabalho clínico realizado no Instituto Psiquiátrico Raul Soares, em Belo Horizonte. Trata-se de inserir o particular no universal da instituição, em que esta se sustenta na lógica do caso a caso e na Clínica que considera as diferentes subjetividades.

As considerações da autora mostram-se importantes, pois, na maioria das vezes, no cotidiano das instituições, os projetos terapêuticos visam uma unidade construída no debate dos vários saberes envolvidos nesse projeto, inserindo-o em uma lógica do “igual para todos”. Isso resulta na exclusão do diferente e da singularidade, aspectos considerados essenciais, pelos autores em destaque, nas práticas de cuidado com os usuários dos serviços em saúde mental (ABREU, 2008; BEZERRA, 2008; CARNEIRO, 2008; COUTO; ALBERT, 2008; GENEROSO; GUERRA, 2012; MARTINS *et al*, 2015). Podemos elucidar, como exemplo, o CAPS que se propõe a tratar “pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses e neuroses graves [...]” (BRASIL, 2004a, p. 13).

Prosseguiremos discutindo os conceitos psicanalíticos que se mostram importantes para a construção dos trabalhos aqui abordados. Apresentaremos como estes conceitos são articulados ao contexto da atenção psicossocial, pautado nas práticas vivenciadas pelos analistas no cotidiano institucional.

2.3 O lugar da transferência

Já discutimos no início deste capítulo sobre a possibilidade de inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental e como os psicanalistas sustentam e justificam sua prática nesse contexto. Seguiremos, apoiados na leitura das produções, assim como no resultado mostrado pelo *software* Iramuteq, a discussão sobre as matrizes conceituais nas quais os autores se apoiam para desenvolver seus estudos: transferência, sintoma e diagnóstico. Tal escolha justifica-se por se tratar de conceitos específicos da clínica psicanalítica que aparecem como importantes articuladores na construção destes trabalhos. Como exemplo, podemos citar seus respectivos qui-quadrado (transferência χ^2 16.19; sintoma χ^2 12.74), mostrando o quanto são significativos para a classe 4, que compõe este capítulo, e (diagnóstico χ^2 33.33) para a classe 2.

Bezerra e Rinaldi (2009) desenvolvem um trabalho em que defendem a transferência como articuladora entre clínica e política nos serviços da atenção psicossocial. Tal matriz é considerada como uma das principais contribuições da psicanálise à clínica em saúde mental, levando, assim, a inserção da concepção do sujeito inconsciente dentro do contexto reformista, dando nova compreensão sobre o sofrimento psíquico. Além disso, possibilita ainda a circulação de uma narrativa e uma prática em que o sujeito é chamado a responder pelo seu sintoma, pelo seu padecimento.

As autoras, em concordância com o que vem sendo enfatizado nesta dissertação, salientam o enfraquecimento do trabalho clínico nos equipamentos de saúde mental. Não negam os grandes avanços conquistados nesse campo, cujos caminhos foram feitos em função da reinserção social de seus usuários. Evidenciam, no entanto, que, se consideramos o sujeito inconsciente, chegaremos à conclusão de que o objetivo máximo de reinserção social, tão comum nesses espaços, não garante que ocorra mudança estrutural nas relações de sujeito. Diante disso, “é neste sentido que vemos a importância do campo transferencial, pois é nele que as relações se estruturam” (BEZERRA; RINALDI, 2009, p. 347). A transferência não segue a lógica institucional que é norteadada por métodos burocráticos das políticas que a regem. Sua condução privilegia a clínica da singularidade, a necessidade de considerarmos a escolha do sujeito-usuário que vai tomar um técnico como referência para suas elaborações inconscientes (BURSZTYN; FIGUEIREDO, 2012; FIGUEIREDO, 2005; LIMA, 2011; NUNES, 2007).

A vivência cotidiana da tensão entre o sujeito e a burocracia nos serviços interroga o possível enrijecimento de modelos de atendimento. Acreditamos que uma das contribuições importantes que a psicanálise pode oferecer à discussão da lógica da rede de atenção psicossocial é que se possa dar lugar ao real, à imprevisibilidade do sujeito do Inconsciente, à emergência do inesperado e à importância da transferência na condução dos casos (BEZERRA; RINALDI, 2009, p. 351).

Em sua dissertação de mestrado, Rosa (2012) realiza um estudo sobre a possibilidade de inserção da psicanálise no contexto institucional, em especial nos dispositivos CAPS. Em sua narrativa, argumenta-se que a grupoterapia é um valioso instrumento na prática institucional em saúde mental, um método ou prática que consegue firmar um compromisso entre reabilitação social e clínica da subjetividade. No desenvolvimento do referido estudo, é sustentada a concepção de que a função da psicanálise nesses espaços é permitir o aparecimento do sujeito que desempenhe papel ativo no seu tratamento, utilizando-se, para tanto, da transferência como vínculo-técnica de fundamental importância para consumação desse processo. Em suas palavras, “é nesse contexto que entra em cena a transferência como vínculo de fundamental importância para a prática psicanalítica” (p.46).

A autora também aponta alguns obstáculos para o manejo da transferência no dispositivo CAPS. É pontuado que, por se tratar de uma instituição pública, existem outros atores envolvidos nesse processo, como profissionais de outras áreas, a família e a própria instituição com seu funcionamento próprio. Dessa forma, todos esses atores interferem na relação transferencial ao ponto de se chegar a um impasse, em não saber se o vínculo estabelecido é com o analista ou com a instituição e todos os elementos que a compõe.

Como saída dessa querela, Rosa enfatiza que é necessário inserir todos os elementos institucionais (família, equipe, instituição) na condução do processo analítico, “criando-se um campo transferencial complexo” (p.46). Somente dessa forma pode-se realizar uma quebra na velha dicotomia, vista como uma dificuldade diante do andamento e progresso analítico no contexto institucional, encontrada no âmbito transferência-instituição (ROSA, 2012; VILHENA; ROSA, 2011).

Uma das formas que os analistas encontraram para elucidar esse impasse foi a criação de um conceito que engloba todos os elementos que compõem as instituições de saúde mental, denominando-o como “campo transferencial”. Com isso, arriscamos dizer que o campo

transferencial se articula à noção de “Clínica ampliada”. Há também aqui o reconhecimento de um compromisso dos analistas com o paradigma reformista, que, inseridos nesse novo espaço de atuação, situam outros atores na condução do processo analítico, cuja demonstração se faz justamente ao criar um conceito em que leva em conta a complexa rede envolvida no processo transferencial em uma instituição pública de saúde mental.

A partir do referencial psicanalítico, Ana Cristina Figueiredo (2005) discute sobre diferentes práticas coletivas realizadas nas instituições de modelo psicossocial (grupos de usuários, grupos de medicação, grupos de familiares, oficinas e trabalho protegido), elegendo o CAPS como lócus privilegiado de sua discussão. Tendo em vista que o trabalho em equipe, hoje, é um dos principais alicerces das ações clínicas do novo modelo em saúde mental, a autora aponta algumas considerações psicanalíticas para esse tipo de trabalho nos CAPS, destacando a concepção de “transferência de trabalho”.

Trata-se de um conceito lacaniano, baseado no próprio conceito de transferência, que busca o estabelecimento de um vínculo produtivo entre os pares. Como sabemos, em muitos casos, o trabalho em equipe nos CAPS é atravessado por disputas hierárquicas “do saber-todo sobre o caso”, denominado por Figueiredo (2005) como “rivalidades narcísicas provocadas pelas ‘pequenas diferenças’” (p.47) que resultam em medidas segregadoras e excludentes, além de provocarem práticas de desresponsabilização na tutela do sujeito. Desse modo, a transferência do trabalho propõe um exercício de responsabilidade compartilhada norteadas pela dimensão clínica e pelas próprias produções do sujeito, e não dos profissionais que compõem a equipe.

Estamos aqui tomando o conceito em sua acepção simbólica, de demanda ao saber, de suposição de saber. Se no tratamento essa suposição passa pelo analista e se dirige ao sujeito do inconsciente, analogamente no trabalho em equipe ela circula entre os pares na mesma direção (FIGUEIREDO, 2005, p. 48).

De acordo com os resultados, a palavra “transferência” aparece como uma das mais significativas da classe ($\chi^2 16.19$) - o que demonstra sua relevância na organização dos trabalhos. Pode-se afirmar, no entanto, que esse conceito ainda aparece de forma pouco desenvolvida nos trabalhos analisados. Talvez isso se dê pela querela que apontamos anteriormente sobre as dificuldades no manejo da transferência no contexto institucional. Provavelmente, teremos que

discutir com maior profundidade e nos perguntarmos qual o motivo para tal fato, de que forma este impasse vem sendo enfrentado pelos analistas. Nosso trabalho pode contribuir ao trazer alguns apontamentos extraídos dos artigos, dissertações e teses que possibilitem ampliar a compreensão sobre tal questão.

Constatamos ainda que o texto mais utilizado pelos analistas para abordar o conceito de transferência no contexto institucional é o trabalho de Freud datado de 1912, *A Dinâmica da Transferência*, que compõe a coletânea de trabalhos sobre a técnica. Questionamo-nos, a partir deste dado, se as questões trazidas naquele contexto dariam conta do âmbito institucional. Naquele momento de sua obra, Freud discute uma situação muito particular da clínica, a formulação teórica de como a transferência opera no tratamento analítico.

Fica evidente, a partir da análise dos trabalhos, a carência de aprofundamento desse conceito, tão fundamental à psicanálise, na prática analítica no contexto institucional. Demarcamos aqui alguns pontos considerados problemáticos por esses autores que trabalharam ou ainda trabalham nesses serviços, em especial nos Centro de Atenção Psicossocial. De qualquer maneira, registra-se o esforço dos analistas em criar mecanismos, formulações teórico-práticas, a partir de suas experiências, para o avanço da discussão.

2.4 Sintoma - o que diz a psicanálise?

A tese de doutorado de Bursztyn (2012), intitulada *A política do sintoma e a construção do caso clínico: modos de transmissão da psicanálise na prática coletiva em saúde mental*, é o trabalho mais significativo da classe 4 - (χ^2 16.19). A autora apresenta a transmissão da política analítica do sintoma como importante ferramenta teórico-clínica para realização de pesquisas e práticas no contexto da saúde mental. Seu trabalho é desenvolvido em paralelo à concepção da construção do caso como instrumento de acompanhamento e avaliação da condução clínica das equipes que compõem estes espaços e que tratam o sintoma em sua singularidade no trabalho coletivo.

Bursztyn sublinha a especificidade clínica e política do trabalho do psicanalista nas instituições públicas de saúde mental, propondo um trabalho norteado pela singularidade de cada

caso. A partir disso, torna-se necessário verificar e discutir sobre a inserção da política psicanalítica do sintoma nas instituições de saúde mental, não como movimento de militância ou exigência de ideal a ser seguido, mas com a finalidade de funcionar como ferramenta de acompanhamento clínico das equipes interdisciplinares que trabalham no modelo da atenção psicossocial. A autora defende que a operação metodológica da psicanálise “se sustenta na experiência de cada caso, produzindo, ao mesmo tempo, uma formalização lógica capaz de explicar e de transmitir a relação que cada sujeito estabelece com seu sintoma” (p. 10).

No mesmo ano, o artigo de Bursztyn e Figueiredo (2012), também um dos textos mais significativos da classe, seguiu a mesma perspectiva da tese anteriormente mencionada. As autoras apontam a construção do caso clínico como ferramenta valiosa de pesquisa clínica em psicanálise no trabalho coletivo nas instituições de saúde mental. É destacado ainda que somente pela construção do caso é possível extrair uma lógica singular do sintoma.

Bursztyn e Figueiredo consideram necessária uma retomada da discussão clínica e diagnóstica sem reduzi-la aos vários transtornos que compõem os manuais diagnósticos da psiquiatria contemporânea, que se baseiam tão exclusivamente em um modelo funcionalista-organicista. As autoras propõem, assim, a transmissão particular de cada caso na prática coletivo. Nas palavras das mesmas, “trata-se de sustentar o trabalho coletivo na atenção psicossocial, propondo uma prática clínica mais adequada ao atual paradigma da saúde mental: *o trabalho em equipe orientado pela lógica singular do sintoma*” (p.133).

A ação do psicanalista na prática institucional não se restringe à oferta de tratamento psíquico capaz de acolher a singularidade que cada sintoma desvela, mas se amplia ao privilegiar essa discussão clínica para nortear o trabalho da equipe que se ocupa dos casos nas instituições (BURSZTYN; FIGUEIREDO, 2012, p. 132).

Essa discussão empreendida pela psicanálise, evidenciada no artigo de Bursztyn e Figueiredo (2012), contribui também ao campo da psiquiatria na medida em que amplia a discussão sobre os fenômenos psicopatológicos. O sintoma nessa perspectiva é considerado elaboração do sujeito e não deve ser entendido como algo a ser eliminado, mas interrogado. Freud (1917/1996), em seu texto *O sentido dos sintomas*, conferência XVII, pontua que eliminar os sintomas não significa curar a doença, pois “a única coisa tangível que resta da doença, depois de eliminados os sintomas, é a capacidade de formar novos sintomas” (p.69). Nesse momento,

permitimos-nos trazer algumas considerações, a esse respeito, do psicanalista Antonio Quinet (2009). Em seu livro, *As 4+1 condições da análise*, ao tratar da função das entrevistas preliminares, o psicanalista relata que, em análise, é necessária a passagem do sintoma bruto ao sintoma analítico. Assim, não se deve levar a demanda a primeiro plano. É preciso que a queixa se transforme em uma demanda endereçada ao analista e que o sintoma passe de estatuto de resposta a estatuto de questão daquele sujeito.

A psicanálise, ao contrário da concepção funcionalista-organicista da psiquiatria contemporânea, propõe implicar o diagnóstico e o tratamento como sendo partes indissociáveis. Desta forma, o tratamento também definiria o diagnóstico. Assim, a orientação analítica não trabalha com o sintoma como algo a ser extirpado do sujeito, mas um sintoma a ser assumido, concebido ou mesmo construído (BURSZTYN; FIGUEIREDO, 2012).

O sintoma não vai sem o sujeito, nem o sujeito pode ser pensado sem o seu sintoma. Um constitui o outro, melhor dizendo, um se constitui no outro, o sujeito através do sintoma e vice-versa. Nesse sentido, diagnóstico e tratamento seriam indissociáveis e intercambiáveis: o tratamento também definiria o diagnóstico e não apenas o contrário. (FIGUEIREDO, 2004, p.3)

Em sua dissertação, cuja proposta foi apontar as contribuições da psicanálise a dispositivos de emergência psiquiátrica, Cox (2011) realiza uma discussão de alguns conceitos clínicos importantes para serem pensados nesse contexto e que favorecem a discussão empreendida por ela - dentre eles, o sintoma. No desenvolver do trabalho, demarca-se a distinção conceitual da concepção do sintoma em psicanálise e na psiquiatria. Ainda segundo a autora, a formação dos sintomas, na perspectiva da psiquiatria contemporânea, está restrita aos vários transtornos que compõem os manuais diagnósticos. Desta forma, sua clínica “procura basear sua conduta na identificação desses sintomas para diagnosticar a qual transtorno o paciente melhor se encaixa e, assim, prescrever uma medicação [...]” (p.62), visando, ainda, a atenuação ou mesmo a eliminação dos sintomas, tomando-o como verdade da doença.

Como já mencionamos, a psicanálise tem outro entendimento sobre esse conceito clínico. Considera-o como uma manifestação subjetiva que diz algo a respeito do sujeito, seja na neurose ou na psicose, e que deve ser acolhido em sua particularidade. Kyrillos Neto (2009) aponta para a

mesma direção ao afirmar que “não atacar o sintoma, mas abordá-lo como manifestação subjetiva, significa acolhê-lo para que possa ser desdobrado. Daí surge um sujeito, seja na melancólica, no delírio paranoico ou no despedaçamento do esquizofrênico” (pp. 44-45). Assim, em psicanálise não visamos a eliminação dos sintomas, pois esse revela algo a respeito do sujeito. Ao tratar da teoria geral da neurose, Freud (1917), no texto *O sentido dos sintomas*, afirma que os sonhos, assim como o sintoma, possuem um sentido e têm estreita relação com as experiências do paciente.

Ao final de seu raciocínio, Cox (2011), chega ao entendimento de que, ao passo que a psiquiatria procura abolir o sintoma, a psicanálise tenta acolhê-lo em sua singularidade para que o sujeito possa construir uma elaboração. Além disso, constata-se que o trabalho da psicanálise na emergência psiquiátrica abre novas possibilidades de compreensão do sofrimento humano. Nas palavras de Cox, “levar em consideração o sujeito propriamente da psicanálise, abre uma possibilidade para que o tratamento possa ir além de prescrição medicamentosa, ato por vezes iatrogenicamente naturalizado num dispositivo como este” (p. 70).

As produções acadêmicas se apoiam em alguns textos da vasta obra de Freud para demarcar mudanças no conceito de sintoma discutido. Entre os principais, estão os do início de sua obra, mais especificamente os estudos sobre a histeria, quando Freud e Breuer (1893-95/1996) concebiam o sintoma histérico como conflito psíquico causado por um evento traumático que não era lembrado pelo paciente.

No célebre livro *Interpretação dos sonhos*, publicado em 1900 e também destacado como referência pelas produções, o sintoma é compreendido como um enigma que deve ser decifrado, assim como outras formações do inconsciente que são lacunares - os sonhos, por exemplo. O sintoma, dessa forma, configura-se como formação de compromisso.

As duas forças que entraram em luta encontram-se novamente no sintoma e se reconciliam, por assim dizer, através do acordo representado pelo sintoma formado. É por essa razão, também, que o sintoma é tão resistente: é apoiado por ambas as partes em luta (FREUD, 1915-16/1996, p. 79).

Por fim, o livro *Além do princípio do prazer*, datado de 1920, é também uma das principais referências aos trabalhos acadêmicos aqui considerados. Nele, Freud apresenta mudanças significativas em sua teoria, encontrando-se diante de vários impasses que culminam

em novas formulações na compreensão do aparelho psíquico, quando “aponta para uma pulsão de destruição que age no indivíduo, além das que estariam guardando a harmonia – princípio de realidade e princípio do prazer” (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012, p. 50), formulando, assim, os conceitos “pulsão de morte” e “compulsão à repetição”.

Já Lacan é tido como referência em dois momentos de sua obra. No início de seu ensino, privilegia o simbólico, colocando-o em primeiro plano em suas elaborações – teórico-clínicas – psicanalíticas. O sintoma é concebido como uma metáfora, uma linguagem particular que deveria ser decifrada, indicando seu alinhamento com a máxima lacaniana do “inconsciente estruturado como linguagem”. Em suas palavras, “o sintoma se resolve por inteiro numa análise linguageira, por ser ele mesmo estruturado como linguagem, por ser a linguagem cuja fala deve ser libertada” (LACAN, 1966/1998, p. 270). Em *O seminário, livro 3: as psicoses*, Lacan (1955-56/ 1988, p. 192) enfatiza que “todo fenômeno analítico, todo fenômeno que participa do campo analítico, da descoberta analítica, daquilo com que lidamos no sintoma e na neurose, é estruturado como linguagem”. A partir da década de 70, Lacan aborda o sintoma pelo real (COX, 2011), “ao apontar que é do real que se trata o sintoma” (p. 63). No final de seu ensino, mais especificamente no seminário 23, “Lacan localiza o sintoma como invenção, criação do sujeito” (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012, p. 57).

Na mesma direção, Bursztyn (2012, p. 6) pontua que, no final de suas formulações teóricas sobre o sintoma, Lacan toma-o “não somente em sua dimensão de verdade e de sentido decifrável, mas em sua dimensão de gozo”. Naquele período, cria a teoria do “nó borromeu” a partir da articulação real-simbólico-imaginário com o *Sinthoma*. Lacan (1975-76/ 2007) chega à conclusão de que existem outras respostas à carência do suporte simbólico, uma suplência compensatória. Como forma de exemplificação de sua elaboração sobre o *sinthoma*, Lacan destaca o caso do escritor irlandês James Joyce.

Nas produções analisadas, os conceitos lacanianos são utilizados principalmente pelos textos que tratam das psicoses (MIRA, 2003; STENNER, 2004; PINTO, 2005; MONTEIRO; QUEIROZ, 2006; NOGUEIRA, 2007; LIMA, 2010; AMANCIO, 2011; NEVES; PARAVIDINI, 2013; HARMANN, 2008; GABBAY, 2008; DUNKER; FRANÇA NETO, 2004; MONTEIRO; QUEIROZ, 2006; LIMA, 2009; GUERRA; SILVA; CHAIA; ELIAS; SARKIS, 2006; GUERRA, 2009; KYRILLOS NETO, 2009; ELIA, 2010; PALMA; CASTRO, 2010; COSTA; POLI, 2010).

A partir da análise do *software* Iramuteq, podemos inferir o quanto esses conceitos são importantes para a organização dos trabalhos: *nome-do-pai* (χ^2 12.92), *sinthoma* (χ^2 9.67) e *suplência* (χ^2 3.06), *simbólico* (χ^2 4.36) *real* (χ^2 6.16), *gozo* (χ^2 9.93), além do significante *psicose*, que se apresenta como a quinta palavra mais significativa da classe 4 (χ^2 35.66), denominada *Teoria e clínica psicanalítica*.

Em função da grande quantidade de trabalhos que abordam a temática das psicoses no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, sublinhamos a importância de trabalhos futuros que objetivem elucidar questões/problemas/impasses que aparecem dessas produções.

2.5 Prática diagnóstica em saúde mental

Dando continuidade aos conceitos psicanalíticos organizadores das produções acadêmicas, seguiremos apontando o que assinalam os trabalhos realizados nesse contexto sobre a prática diagnóstica. Elencaremos quais discussões foram empreendidas e de que forma podem contribuir com o tratamento do sofrimento psíquico. Visamos ainda estabelecer semelhanças e discordâncias trazidas pelos autores entre as clínicas psiquiátrica e psicanalítica, tendo em vista que estas são as principais correntes do campo *psi* presentes nos dispositivos da atenção psicossocial e que foram eleitas na discussão empreendida pelos analistas nos trabalhos aqui considerados.

Seguiremos apontando as especificidades da perspectiva da psicanálise acerca do diagnóstico em detrimento das outras práticas diagnósticas representadas pelo modelo médico-psiquiátrico, que é o principal norteador das políticas em saúde mental. Ainda que o intuito não seja estabelecer qual melhor modelo ou paradigma a ser seguido, apresentaremos os mecanismos e balizas norteadoras dessas formas de compreensão do sofrimento psíquico, vislumbrando o fornecimento de contribuições para a prática diagnóstica no campo das instituições regidas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Os trabalhos tomados como base dessa discussão (BURSZTYN; FIGUEIREDO, 2012; FIGUEIREDO; MACHADO, 2000; FIGUEIREDO, 2004; FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002; KYRILLOS NETO; SANTOS, 2014; KYRILLOS NETO *et al*, 2011; VILHENA; ROSA, 2012; DUNKER, 2011; DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011;

MASCARENHAS, 2011) foram eleitos a partir dos critérios já delineados na metodologia desta dissertação.

A partir de então, passaremos a apontar algumas considerações e reflexões que se destacaram no bojo da discussão dos trabalhos analisados sobre a prática diagnóstica no contexto da saúde mental, destacando como os analistas sustentam as formulações e quais argumentações (sob que conceitos teórico-metodológicos) são utilizados para tais.

No tocante ao diagnóstico, Freud introduz uma nova perspectiva nessa área. Ao invés de realizar uma classificação exaustiva e uma descrição objetiva, ele insere uma homogeneidade entre diagnóstico e tratamento, elementos considerados indissociáveis, que devem andar sempre em consonância. Essa compreensão foi abolida da clínica psiquiátrica. Neste dispositivo, o sujeito é sinônimo do discurso médico e representado pela figura do clínico, sendo o paciente objeto do qual se tem conhecimento. Já a psicanálise realiza um corte, um deslocamento e uma inversão nessa relação: o paciente é posto na posição de sujeito e o analista, ainda que esteja representando o agente do discurso, representará no trabalho terapêutico o objeto (DUNKER, 2011; KYRILLOS NETO; SANTOS, 2014).

Assim como na Clínica moderna, o diagnóstico em Psicanálise é uma atividade que se poderá desdobrar continuamente. Mas, ao contrário da clínica médica, em Psicanálise o diagnóstico não é um ato, pois isso implica a objetivação do paciente em uma nova forma de alienação e contrária o princípio de que, no tratamento analítico, o único sujeito presente no dispositivo é o analisante (DUNKER, 2011, p. 458).

Nessa perspectiva, Kyrrilos Neto e Santos (2014) desenvolveram um artigo crítico com o objetivo de oferecer uma contribuição ao debate da prática diagnóstica no campo da saúde mental. Para tal, empreenderam a demarcação da diferença entre os diagnósticos da psiquiatria, que na contemporaneidade se dão apoiados nos vários manuais de classificação, e o diagnóstico estrutural psicanalítico e sua ênfase na clínica da singularidade. Chegou-se à compreensão de que a prática diagnóstica médico-psiquiátrica leva à alienação do sujeito “no saber apresentado por um Outro que ocupa o lugar de mestria” (p.76) , inserido em um discurso universalizante e da cientificidade. Ao passo disso, o diagnóstico na perspectiva psicanalítica auxilia na condução do tratamento visando ao sujeito uma posição menos dependente de estar no laço social - estando,

assim, em concordância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica que realiza uma clara mudança na compreensão do tratamento enquanto eliminação dos sintomas à promoção da saúde.

Kyrillos Neto e Santos (2014) salientam que houve uma mudança na abordagem psiquiátrica em relação ao diagnóstico a partir da década de 80, quando das mudanças ocorridas nos principais manuais diagnósticos, CID e DSM. Esses manuais surgem com a finalidade de facilitar a comunicação entre estudiosos da área, tendo como uma de suas principais características seu aspecto a-teórico, fator analisado no referido trabalho. Os autores demarcam que o diagnóstico em psiquiatria, desde então, organiza-se em torno dos manuais de classificação, da descrição sistemática de sinais e sintomas. Como conceito chave, que norteia a prática, a psiquiatria toma os vários transtornos mentais que compõem os manuais, desconsiderando o fator etiológico das doenças mentais. Para Kyrillos Neto e Santos (2014), “esse proclamado ateoricismo restringe-se às citadas questões etiológicas, já que os DSMs se organizam em torno de uma lógica empírico-operacional, fundada em um pragmatismo radical” (p.67).

Já o diagnóstico em psicanálise, segundo os mesmos autores, não se norteia pela descrição de sinais e sintomas com ênfase na nosografia. Dá-se pela escuta do sujeito, no intuito de “fornecer ao clínico balizas necessárias à condução do tratamento” (KYRILLOS NETO; SANTOS, 2014, p.70), sendo essa sua principal função.

O artigo ‘O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura’, de Figueiredo e Machado (2000), é referência dos trabalhos analisados que abordam a temática do diagnóstico psicanalítico. No texto, as autoras desenvolvem uma ampla discussão e reflexão acerca do diagnóstico estrutural psicanalítico e suas implicações no âmbito do tratamento das psicoses. Figueiredo e Machado (2000) trazem à luz as contribuições de Freud e Lacan para a teorização e prática diagnóstica. Segundo as mesmas, a partir da ótica psicanalítica, devemos compreender o diagnóstico menos como uma descrição objetiva, entendendo-o como uma operação descritiva do analista, da descrição à dinâmica, do fenômeno à estrutura. Assim, o diagnóstico estrutural possibilita manter sempre uma relação estreita com a produção de uma verdade singular e o surgimento de uma história particular.

Embora tenham apontado diversas divergências teórico-conceituais e políticas entre psicanálise e psiquiatria, os autores (FIGUEIREDO, 2004; FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002; KYRILLOS NETO; SANTOS, 2014; KYRILLOS NETO *et al*, 2011) deixam claro que essas

não estão em oposição: "entendemos a psiquiatria como um campo de saber e de práticas diversas, inaugurado pelo gesto de Pinel, campo em relação ao qual a psicanálise não está em oposição, ainda que nele introduza cortes significativos" (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002, p. 31). Kyrrilos Neto *et al* (2011, p. 47) reforçam a ideia ao afirmar que "a psicanálise conservou a função diagnóstica da psiquiatria sem deixar de se referir à psiquiatria clássica, mantendo a relevância e a singularidade da fala de cada sujeito tanto no nível do enunciado quanto no da enunciação".

Freud introduz, assim, ao campo psiquiátrico uma nova forma de compreensão sobre as psicopatologias. Ele realiza uma torção e um deslocamento na concepção que se tinha da loucura - até então de déficit, erro ou negatividade - e revela que esta é um modo particular do sujeito dizer sua verdade.

Kyrrilos Neto *et al* (2011), apoiados na discussão de um caso clínico atendido em um Centro de Atenção Psicossocial, debateram sobre os critérios diagnósticos em psicanálise e psiquiatria atentando para suas consequências na condução clínica do caso, elencando ainda algumas considerações acerca das relações entre psiquiatria-psicanálise e o DSM-IV apontadas nos trabalhos acadêmicos produzidos no Brasil.

Os autores realizaram um resgate histórico-epistemológico dos atuais manuais diagnósticos, no intuito de investigar sobre a tensão existente entre as duas perspectivas por eles anunciados: psiquiatria e psicanálise. Em especial, explorou-se o DSM, que hoje norteia a prática clínica da psiquiatria. No trabalho, há uma preocupação dos autores em trazer à cena alguns trabalhos brasileiros que já trataram da discordância teórico-metodológico destas duas vertentes *psi*, presentes nas atuais instituições de saúde mental, assim como no campo diagnóstico em geral.

Kyrrilos Neto *et al* chegam a conclusão de que há uma tendência da psiquiatria contemporânea, norteadada pelo DSM, em substituir as categorias diagnósticas – psicose, neurose e esquizofrenia – por vários transtornos estabelecidos através de descrições fenomênicas dos sintomas. Dessa forma, a conduta culmina no enfraquecimento da lógica diagnóstica psiquiátrica, que atualmente "encontra-se tomada pelo furor *sanandi* da farmacopeia, abandonando o seu saber clássico e clínico" (p. 47). Dunker e Kyrrilos Neto (2011), em uma análise crítica sobre o uso do

DSM pela psiquiatria, evidenciam que os fatos aqui expostos são fortes indicadores da suspensão individual dos múltiplos discursos sobre o mal-estar, sofrimento e sintoma.

Os autores alertam para as consequências do uso único e exclusivo do DSM como organizador do diagnóstico nos serviços substitutivos aos manicômios (FIGUEIREDO, 2004; FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002; KYRILLOS NETO; SANTOS, 2014; KYRILLOS NETO *et al*, 2011; DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011). Há nesse fato uma forte afinidade com as relações de poder totalizante, tão característico do modelo psiquiátrico-manicomial. Nesse sentido, "esse saber que classifica, prescreve, ouve para encontrar o deficit ou, em outras palavras, aliena o sujeito em um discurso que se afirma enquanto científico" (KYRILLOS NETO; SANTOS, 2014, p. 75) tende a transformar os serviços que surgiram com o objetivo de promover a autonomia aos seus usuários em uma nova forma de institucionalização, a qual, em nome do saber científico, termina por apagar o sujeito e dificulta que este encontre uma forma particular de lidar com seu padecimento.

Outra consequência ao adotar os atuais manuais da psiquiatria como norteadores da prática diagnóstica nos serviços de saúde mental é a incompatibilidade com as diretrizes e princípios da reforma brasileira, o que se relaciona à concepção dos autores de "alienação do sujeito". Ao atribuir um significante classificatório que define o usuário em sua totalidade, ocorre um impedimento para que este (usuário-sujeito) encontre novas formas de construir seu laço social de forma particular. Esse movimento vai de encontro aos objetivos do paradigma e da clínica da atenção psicossocial, objetivos já tratados na presente dissertação (KYRILLOS NETO; SANTOS, 2014; KYRILLOS NETO *et al*, 2011; DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011; FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002).

Já Vilhena e Rosa (2012) trataram a temática em outra perspectiva. Objetivaram examinar a prática diagnóstica em saúde mental a partir do referencial da linguagem, discutindo os conceitos psicopatológicos sob duas óticas: objetivista e pragmática. A escolha pela temática, segundo os mesmos, justifica-se pela necessidade de nos questionarmos, investigando a visão de saúde mental que a sociedade adota e quais suas implicações para o campo clínico.

Uma das questões levantadas, no desenvolver do trabalho dos autores, é sobre o caráter político, contingente e circunstancial das categorias diagnósticas dos manuais de classificação. A esse respeito, alertam para o fato de que o diagnóstico psiquiátrico tem implicações diretas na

dinâmica de vida do paciente; ou seja, efeito no imaginário compartilhado pelo paciente, seus familiares e pelo meio social ao qual este pertence. Nas palavras dos autores, "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 esse padece" (p. 32). Ainda segundo Vilhena e Rosa (2012), no ato de diagnosticar, há sempre um aspecto de juízo de valor que insere o sujeito em uma classe. Assim, torna-se necessário uma discussão clínica que possa demonstrar o caráter político, circunstancial e contingente que envolve o processo diagnóstico.

Nossa proposta, então, passa pela assunção desse caráter político e situacional das insígnias diagnósticas, abrindo mão de tentar estabelecer uma relação direta (ponto a ponto) com a realidade, localizando na cultura a origem dessas manifestações e reconhecendo seu caráter processual e dialético. (VILHENA; ROSA, 2012, p. 33)

Ao final do texto, Vilhena e Rosa (2012) defendem a necessidade de uma concepção não objetiva-representacional de linguagem como condição para a clínica analítica. Sua argumentação partiu do conceito de "causalidade psíquica"¹², indicando que não há clínica da subjetividade sem a presença de signos equívocos. Assim, em psicanálise, não existe uma causalidade única e objetivável para o sofrimento psíquico, "ela é processual e subjetiva, e inscreve-se na interação entre corpo pulsional e a cultura" (p. 33).

A partir do que foi esboçado neste tópico da dissertação, apoiado nos resultados do *software*, assim como na leitura das produções, podemos afirmar que os analistas elegeram duas correntes de discussão. A primeira buscar esclarecer a distinção das clínicas psicanalítica e psiquiátrica – apontando as particularidades de cada uma a fim de contribuir com a discussão diagnóstica na saúde mental. Outro ponto que sobressai nos trabalhos analisados é a crítica ferrenha aos manuais de classificação da psiquiatria contemporânea, que, desde a década de 80, quando começaram a ganhar espaço, vêm ditando e organizando, em grande parte, a prática diagnóstica em saúde mental. Segundo os autores das produções levantadas, isso acarreta algumas consequências consideradas discordantes com os próprios princípios da atenção

¹² Este conceito tem como base norteadora a manifestação do sujeito e entende a relação de causalidade marcada pelo corpo pulsional e pela cultura.

psicossocial, já elucidados e discutidos nesta secção - tutela, desresponsabilização, alienação, entre outras.

Ao final deste capítulo, é válido retomarmos, de forma sucinta, o percurso feito e quais elaborações foram construídas. Aprendemos que o novo modelo de assistência em saúde mental, construído pelos esforços da Reforma Psiquiátrica brasileira, é caracterizado por uma pluralidade de saberes e práticas que visam problematizar um direcionamento comum a seus usuários. Dentre esses vários saberes – que contribuem com o paradigma da atenção psicossocial – a psicanálise vem se inserido e construindo novo espaço de atuação.

Tivemos como objetivo apontar, a partir de produções realizadas nos últimos quinze anos, as peculiaridades da prática analítica nas instituições de saúde mental no Brasil. Elencamos, norteados pelas argumentações e construções teóricas dos próprios analistas-autores, como eles pensam/sustentam/justificam o trabalho da psicanálise nesse contexto de extensão da clínica e de que modo essas reflexões fazem avançar a própria psicanálise.

Além disso, baseado na análise do Iramuteq, foi apontado e discutido como os analistas-autores articulam importantes conceitos psicanalítico - o tripé transferência, sintoma, diagnóstico - no contexto institucional, tendo em vista que esses se mostraram articuladores imprescindíveis na construção das teses, dissertações e artigos do *corpus* estudado, evidenciados pelos seus respectivos qui-quadrado, ou seja, o quanto os articuladores foram significativos para as classes aqui analisadas.

Seguiremos, então, com a proposta do nosso trabalho. O próximo capítulo, baseado na classe 3, é denominado *A psicanálise entre vários: a construção do caso clínico no contexto da saúde mental*. Traçamos como objetivo elencar as especificidades da prática do psicanalista desenvolvida no trabalho coletivo na Atenção Psicossocial, destacando a construção do caso como uma contribuição da psicanálise à Clínica em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Capítulo3. A PSICANÁLISE ENTRE VÁRIOS: A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL.

A partir da classe 3 (que corresponde a 24,3% do total do *corpus*), intitulada *A psicanálise no CAPS – construção do caso clínico*, propomos o terceiro capítulo desta dissertação (ver Gráfico 1: Dendograma)

Todos os textos referentes a esta classe abordam, em maior ou menor desenvolvimento, a prática clínica psicanalítica nos CAPS, destacando a construção e a discussão do caso clínico como uma das principais vertentes dos trabalhos ali realizados. Os resultados da pesquisa apontam a construção do caso clínico como uma das principais contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental (VIGANÒ, 1999; FIGUEIREDO, 2004). Assim, nosso percurso consiste em explicitar as particularidades dessa metodologia de trabalho que se mostra valiosa à prática coletiva da psicanálise no âmbito institucional. De modo mais específico, enfatizaremos os modos pelos quais esta vem sendo desenvolvida no contexto da saúde mental no Brasil. Para tanto, consideramos o *corpus* de pesquisa e as indicações do *software* Iramuteq, que aponta os trabalhos mais significativos para cada classe.

3.1 A prática entre vários¹³

Nesta secção, buscaremos delinear as influências e os conceitos que fundamentam a prática da construção do caso clínico no âmbito da saúde mental, expondo como os psicanalistas brasileiros articulam tais conceitos em suas elaborações teórico-práticas. São eles: *A prática entre vários* e *Um do vazio*. Tais conceitos estão presentes no bojo da discussão das produções aqui analisadas e mostram-se como organizadores das reflexões resultantes da atuação de analistas no contexto institucional.

¹³ Conceito criado por Jacques-Alain Miller para designar uma nova modalidade de trabalho realizado na instituição Antenne 110, na cidade de Bruxelas, destinada ao atendimento de crianças autistas e psicóticas.

Antonio Di Ciaccia (1999)¹⁴ é considerado referência importante para construção e organização dos trabalhos de psicanalistas que tratam da prática coletiva¹⁵ no contexto institucional. Como exemplo da sua importância, podemos destacar as seguintes produções acadêmicas no *corpus* analisado: AMANCIO, 2012; ABREU, 2008; BURSZTYN; FIGUEIREDO, 2012; STENNER, 2004; MONTEIRO; NUNES, 2007; QUEIROZ, 2006.

Em uma discussão sobre o que fundamenta a prática que é desenvolvida nas instituições, Di Ciaccia (1999) chega à conclusão de que o funcionamento do trabalho institucional dá-se a partir da lógica de que “os muitos” estão organizados verticalmente pela identificação ao mestre, inseridos no discurso do mestre¹⁶, e, horizontalmente, pelos “todos iguais”. O autor se apoia nas considerações de Freud (1921) no texto *Psicologia das massas e análise do eu*. Neste, Freud afirma que o funcionamento institucional da Igreja e do exército, por exemplo, dá-se pelo “Um fundador” que possibilita a coesão da massa. Para Di Ciaccia (1999), este tipo de coesão tem como consequência a recusa ao diferente, a rejeição àquele que pensa diferente do mestre e, portanto, traidor. Nas palavras do autor, "aos que estão fora do vaso cerrado da instituição reserva-se um desprezo total. E para aqueles que estão em uma instituição concorrente, é o ódio, senão a guerra" (p. 50).

Após a apresentação da problemática, o autor ressalta, de forma enfática, que o trabalho realizado nas instituições pode e deve afastar-se da lógica do “Um do Mestre”, mesmo reconhecendo que este aspecto seja característico de todo funcionamento nesses espaços. Para assegurar tal argumentação, o mesmo propõe o que ele chama de “Um do vazio”, cujo cerne é pontuar que, nesse contexto, “os muitos” não devem sustentar-se no “Um do mestre”, mas na sua falta, “esse Um do vazio não é o feito de um só, mas feito de cada um, um por um” (p.52). Trata-se da prática que considera a surpresa e a invenção de cada sujeito. Somente por essa relação ao “Um do vazio”, podemos desvelar os efeitos imaginários e as rivalidades internas e externas ao

¹⁴ O texto aqui referido é “Da fundação por Um à prática feita por muitos”, feito para a abertura da III Jornada da “Rede Internacional de Instituições Infantis” (RI3), realizada nos dias 1 e 2 de fevereiro de 1997, na Bélgica. Publicado na revista *curinga psicanálise e saúde mental*. Escola de Psicanálise, MG, 1999.

¹⁵ O conceito ‘coletivo’ estudado nas produções é atravessado pela concepção do psiquiatra francês e criador da psicoterapia institucional Jean Oury. Diz respeito, mais precisamente, ao seu livro “O coletivo”, datado de 1986, importante obra que ajuda a pensar sobre o trabalho da psicanálise na instituição. O coletivo de Oury é distinto da coletividade institucional pautada pela lógica universal, este aponta para a singularidade do sujeito em tratamento nas instituições psiquiátricas.

¹⁶ Alinhada ao apontamento de Jaques Lacan sobre os quatro modos de estruturação do laço social, discutido no livro “O seminário Livro 17 o avesso da psicanálise”, datado de 1969-70.

grupo, que, na maioria das vezes, estão diretamente relacionados ao empobrecimento do trabalho no âmbito institucional.

Stenner (2004), em sua dissertação de mestrado, aponta que o “Um do mestre” ganha expressão nas instituições de saúde mental em meio às concepções de bem-estar para todos, do universal, da completude, como já indicado no presente trabalho, visando sempre o fechamento da Gestalt. Stenner (2004) pontua ainda, alinhado a perspectiva de Di Ciaccia, que a política da psicanálise na saúde mental deve se sustentar na lógica do não-todo, pela falta, e guiar-se sempre pelo princípio do caso a caso. Em suas palavras, "a não totalidade nas ações e práticas quando colocamos o caso a caso como regra, a exceção como norma e substituímos a segregação pela inclusão em um Outro que falta, e falta para todos" (STENNER, 2004, p.96). Devemos, assim, sempre considerar o limite do saber operando a partir de uma ética que traga consequências ao sujeito.

Baio (1999, p.56) nos ajuda compreender melhor esta questão, tratando-se de intervenções em equipe, no contexto institucional, norteadas pela “prática feito por muitos”:

É assim que o ato de fundação deriva de uma operação sobre o saber: o fundador aposta no fato de que uma equipe pode responder às condições exigidas pelo sujeito psicótico quanto a seu parceiro. Mas, por meio dessa aposta, é antes de tudo sobre si mesmo que ele realiza uma operação quanto ao saber. Ele faz um ato que implica o fato de se levar em conta que não se sabe de antemão. Ele se faz bascular do lado da equipe, como um entre os outros que não sabem, posição a partir da qual ele se põe a operar, a se autorizar. No fundo, ele tem um saber: ele sabe que é preciso não saber. E esse saber traz consequências: é ele que permite a uma equipe se autorizar a operar a partir do que ela não sabe. Ela tem que não saber, porque cabe ao sujeito psicótico construir seu próprio saber.

Stenner (2004) ressalta ainda que, nos dispositivos da saúde mental, o técnico de referência pode funcionar como “Um do caso”, ou seja, ele se disponibiliza ao acolhimento, à escuta, operando em um trabalho baseado na Clínica.

Eric Laurent¹⁷ (1999), em conferência realizada em Belo Horizonte, em 1999, aponta para um aspecto já demarcado anteriormente: o fenômeno que chamamos de “enfraquecimento do trabalho clínico”, em especial, neste contexto, das instituições regidas pelos princípios da

¹⁷ Em seu texto ‘Psicanálise e Saúde Mental: a prática feita por muitos’, publicado na revista curinga psicanálise e saúde mental. EBP-MG, nº14, 2000, pp. 140-151.

Reforma Psiquiátrica. Segundo Laurent (1999), “a clínica do DSM é a clínica do fim da clínica” (p. 140). Em sua narrativa, ele desenvolve a ideia de que, no mundo moderno, cada vez mais, no campo das ciências, mais precisamente no campo *Psi*, vem ocorrendo, em nome e em busca de maior cientificidade, classificações psicológicas mensuráveis estatisticamente, ou seja, a prática da medição e da comprovação de sua eficácia. É alertado que tal fato acarreta consequências como novas formas de segregação; como exemplo, ele cita o livro *A falsa medida do homem*, de Stephen Gould, datado de 1991, no qual o autor mostra as consequências nefastas do crescimento das medidas do coeficiente intelectual, que teve como resultado a segregação de crianças consideradas débeis das demais.

Laurent (1999) diz que a proposta de J-A. Miller, que agora discutimos, à prática feita por muitos é uma nova geração de instituições que tem início na década de 90, sob a vertente de analistas de base lacaniana. A nova proposta surge como resposta da psicanálise às problemáticas atuais, ou mesmo, como nomeia Laurent, "são comunidades psicanalíticas adaptadas ao espírito da época" (p.144). Assim, este tipo de instituição é caracterizado pelo que conhecemos hoje como interdisciplinaridade, ou, como aponta o autor, a conversação entre muitos, tendo como uma de suas propostas trazer a conhecimento que a psicanálise não se encontra em um lugar exterior ou transcendente. Essa nova proposta é "provavelmente, o futuro de nossas instituições. Não são lugares de vida, como se dizia nos anos 70; são formas de vida, formas de vida com o Outro" (p.144).

Abreu (2008), alinhado à perspectiva de Alexandre Stevens¹⁸, aponta quatro eixos para pensamos a prática feita por muitos: desespecialização, formação, invenção e transmissão.

A desespecialização é tomada a partir de dois aspectos: o plano do sintoma e o plano do trabalho técnico. No tocante ao sintoma, o autor evidencia em sua discussão que o trabalho realizado em instituições norteadas pela psicanálise não deve enveredar por uma clínica dita monossintomática, ou seja, quando o sujeito é identificado por um significante psicopatológico. Essa questão já foi apontada no capítulo anterior, quando retomamos as críticas aos manuais diagnósticos da psiquiatria contemporânea, que, por sua vez, levam a um processo que é chamado nas produções aqui analisadas de “alienação do sujeito”. Para Abreu (2008, p.77), “o que se

¹⁸ STEVENS. A. Instituição: prática do ato. In: MILLER. J. A. *Pertinência da psicanálise aplicada*. Coleção do campo freudiano. 1ªed.Paris: Seuil, 2003, pp. 90-99.

busca numa intervenção é a descoberta, melhor dizendo, invenção de um significante que faça corte, que produza para o sujeito um sentido, que o localize em um lugar seguro frente ao gozo que o atormenta”.

Em relação ao segundo aspecto, Abreu (2008) defende que devemos realizar um furo no imaginário dos profissionais. A relação de trabalho que se dá no espaço institucional deveria ir além de uma clínica multidisciplinar, interdisciplinar e até mesmo transdisciplinar. Isso significa dizer que seu funcionamento não se dá pelo arcabouço teórico de cada disciplina, mas pelas produções do sujeito ali tratado. Logo, a função terapêutica é realizada por todos envolvidos na instituição, sendo que cada técnico, até mesmo os que não têm diploma universitário, ocupa a posição que lhe é conferida mediante a dinâmica transferencial.

Outro eixo destacado pelo autor é a invenção. Nas palavras do mesmo, “invenção do sujeito sobre si mesmo e da invenção na intervenção” (p. 78). Em sua narrativa, o autor se apoia nos textos *Construções em análise*, de Freud (1937/1996) e *O Seminário, livro 23*, de Lacan (1975-76/2007). Ambos os autores evidenciam que, frente ao desamparo, o que nos resta é encontrar saídas, ou, como nos ensina Lacan em seu seminário, construir nosso próprio *sinthoma*. Sua narrativa parte da concepção de que, nas instituições, devemos estar atentos às invenções do sujeito. Ao contrário do que se possa pensar, estamos ali não para criar para eles, mas, muitas vezes, testemunhar suas criações. Para que esse processo ocorra torna-se necessário, em muitos casos, fazer uma subversão na instituição e suas regras burocráticas, construindo, assim, uma instituição diferente para cada sujeito.

O terceiro eixo é a transmissão. Aqui temos a reunião de equipe como momento de fundamental importância para a prática feita por vários e temos o caso clínico, que será discutido logo adiante, como o cerne da prática. Partindo das reuniões semanais de equipe, mais precisamente da construção do caso, é possível fazer uma avaliação das intervenções clínicas realizadas. Nas palavras de Abreu (2008, p.79), “é o lugar de esvaziamento do gozo próprio, de circulação da palavra e de construção do caso clínico. Lugar onde a troca de angústia dos técnicos, de olhares singulares e de circulação das construções dos sujeitos por nós assistidos”. Desse modo, tal espaço caracteriza-se por um compromisso entre a política, a estratégia e a tática, ou seja, as reuniões em equipe possibilitam a construção coletiva de respostas clínicas que partem desde a política até as intervenções cotidianas.

Temos a formação como último eixo, não necessariamente apresentado nessa ordem. Abreu (2008) salienta ser necessária uma política comum que oriente a prática institucional, propondo a política e a ética psicanalítica. Evidencia, também, que, na prática feita por muitos, são indispensáveis o estudo teórico e a formação. Como desenvolve o autor, “a formação 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” (p.78).

Amancio (2012), em sua dissertação de mestrado, intitulada ‘Uma clínica para o CAPS’, apontada pelo *software* Iramuteq como um dos trabalhos mais significativos da classe 3, fez alguns apontamentos importantes sobre a prática coletiva da psicanálise no Brasil, mais especificamente no dispositivo CAPS. É salientado que, no país, a inserção da psicanálise no campo da saúde mental também tem início com instituições destinadas a atendimento de crianças com sofrimento psíquico grave, como o autismo, psicose e neurose grave¹⁹, a exemplo do CAPSi Pequeno Hans, primeiro CAPSi do Brasil, inaugurado em 1998. Sua prática clínica foi, desde o início, regida pela psicanálise lacaniana e em seu nome já porta a marca de sua orientação psicanalítica. Cabe ressaltar que o fundador do referido Capsi faz parte de um dos programas de pós-graduação presentes nesta pesquisa. A autora considera que sua criação teria sido um importante marco para o trabalho da psicanálise em instituições de saúde mental no país, além de “campo privilegiado onde se pesquisou e se comprovou a validade do dispositivo da *psicanálise com muitos* na clínica com crianças autistas e psicóticas” (AMANCIO, 2012, p. 139).

Esses dois conceitos estudados servem para demonstrar o esforço teórico-prático dos psicanalistas em não recuar diante do trabalho na instituição, de uma aposta no trabalho coletivo como mais uma possibilidade no tratamento de pessoas com sofrimento psíquico grave, visando suas variadas formas de laço social. No caso específico do Brasil, trata-se de um compromisso com os princípios que regem a Reforma Psiquiátrica brasileira, as políticas públicas de saúde mental, assim como assegurar o específico da psicanálise e a causa freudiana em suas diversas formas de presentificação no social.

¹⁹ Em referência ao trabalho realizado com crianças autistas e psicóticas na instituição Antenne 110, na cidade de Bruxelas, em meados da década de 70, onde Jacques-Alain Miller propôs o conceito *La pratique à plusieurs*.

3.2 O analista no CAPS

Nesta secção, continuaremos com nosso objetivo de dar voz e realce aos trabalhos analisados, de modo que estes situem e apontem elementos sobre a função dos analistas nos Centros de Atenção Psicossocial. Assim, testemunharemos as elaborações que partem da prática de psicanalistas nesse dispositivo, principalmente aquelas que dizem respeito ao trabalho realizado em equipe multidisciplinar. Tais trabalhos evidenciam impasses e possibilidades da *práxis* analítica no trabalho coletivo. É uma discussão importante, tendo em vista que no contexto institucional, como já mencionamos anteriormente, existem outros atores envolvidos além do analista e do paciente – a saber, a figura do Estado e sua política, a família e a equipe. Assim, torna-se essencial que o trabalho da psicanálise nesse âmbito considere os atravessamentos importantes ali envolvidos.

Constatamos que, no conjunto das produções que abordam especificamente a instituição CAPS, há ainda uma subdivisão, ou melhor, especificidades como, por exemplo, o trabalho de analistas com usuários de substâncias psicoativas – CAPS-ad – e o CAPSi destinado ao cuidado de crianças autistas e psicóticas.

No tocante ao CAPS-ad, vale salientar que um dos pontos discutidos por algumas produções (ALBUQUERQUE, 2013; MATOS; NEVES, 2011; CATTAPAN, 2013; MATOS, 2011) versa sobre o que pode a psicanálise na política de redução de danos, de modo a conciliar o universal da instituição com a singularidade do sujeito. Cattapan (2013, p. 46), aponta que “a redução de danos estaria mais próximo da psicanálise na medida em que alguns ideais não são impostos ao sujeito, no mesmo tempo que trabalha com as possibilidades reais deste”. Para Matos (2011, p. 62), os analistas devem “se afastar dessa visão moral e se aproximar da singularidade de cada sujeito. Para atuar e intervir na relação sujeito-droga é preciso ter consciência de que o sujeito busca se estruturar através da sua relação com a droga, mesmo sendo este um mecanismo precário”.

As produções que abordam o CAPSi (ANDRADE, 2013; ELIA, 2007; PINTO, 2005; VACARO, VILELA, OLIVEIRA E ESTEVAM, 2012) demonstram preocupação com as especificidades da infância e juventude e apuram o avanço das políticas públicas do tema. No Brasil, tais especificidades vieram a ganhar mais espaço com a Constituição Cidadã de 1988 e,

principalmente, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 1990, por meio da Lei 8.069. Para Andrade (2013, p. 178), o CAPSi é um serviço “substitutivo ao isolamento da criança e das ações profissionais como eram realizadas antes da Reforma Psiquiátrica”. Assim, a instituição assume um papel social importante no cuidado com crianças em sofrimento psíquico grave e vem sendo, cada vez mais, lugar para diversos profissionais, entre eles os analistas, que estão implicados com a clínica da infância e suas particularidades que foram negadas ao longo da história não tão distante em nosso país. Outro importante aspecto, já descrito neste capítulo, é sobre a importância que o CAPSi teve para a inserção da psicanálise no campo das instituições de saúde mental no Brasil. (AMANCIO, 2012).

Situada as particularidades ora mencionadas, daremos continuidade ao nosso percurso trazendo, a partir dos artigos, dissertações e teses que compõem o *corpus* de pesquisa, qual a função – especificidade – de um analista inserido em um espaço terapêutico advindo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Em artigo, Dassoler e Palma (2012) empreendem uma discussão na qual tratam do trabalho e das contribuições do analista ao campo da atenção psicossocial, tendo em vista os desafios encontrados no desenvolvimento de sua clínica nesse contexto. Como proposta de trabalho, os autores apontam a dimensão ética como conceito norteador da clínica psicanalítica em sua contribuição à terapêutica oferecida no dispositivo CAPS.

No desenvolvimento do artigo, os autores se apoiam em dois textos psicanalíticos de suma importância: *Mal Estar na Civilização*, de Freud (1930/1996), e *Seminário livro 7 Ética da psicanálise*, de Lacan (1959-60/2008). A argumentação de Dassoler e Palma parte da concepção de que o analista legitima a falta como possibilidade de "haver o exercício do desejo" (p. 100), ou seja, a postura ética do psicanalista é inversa aos ideais de cura e completude que encontramos no contexto institucional do CAPS.

Desta forma, caberia nos questionarmos sobre a possibilidade de pensarmos a existência do pedido de felicidade – aqui já destacado em outra nomenclatura como ideais de completude: Bem supremo – no campo da atenção psicossocial. Compreendemos que o pedido de felicidade presente na clínica particular corresponde no CAPS ao pedido de retorno ao estado anterior à crise psicótica, ao estado normal de desenvolvimento infantil ou mesmo ao controle sobre o “desregramento de condutas” causado pelo uso de substâncias psicoativas. Ou seja, diz respeito

ao que salientamos no desenvolvimento deste trabalho: os ideais de cura e adaptação tão comuns no campo da atenção psicossocial. Nas palavras dos autores (DASSOLER; PALMA, 2012, p.101):

Mesmo que o ideal esteja situado numa outra ordem de carência, acreditamos que essa diferença não muda, estruturalmente, aquilo que se pede ao analista e aos demais componentes da equipe, ou seja, o impossível [...] é vertido na garantia da abstinência no uso de substâncias psicoativas, na aquisição de uma racionalidade neurótica para os psicóticos e numa infância sem transtornos em seu desenvolvimento, demandas que são insistentemente endereçadas pelos familiares e pelas instituições sociais.

Ao final do trabalho, Dassoler e Palma (2012) chegam à conclusão de que, frente às demandas institucionais dos Centros de Atenção Psicossocial, o analista pode participar tanto das atividades já desenvolvidas no seu cotidiano como propor novos recursos clínicos, já que sua prática diferencia-se daquelas dos demais profissionais ali presentes, ou seja, caracteriza-se por uma escuta particular, a do sujeito inconsciente. Assim, esta discussão aqui demarcada salienta que o específico da psicanálise não se reduz à configuração espacial ou mesmo do formato das atividades, mas na posição ética frente a tais atividades.

Paralela à perspectiva de Dassoler e Palma (2012), a discussão de Silva (2012), em sua dissertação de mestrado, interroga sobre o que a psicanálise ensina aos não-analistas no âmbito da saúde mental.

Silva (2012) também se serve do texto *Mal Estar na Civilização* (1930) para pontuar sobre a postura ética do analista nesse novo espaço de atuação, a do saber não-todo. Há a preocupação em novamente alertar que o analista não deve se portar como um novo mestre ou grande outro detentor de um conhecimento sobre o paciente, equipe ou mesmo sobre a instituição, mas reconhecer-se como aprendiz da clínica, posicionar-se ao lado do não-saber. Sua discussão mostra-se pertinente, pois traz à luz considerações sobre o desejo de querermos ter respostas para todas as questões e solucionarmos todos os problemas aos quais nos deparamos frente ao outro, frente à *práxis* na instituição. Considera-se ainda que, partindo de uma concepção psicanalítica, não há uma "salvação para o desamparo humano" (p. 113), ou seja, não é possível livrar-se de algo que lhe é constitutivo, do seu *pathos*.

A autora finaliza seu trabalho dialogando com a letra do Chico Buarque²⁰, ao apontar que o lugar do analista é um lugar de “delicadeza”. Silva (2012) entende o diálogo entre a psicanálise e a saúde mental como um caminho que está sendo construído, embora também já seja uma realidade. E na construção que os analistas estão engajados, em suas palavras, cabe a esses:

reconhecer e acolher suas falhas nos atendimentos, para que uma posição de aprendizado seja ocupada a partir destas [...] este é o percurso do analista; é com sua própria implicação subjetiva frente as suas idiossincrasias, com maturidade e ética profissional que ele poderá fazer isso (p. 114).

Remetemo-nos agora ao trabalho de Rosa e Vilhena (2011) que trata dos impasses encontrados pela clínica psicanalítica nas instituições públicas de saúde. No artigo, os autores questionam quais possibilidades de trabalho e as articulações de psicanalista com os demais profissionais envolvidos nas atividades dos Centros de Atenção Psicossocial, analisando as junções e disjunções do método freudiano dentro do dispositivo que é base da saúde mental brasileira. Discute-se ainda sobre o modo pelo qual os analistas enfrentam as problemáticas que surgem de seu trabalho realizado em um contexto que não o consultório privado.

Os autores ora citados pontuam que o analista no CAPS deve visar uma prática que objetive passar da reabilitação à subjetivação. Desse modo, devemos seguir a ética analítica de implicação do sujeito em seu tratamento ou, como apontam os mesmos, sobre a responsabilização do sujeito que é distinto de culpabilização. Nas palavras dos autores, “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” (VILHENA; ROSA, 2011, p.138). Ou seja, a função do analista é proporcionar o aparecimento do sujeito e, para tal, utilizar-se de ferramentas psicanalíticas, tais como escuta diferenciada e a construção do vínculo transferencial.

Outro apontamento salientado no artigo em questão e que é pertinente à discussão que estamos realizando neste capítulo, dedicado à metodologia do caso clínico, é sobre o que faz o

²⁰ Em referência ao documentário-musical “Chico - ou o país da delicadeza perdida”, datado de 1989, dirigido por Walter Salles, produzido para uma rede de televisão francesa. Neste, o compositor, letrista e cantor, Chico Buarque, faz uma apresentação da Música Popular Brasileira, sua carreira e, também, sobre aspectos sócio-históricos do nosso país.

analista em uma equipe multidisciplinar. Demarca-se a importância do analista de sustentar seu olhar diferenciado, sempre tomando o cuidado de não deixar que o específico que ele venha a oferecer se perca nos procedimentos e no discurso burocrático estabelecido pelas políticas públicas em saúde, generalizantes e superficiais, seguido pelas equipes multiprofissionais. Assim, é papel do psicanalista ali inserido, como meio de aliviar a angústia, "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" (VILHENA; ROSA, 2011, p.141).

Fica evidente, no artigo em questão, a preocupação dos autores em mostrar que o trabalho desenvolvido por psicanalistas dentro dos CAPS só é possível quando estes se permitem sair do consultório privado e aproveitam a riqueza proporcionada pela Clínica Ampliada. Dentro da equipe que compõe esse dispositivo, é importante que o psicanalista se porte como um aprendiz, um colaborador da equipe, que não se coloque na postura de quem tem uma verdade que os demais não enxergam ou mesmo ignoram. Dessa forma, o profissional deve operar "sem perder de vista sua especificidade, e saber que lida com outras veleidades e singularidades que extrapolam seu cotidiano" (VILHENA, ROSA; 2011, p. 143).

Nessa mesma perspectiva apontada por Rosa e Vilhena (2011), Cattapan (2013), em estudo sobre as contribuições da psicanálise ao tratamento de toxicômanos em um serviço de saúde mental – CAPS, ressalta pontos importantes sobre o trabalho do analista na instituição. O autor discute que, na atualidade, a prática analítica vem acontecendo em outros espaços que não o consultório. Desse modo, chega à conclusão de que é plausível afirmar que o analista não pode ser definido pelo seu lugar de trabalho, mas pelo lugar no qual intervém; ou seja, ele trabalha com a escuta e com a palavra e os efeitos que está [linguagem-palavra] produz no sujeito. Assim, a relação do sujeito com a palavra não é algo exclusivo do *setting* analítico tradicional, também ocorre em espaços coletivos e de convivência como o CAPS. Nas palavras da autora:

É a partir deste trabalho que o psicanalista pode ter uma função em uma equipe multidisciplinar. Sua especificidade está em recolher a fala do paciente, situando para a equipe a posição subjetiva deste e os efeitos transferenciais decorrentes desta posição. Assim, a psicanálise insere uma posição específica de trabalho em Saúde Mental que provém do sujeito e da clínica. (CATTAPAN, 2013, p. 10).

Rinaldi, Cabral e Castro (2008), em artigo, salientam que o papel fundamental do psicanalista é acolher o sujeito e suas produções, sejam elas sintomas, delírios, ou alucinações. Seus conflitos, suas diferenças e sua singularidade tornam-se ferramentas que podem auxiliar na construção do seu projeto terapêutico singular (PTS) - um dos “carros-chefes” do paradigma da Clínica Ampliada. Os autores realizam uma distinção do conceito “acolhimento” utilizado tanto pelas políticas públicas como em psicanálise no contexto do CAPS, tomado para o trabalho em questão. Segundo os mesmos, o acolher nas políticas da Clínica Ampliada significa atender as demandas do paciente no serviço. Isso pode ter como consequência tornar difícil a emergência do sujeito, ao passo que acolher deveria ser considerar o desejo do sujeito, possibilitando, dessa forma, que este seja “responsável” pelo seu padecimento, indicando as coordenadas de seu percurso e tratamento.

Neste momento, permitimos-nos abrir um parêntese para melhor discutir a questão apontada acima pelos trabalhos de Rosa e Vilhena, 2011; Cattapan, 2013; e de Rinaldi, Cabral e Castro, 2008. Com a psicanálise, Freud nos coloca frente a questões que mudam a forma de pensar o homem e sua dimensão ética, que não mais pode ser problematizada sem considerar o desejo inconsciente. Um desses aspectos, eleito no centro de sua teoria, versa sobre a responsabilidade do sujeito perante seu sofrimento. Por exemplo, podemos salientar o caso Dora (1905), onde Freud a questiona sobre sua participação subjetiva na trama ao qual se queixava. Também em seu texto *A questão da análise leiga*, de 1926, Freud aponta para o caráter ambivalente do sujeito perante seu sintoma. Salienta que, embora o paciente se queixe de seu padecimento, ele não quer livrar-se deste totalmente. Diz que “o paciente deseja ser curado - mas ele também deseja não ser” (FREUD, 1926/1996, p. 251). Os textos citados, em períodos diferentes, demonstram que essa questão esteve presente do início ao fim de sua obra. Lacan, com seu retorno a Freud, formaliza o conceito utilizado pelas produções destacadas. Em sua perspectiva, o sujeito responsável é aquele que responde pelo seu desejo e em seu nome. Assim, somos responsáveis e respondemos por nosso inconsciente. Nas palavras de Lacan (1965-6/1998, p. 873), “por nossa posição de sujeito somos sempre responsáveis”.

Tais considerações, certamente, mostram-se pertinentes à discussão empreendida pelos autores aqui salientados sobre os novos desafios pós-reforma psiquiátrica. Retomamos, neste

momento, a concepção de duas autoras de referência e que também fazem parte do *corpus* de pesquisa.

Figueiredo (1997) aponta que a prática do modelo psicossocial refere-se a uma ética da ação social que define e entende os sujeitos, acima de tudo, como cidadãos e iguais. As ações terapêuticas equivalem a ações política. Valorizam-se as práticas coletivas como meio de reconstrução das relações sociais, do convívio e do trabalho. O problema, afirma Figueiredo (1997, p. 65), “reside em supor que a clínica possa ser reduzida a uma política pelas igualdades e que a doença ou conflito psíquico sejam prioritariamente frutos da ordem social e de suas ideologias”. Rinaldi (2006) evidencia que o modelo da atenção psicossocial, guiado exclusivamente pelo viés dos direitos e da cidadania, ao procurar humanizar o tratamento e dar voz àqueles que foram excluídos pelo modelo manicomial, fica restrito à recuperação do que foi perdido, uma busca pelo estado “normal” anterior. Partindo dessa concepção, Rinaldi (2006, p. 145) denuncia: “é a lógica da cidadania que se afirma por meio do *discurso do mestre*, na medida em que se parte de um modelo preestabelecido a partir de um saber apriorístico e universal sobre o que é bom para o sujeito”. Não poderemos, nesse momento, realizar uma discussão sobre responsabilidade e seus fundamentos, a partir de Freud e Lacan, realçada pelos autores ora citados, embora mereça um maior aprofundamento. Voltaremos, assim, ao objetivo desta secção: realçar as considerações das produções sobre as especificidades do trabalho do analista no trabalho coletivo do dispositivo CAPS.

Cerqueira (2009), em sua dissertação de mestrado, traz à luz uma questão pertinente: “há lugar para a psicanálise na gestão da saúde mental?”. A construção de seu trabalho teve como base a discussão sobre como o analista gestor deve sustentar sua função na instituição que tem sua funcionalidade regida por regras burocráticas. Para tanto, Cerqueira ancora-se na teoria dos quatro discursos proposta pelo psicanalista Jaques Lacan, formalizada em seu *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*.

Como sabemos, a função de um gestor em uma instituição CAPS, por exemplo, exige deste certas formalizações que extrapolam as especificidades de um trabalho com a clínica do sujeito. No cotidiano desse serviço, o gestor tem que dar conta de vários fatores que envolvem seu trabalho, desde a organização que garanta sua funcionalidade até aspectos econômicos. Nas palavras de Cerqueira (2009), “o gestor é aquele que deve transmitir as leis e as regras, sustentar

certa institucionalidade necessária ao funcionamento dos serviços, ou seja, ele sustenta em seu gerenciamento o discurso do mestre" (p. 72). Dessa forma, o discurso psicanalítico é a única maneira pela qual a função do gestor pode ser interrogada, possa "vacilar". Para a autora, tal vacilo é necessário, tendo em vista que o trabalho do gestor não deve guiar-se tão somente pelas atividades burocráticas da instituição, mas que é imprescindível seu envolvimento no trabalho clínico.

O que caracteriza o discurso psicanalítico na instituição é o trabalho sustentado pela transferência, ou, como diz a autora, "se dá pelas amarras da transferência". O gestor implicado pela causa freudiana deve fazer, no CAPS, um giro no discurso do mestre, fazer a posição de mestre vacilar e proporcionar o surgimento do discurso analítico, sustentando o trabalho guiado pela clínica a fim de assegurar uma ética do desejo.

Ainda dentro desse eixo de discussão, salientado nesta secção, podemos citar outros trabalhos como Nunes, 2007; Silva, Beck, Figueiredo, Prestes, 2012; Fraga; Ferreira, 2011; Alberti; e Palombini, 2012. As produções até aqui analisadas evidenciam o lugar do analista como aprendizes da clínica, tendo a ética como baliza de sua atuação e as produções do sujeito-usuário como norteadoras do seu percurso e de seu tratamento na instituição. Essas são algumas especificidades da clínica psicanalítica que poderiam contribuir com a clínica praticada na atenção psicossocial.

Perguntamo-nos neste momento: qual é o analista que, hoje, atua nos dispositivos criados a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira? Para formular o questionamento, apoiamos-nos nas referências ao trabalho do Éric Laurent (1999) retomado nas produções Abreu, 2008; Cerqueira, 2009; Silva, 2012; Vacaro, Vilela, Oliveira e Estevam, 2012; Monteiro; Queiroz, 2006; Stenner, 2004; e Nunes, 2007.

Para Laurent (1999, p. 8), o analista deve passar da posição de especialista da desidentificação à analista cidadão, "há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora". Segundo os trabalhos citados, o analista que atua na saúde mental brasileira deveria se aproximar deste paradigma do "analista cidadão". Isso, no entanto, não deve implicar numa idealização. Pelo contrário, sua prática vem sendo construída nas falhas, nos tropeços e nos acertos de analistas que estão inseridos e

apostando na *práxis* analítica no social. O analista cidadão é aquele que ajuda a articulação entre o universal, as normas e o singular de cada sujeito. O analista desenhado por Laurent denuncia o perigo das práticas que apagam as particularidades do sujeito na lógica universal, em nome de um Bem Maior ou do humanitarismo. Assim, o analista cidadão é aquele implicado que toma partido no bojo das discussões atuais, é “alguém que avalia as práticas e também aceita ser avaliado, mas ser avaliado sem temor, sem um respeito temeroso, cauteloso diante dos pré-julgamentos da Ciência” (p. 12).

Desse modo, expomos as principais questões atravessadas e discutidas pelos trabalhos aqui analisados sobre as especificidades do trabalho dos analistas que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, explicitando as bases teóricas que fornecem sustentação a essa *práxis*.

3.3 A construção do caso em saúde mental

Em todas as análises do *software* Iramuteq (*nuvem de palavras – alceste – análise de similitude*), a construção do caso clínico aparece em destaque (ver Gráficos 2 e 3). Podemos dizer, portanto, que se trata de uma ferramenta importante para o diálogo psicanálise-saúde mental, tendo a clínica como baliza e articuladora entre esses dois campos distintos, mas não discordantes.

Nosso trabalho a partir de então é trazer subsídios para entender: por que o caso é uma das principais contribuições da psicanálise à saúde mental? Como ele é realizado? Quais suas especificidades? Por que as produções privilegiam a sua discussão? Para tal, apoiamo-nos nas produções acadêmicas que se dedicam a considerações teórico-metodológico sobre sua construção (BURSZTYN; 2012; CARNEIRO; FIGUEIREDO; PEREIRA; 2006; ROSA, 2012; NAVES, 2012; FIGUEIREDO, 2005; SILVA; BECK; FIGUEIREDO; PRESTES, 2012; VILHENA; ROSA, 2011; FIGUEIREDO, 2004; FERREIRA, 2005; GUERRA; MILAGRES, 2005; KYRILLOS NETO, 2009; TEIXEIRA, 2007; BURSZTYN; FIGUEIREDO, 2012; ABREU, 2008; RODRIGUES, 2013; GUERRA; SILVA; CHAIA; ELIAS; SARKIS, 2006;

MONTEIRO; QUEIROZ, 2006; ALBERTI; PALOMBINI, 2012; RINALDI; BURSZTYN; 2008; PEDROSA, 2013; VACARO; VILELA; OLIVEIRA; ESTEVAM, 2012).

O psiquiatra e psicanalista italiano Carlo Viganò (1999), em conferência realizada em Belo Horizonte, analisou a situação do tratamento psiquiátrico no Brasil no final da década de 90. Ele evidenciou que o modelo de assistência no Brasil estava em processo de transição - da loucura como doença à saúde mental - ou seja, a eliminação do significante doença. Alertou ainda para os perigos desta transição, de modo que esta não resultasse em um regime assistencialista como ocorreu na Itália, chamado por ele de “nova cronicidade”.

Neste momento, ateremo-nos a pontuações importantes da exposição de Viganò na conferência que resultou no texto *A construção do caso clínico em saúde mental*, supracitado por algumas produções analisadas (BURSZTYN; FIGUEIREDO, 2012; RODRIGUES, 2013; BURSZTYN, 2012; FIGUEIREDO, 2005; GUERRA; SILVA; CHAIA; ELISAS; SARKIS, 2006; ALBERTI; PALOMBINI, 2012; PEDROSA, 2013; VACARO; VILELA; OLIVEIRA; ESTEVAM, 2012; TEIXEIRA, 2007).

É evidente a influência deste autor²¹ para as produções que se desenvolveram nos anos 2000. Como exemplo, seu ponto de discussão está em total acordo com o que foi dito, em coro, pelas produções acadêmicas destacadas no primeiro capítulo deste trabalho, *Uma nota sobre a reforma*. De modo mais específico, Viganò fala sobre a tendência em negar a terapia em detrimento da reabilitação. Essa corrente propunha um tratamento que não considerava o sintoma ou, de maneira mais clara, a exclusão da clínica no trato com os pacientes psiquiátricos. Ele denominou esse processo de “reabilitação impotente no nível da doença” (p.40). A psicanálise representava a “resistência” ao propor outro caminho (o caminho da clínica) como alternativa a essa tendência que se formava nas redes de assistência em saúde mental.

²¹ Carlo Viganò foi membro da Associação Mundial de Psicanálise e da Causa Freudiana e integrante da Comissão de Saúde Mental da Associação Mundial de Psicanálise. Seu método “Construção do Caso Clínico” desenvolvido na Escola de Especialização em Psiquiatria e Psicoterapia da Universidade de Milão difundiu-se a diversas instituições psiquiátricas italianas. A prática de construir e discutir o caso mostra-se como importante instrumento de pesquisa clínica em psicanálise que possibilita a avaliação e condução do trabalho de uma equipe com a finalidade de melhoria do serviço. Esta metodologia, que passou a ser adaptada ao contexto da saúde mental, aponta a possibilidade de uma avaliação que considere a singularidade do sintoma como eixo da clínica. No XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Belo Horizonte em 2005, Viganò, ao falar sobre a construção do caso, disse que este método tem como objetivo “a construção, o tornar vivo o sujeito e seus atos, sem a finalidade de interpretar; apenas orientar os atos e as decisões singulares de provocar nelas [nas decisões] responsabilidade”.

No tocante a construção do caso, Viganò (1999) apoia-se nas indicações freudianas, principalmente no texto *Construções em Análise*, datado de 1937. Uma primeira preocupação foi a distinção entre construção e interpretação. Este último termo diz respeito à “decifração dos significantes recalcados” (p.43), atualizados no laço transferencial. Enquanto os significantes se perdem, a construção é aquilo que permanece – “objeto psíquico indestrutível”. No cerne de sua discussão, Viganò argumenta que o discurso do analista é o que constitui a construção do caso; logo, a posição do analista na instituição é a de construir o caso clínico. Construir o caso é registrar o ato do sujeito, é acompanhar seus movimentos, é permitir ao sujeito que seja autor de seu texto. É, de fato, acompanhá-lo em sua construção.

Permitimo-nos inserir uma citação mais extensa de Viganò (1999, p.45-6), com a finalidade de exemplificar o que ele defende como construção do caso:

Em um centro para jovens psicóticos (esse caso me foi contado em um momento de construção), um rapaz foge. Essa instituição se situa na periferia de uma cidade. Ele vai ao centro da cidade. O grupo se reúne e pensa sobre o que fazer. Decide-se, então, que dois operadores o procurem, mas não lhe digam nada e deixem-no onde estiver. Encontram-no passeando pela cidade e oferecem-lhe um sorvete. Ele aceita. Depois, despedem-se dele dizendo um “até amanhã”. Essa intervenção teve um grande efeito. Naturalmente, o rapaz retornou à instituição no mesmo dia, passando a enxergar os operadores e a instituição de outra maneira. Não era mais um lugar de onde fugir. Teve de se perguntar: *o que estaria fazendo ali?* Até então ele sabia por que estava ali: estava ali para fugir.

Por fim, Viganò (1999) demarca sobre a pertinência da construção do caso clínico no trabalho em equipe nas instituições de saúde mental como forma de firmar a dimensão clínica nesses espaços. Sua argumentação parte da concepção de que no âmbito da saúde mental deve haver a substituição do saber do mestre pelo debate democrático – em referência aos diversos profissionais implicados na condução do tratamento dos usuários.

No trabalho em equipe, o debate democrático possibilita a instalação de uma posição de autoridade que faz a equipe tomar decisões. Para Viganò, é a construção do caso que deve fazer emergir essa autoridade, que ele denomina de autoridade clínica: “a construção do caso, dentro do grupo, é um trabalho que tende a trazer à luz a relação do sujeito com o seu Outro, portanto tende a construir o diagnóstico do discurso e não do sujeito” (Viganò, 1999, p.46). Dessa forma, possibilita-se o deslocamento do sujeito dentro do discurso, referindo-se ao momento em que o saber não precede a construção e, sim, segue-a.

Em concordância com Viganò (1999), Figueiredo (2004) aponta em seu artigo que a construção do caso clínico é o ponto central da contribuição da psicanálise à saúde mental - mediante a possibilidade de desenvolvimento do caso nos diversos mecanismos da atenção psicossocial e no trabalho em equipe. Essa proposta foi construída a partir do desenvolvimento de pesquisa em psicanálise do Instituto de psiquiatria da UFRJ, do IPUB e, posteriormente, do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, também da mesma instituição. Criou-se um método que possibilita recolher da experiência clínica algo transmissível e que possa ser estudado a partir da lógica do caso a caso.

Para Figueiredo (2004, p. 83), a prática do analista visa “recolher da experiência do sujeito, de seu discurso [...] os elementos com os quais se fará a construção do caso, entendendo que ela é sempre parcial, visa dar direções para determinada intervenção [...]”. Trata-se de uma construção norteadada pelo discurso e pela produção do sujeito que possibilita inferir sobre sua posição subjetiva.

O método se caracteriza pela aposta na singularidade. Através dele, pode-se realizar uma avaliação do desenvolvimento clínico de uma equipe interdisciplinar que opera nos equipamentos da atenção psicossocial e aposta em uma leitura singular de cada caso. Como mencionado por Figueiredo (2004), o método auxilia no direcionamento para determinadas intervenções a partir das produções do próprio sujeito. A construção do caso, então, firma-se como um modo de contribuição da psicanálise à prática coletiva em saúde mental.

A construção do caso toca a verdade do sujeito e pode provocar situações de difícil manejo, mas não há como fugir disso, pois se o fizermos, estaremos abrindo mão de nosso mandato clínico e mantendo a cronificação que tanto condenamos pela convivência com a inércia da doença que leva à desresponsabilização, e com a inércia da instituição que leva ao imobilismo. (FIGUEIREDO, 2004, p. 85)

Deste modo, em psicanálise, a construção do caso clínico mostra-se valiosa, pois permite a articulação teoria-clínica. Nos trabalhos analisados, é considerado um método clínico de maior alcance, que pode se tornar ferramenta importante mediante sua aplicabilidade nos vários dispositivos da atenção psicossocial e no trabalho em equipe.

Logo após situarmos os dois textos citados em todas as produções que versam sobre a construção do caso clínico, seguiremos dando destaque às elaborações dos psicanalistas sobre a metodologia desenvolvida no contexto institucional pós-reforma que possibilita a articulação entre teoria e clínica – privilegiando assim a singularidade de cada caso – como já recomendado por Freud nos seus ensaios sobre a técnica.

Ademir Paceli Ferreira (2005) realiza uma reflexão sobre a importância da construção do caso na internação psiquiátrica. Para ele, a metodologia clínica é considerada essencial para o direcionamento e o encaminhamento do plano terapêutico dos pacientes psiquiátricos em situação de internação.

Na construção de seu trabalho, Ferreira empenha-se em definir o que é a construção do caso. Segundo ele, trata-se de uma metodologia de suma importância para a elaboração da teoria em clínica. A construção do caso vai além da demarcação de aspectos psicopatológicos e da história clínica, é “o esforço de transformar em saber uma experiência cujo fim é outro, o destinatário que poderá acolhê-lo e tornar-se testemunha desta aventura” (p. 205), cuja finalidade é a possibilidade de indicar a direção do tratamento do paciente.

Ferreira (2005) aponta ainda aspectos importantes que devem ser levados em conta no desenvolvimento da metodologia, salientando a necessidade de considerarmos o sintoma para além da dicotomia normal-patológico. Devemos reconhecer as manifestações do inconsciente para assim “localizar o *pathos* e resgatar, do submetimento do sujeito, o que existe aí de positividade, ou seja, restituir a dialética deste campo de articulação eu-outro” (p.208). Apenas pelas indicações do sujeito, é possível produzir tal movimento. Sua elaboração não dispensa os conceitos criados pela psiquiatria e psicopatologia, embora, adverte Ferreira (2005, p. 208), as formações do sintoma não devam reduzir-se “ao mero exercício acadêmico para a demonstração no ensino, como uma *clínica das espécies*”.

Em sua dissertação de mestrado, Pedrosa (2013) defende que a construção do caso clínico no contexto da saúde mental tem por objetivo realizar uma reflexão sobre as particularidades vivenciadas no cotidiano das instituições e, em especial, sobre os casos. A construção do caso tem por função “problematizar a generalização necessária à teoria, destacando a singularidade” (p.63). Construir o caso é escrever sobre a clínica. Trata-se de uma elaboração baseada no discurso do sujeito e que permite inferir sobre sua posição subjetiva.

Em sua discussão, Pedrosa (2013) aponta para algumas especificidades da sua construção. Discute, por exemplo, que a metodologia não deve se restringir a descrições minuciosas de acontecimentos e procedimento realizados, mas deve trazer à luz as produções do sujeito inconsciente que só emergem mediante seu discurso. Essa é a principal diferença entre o caso e as demais metodologias, como a anamnese, por exemplo.

Outro aspecto delineado no seu trabalho é sobre a lógica de organização das equipes em saúde mental. Como todos sabem, esta é composta pelos mais diversos profissionais que embasam seus trabalhos por diferentes linhas epistemológicas. Considerando tal impasse, apoiada na discussão realizada por Figueiredo (2004), a autora ressalta duas formas de organização das equipes que podem nos ajudar a compreender muitos empecilhos vivenciados no dia a dia nas instituições: *organização hierárquica e organização igualitária*.

Na primeira forma de organização, as equipes estruturam-se pela lógica hierárquica das funções (cristalização dos papéis), tendo como resultado a burocratização da clínica. Já na organização igualitária, a tendência é que se tenha uma mistura das funções, ocorrendo a perda das especificidades de cada disciplina. Temos como resultado dessas organizações o enfraquecimento da referência à clínica e a imobilização do trabalho coletivo da equipe. Como alternativa para esse impasse, tanto Figueiredo (2004) como Pedrosa (2013) apostam no que Lacan denominou como “transferência de trabalho”. Esta indicação possibilita que se dissolvam os efeitos narcísicos imaginários que se criam no modelo hierárquico e no modelo igualitário, e “deve ser norteadas pelo fato de que há um objetivo comum às diferentes profissões, ou seja, a concepção da clínica pautada no sujeito” (PEDROSA, 2013, p. 69).

Diante do que foi suscitado pela dissertação de Pedrosa (2013), assim como pelos trabalhos de Figueiredo (2004), Ferreira (2005) e Viganò (1999), salientamos que a construção do caso é regida pela ética do caso a caso. Isso não implica dizer que este se contrapõe a generalização teórica. Pelo contrário, trata-se de um modo de transmissão que tem seu funcionamento estabelecido entre a singularidade do caso e a possibilidade de teorização sobre esse.

Em sua tese de doutorado, Bursztyn (2012) defende a construção do caso clínico como metodologia de avaliação e pesquisa clínica no âmbito da saúde mental. Apresentar e discutir o caso são formas de avaliar o trabalho realizado pela equipe, visando sempre a melhoria do

serviço clínico prestado na instituição, demonstrando, também, que é possível a avaliação de um trabalho norteado pela singularidade e que tem a transferência como eixo central.

Trata-se, portanto, de um dispositivo democrático, pois é nesse espaço que cada profissional contribui para construção do caso. O encontro visa extrair das narrativas um ponto comum que aponta para a “falta de saber” e “constitui o lugar do sujeito e do sintoma que o sustenta” (BURSZTYN, 2012, p. 63). É o movimento que realiza uma inversão na lógica que estrutura o funcionamento das equipes multiprofissionais ou interdisciplinares. Nessa subversão, quem detém o saber é o paciente. Ele é quem direciona o trabalho realizado pelo clínico, que deve ser portar, como já destacado aqui por outros autores (FIGUEIREDO, 2004; FERREIRA, 2005; BURSZTYN, 2012; BURSZTYN; FIGUEIREDO, 2012; RODRIGUES, 2013) como aprendiz. Logo, “para construir um caso é necessário partir da posição de não saber, ou seja, uma posição de total ignorância porque só quando o paciente verbaliza sua história é que aprendemos os caminhos de sua subjetividade” (PEDROSA, 2013, p. 67). Suas construções só são apreendidas sob a égide transferencial. Estas não estão presentes na fala articulada e coerente, mas no enigma de seu sintoma, seja em suas produções delirantes ou nos lapsos e ato-falhos. Como ilustração, é válido citarmos a frase de Picasso “Eu não procuro, encontro”, retomada por Lacan (1973) para situar o lugar da pesquisa em clínica. Tendo como referência os aspectos destacados, podemos afirmar que a construção do caso difere das demais metodologias ditas “científicas” presentes na saúde pública, uma vez que essas objetivam a “normalização” do sujeito e avaliam sua “eficácia terapêutica” mediante cálculos estatísticos.

Neste percurso, nosso objetivo era realçar o que as produções acadêmicas problematizaram neste novo campo de atuação dos psicanalistas nos últimos quinze anos (2000-2014). A partir da análise do *software*, junto à leitura de todas as produções que compõem o banco de dados, foi constatada a construção do caso clínico como o ponto central da contribuição da psicanálise às instituições regidas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Neste capítulo, em especial, traçamos como meta percorrer a elaboração dos “analistas cidadãos” no que toca a essa prática desenvolvida no cotidiano das instituições de saúde mental - com ênfase no CAPS, já que este é considerado *locus* privilegiado da atuação dos analistas - salientando ainda, suas influências teóricas e epistemológicas. Fica claro que sua âncora é a teoria psicanalítica, principalmente quanto às formalizações de Jaques Lacan, que influenciou

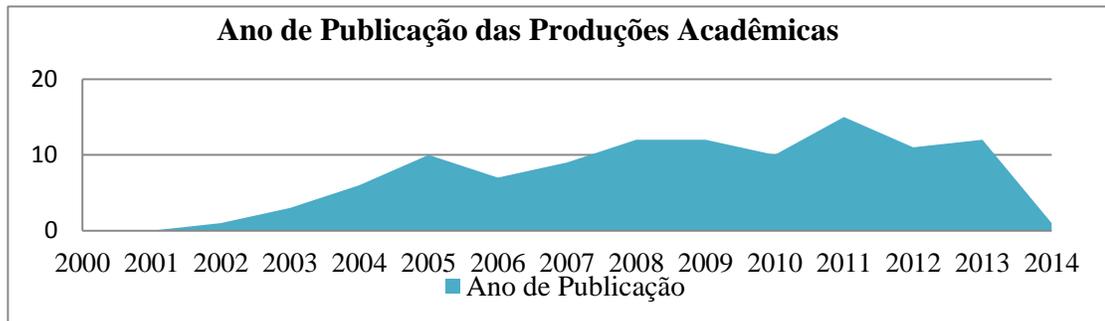
diretamente o precursor desta modalidade de trabalho na saúde pública, o psicanalista e psiquiatra Carlo Viganò.

Nessa caminhada, a construção do caso é apontada como uma metodologia de maior alcance que possibilita a articulação entre teoria e clínica nos vários dispositivos da saúde mental. O caso é situado como um meio de avaliação do trabalho clínico realizado por uma equipe que possibilita a construção de um saber pautado no discurso do sujeito, permitindo mudanças nas intervenções da equipe. Dessa forma, põe-se em plena concordância com os princípios da clínica da Reforma Psiquiátrica (Clínica Ampliada), que estabelece em suas diretrizes o protagonismo do sujeito em seu tratamento (CAMPOS, 1996-7). Favorece-se, então, a construção de novas possibilidades clínica como alternativa às normas e regras que atravessam o dia a dia das instituições de saúde mental brasileira.

Situamos sua importância para a transmissão e a circulação da política e ética da psicanálise nas equipes multi e interdisciplinares envolvidas nesse contexto. Logo, não esgotamos a discussão de suas especificidades. Evidenciamos, com base nos artigos, dissertações e teses destacados, seu lugar privilegiado ao apontar para a singularidade de cada caso. Desse modo, mostra-se como resistência a práticas que tendem a excluir a dimensão clínica no contexto reformista e que, cada vez mais, inclinam-se a intervenções normativas e universalizantes.

Antes de finalizarmos a seção, traremos outro ponto importante extraído dos resultados da classe aqui analisada, a classe 3.

No recorte de tempo estabelecido para pesquisa, 2000-2014, constatamos que as produções vêm aumentando, significativamente, com o passar dos anos – ver Gráfico 4. Isso se deve, certamente, à criação de novos programas de pós-graduação no Brasil com linha de pesquisa em psicanálise. Como exemplo, podemos destacar os seguintes programas, criados nesse período de quinze anos: UFC (2003); UFU (2003); UFPA (2005) e UFSJ (2008).

Gráfico 4: Ano de publicação das produções acadêmicas

O Programa de Pós-graduação da UERJ, criado em 1998, é apontado em nossa pesquisa como centro com maior concentração de trabalhos acadêmicos do banco de dados, correspondendo a 33% do total. Esse fato se deve, principalmente, a sua proposta inicial, que tem como objetivo viabilizar pesquisas socialmente relevantes. O Programa tem como finalidade investigar e discutir as problemáticas advindas da prática clínica da psicanálise nas instituições públicas de saúde; em especial, visa “oferecer sustentação de pesquisa para o trabalho clínico da psicanálise no campo da saúde mental” (RINALDI; ALBERTI, 2009, p. 535).

Tabela 1: Total de publicações mapeadas pela instituição e pelo tipo de publicação

INSTITUIÇÃO	ARTIGO	DISSERTAÇÃO	TESE	TOTAL
UFPA	2	1	-	3
UNIFOR	3	3	-	6
UNICAP	1	5	-	6
UFMG	19	1	-	20
UFU	2	5	-	7
UFSJ	13	2	-	15
USP	3	-	2	5
UERJ	22	14	1	37
UFRJ	4	2	-	6
PUC-RIO	4	1	1	6
Total	73	34	4	111

No Programa, como dito anteriormente, mais de 50% das dissertações de mestrado abordam temáticas relacionadas às práticas clínicas em saúde mental, desenvolvidas, principalmente, por meio de experiências de analistas que atuaram nesse contexto e se engajam, a partir do trabalho na universidade, na produção de conhecimento. Na tentativa de demonstrar a expressiva participação desse programa na produção nacional de trabalhos nesse campo de investigação, podemos citar três livros desenvolvidos pelos docentes do programa: *Psicanálise, clínica e instituição*, organizado por Sônia Altoé e Marcia Lima, no ano de 2005; *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*, organizado por Sônia Alberti e Ana Cristina Figueiredo, em 2006; e, ainda, o livro organizado por Sônia Alberti e Luciano Elia, *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*, publicado em 2000.

Ainda é digno de nota lembrar que no Rio de Janeiro, em 1998, foi criado o primeiro CAPS infantil do Brasil, o CAPS pequeno Hans, destinado ao tratamento de crianças autistas e psicóticas graves. A instituição carrega em seu nome uma referência à sua filiação psicanalítica, demonstrando sua presença na rede de atenção à saúde mental no Estado do Rio de Janeiro.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O psicanalista, ao se inserir no contexto da saúde mental, depara-se com um campo heterogêneo de desafios que, por vezes, excede as especificidades de sua prática. Ao analisarmos o *corpus*, fica evidente que tal cenário não implica na impossibilidade ou na paralisação do trabalho do analista, embora necessite de um manejo norteado pela dimensão ético-clínica. Assim, seguindo o aforisma de Lacan e as várias produções aqui testemunhadas, os psicanalistas não têm recuado diante do trabalho na instituição. Isso fica evidente quando salientamos a quantidade de produções acadêmicas realizadas neste âmbito – reflexões que surgem da atuação de analistas que demonstram empenho em criar elaborações que façam a psicanálise avançar neste campo de atuação. Trata-se, portanto, de uma aposta, como apontam Alberti e Figueiredo (2006), na clínica do caso a caso e sua *práxis* no âmbito da Atenção Psicossocial.

Mencionamos anteriormente que não só o modelo manicomial foi criticado e questionado. A clínica também foi posta sob questionamento para que atendesse as novas demandas dos pressupostos e diretrizes do novo modelo de assistência em saúde mental. Segundo Bezerra (2008), a problematização e a crítica à clínica, tida como tradicional, põe em primeiro plano a lógica da reinserção social, fato que não é negado pelas produções consultadas, ainda que estas alertem sobre sua insuficiência na terapêutica do sofrimento psíquico.

Não bastam mudanças na estrutura e no funcionamento das instituições. Prontamente guiados pelas considerações expostas ao longo da dissertação, podemos enfatizar que a inclusão social do louco não garante que seu lugar não vai ser a exclusão (FRANÇA NETO, 2009). Propomos, portanto, a inclusão do diferente no social. Essa ressalva é importante, uma vez que alerta sobre a importância de um direcionamento pautado pela clínica da singularidade no tratamento de pacientes com grave sofrimento psíquico. Rosa e Vilhena (2012), por exemplo, questionam vertentes da reforma que visam a extinção da prática clínica com o intuito de eliminar os resquícios da herança manicomial. Essas autoras ressaltam a importância da distinção das práticas clínicas da psiquiatria excludente e estigmatizante, pautadas pelo modelo manicomial, e da clínica da subjetividade, que tem como base a reinserção social e a aposta no sujeito e sua singularidade, cuja prática afasta-se de modelos padronizados e normativos.

A posição de resistência política dos analistas mostra-se importante tendo em vista certa tendência da psiquiatria contemporânea em excluir as contribuições que o estatuto do inconsciente freudiano traz ao campo das práticas *psi* e mesmo ao campo da ciência. Como consequência, os autores aqui retratados alertam para o processo de alienação do sujeito, práticas que, em nome da cientificidade, apagam a dimensão singular do sujeito. Como ilustração, discutimos ao longo deste trabalho as consequências do uso único e exclusivo dos manuais da psiquiatria [CID 10, DSM V] como organizadores da prática diagnóstica nos serviços de saúde mental. Ao atribuir um significativo classificatório ao paciente, impede-se que este encontre formas particulares de construir seu laço social.

Logo, a clínica é tida como imprescindível via de acesso ao subjetivo e à compreensão do *pathos*. Não obstante, esta proposição fica evidente nas análises realizadas pelo *software* Iramuteq, *análise de similitude* e *nuvem de palavras* - ver Figura 2 e Figura 3 - que a palavra “clínica” é visualizada e compreendida como ponto central de amarração entre os dois campos distintos em questão: psicanálise e saúde mental.

A metodologia construída guiou o desenvolvimento deste trabalho. Em sua totalidade, o *corpus* de pesquisa foi composto em maior quantidade por artigos científicos (66%). As dissertações, que somadas resultam em 31% das produções do banco, certamente poderiam ter sido representadas em maior número, pois tivemos dificuldades em resgatar tais trabalhos na íntegra nos buscadores utilizados, a saber: Google Acadêmico, plataforma Capes, bibliotecas virtuais dos programas de pós-graduação das universidades selecionadas, portal Domínio Público, bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e buscadores e diretórios como o Google. Tal fator configurou-se em um limite para o desenvolvimento da pesquisa.

As teses foram os trabalhos acadêmicos em menor quantidade em nosso banco (3%). Os eventos citados, no entanto, não diminuem a relevância deste estudo, já que a metodologia utilizada é quantitativa-qualitativa. Além disso, nosso objetivo foi trazer à luz alguns apontamentos que pudessem contribuir com a clínica em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Outro aspecto em evidência em nossa pesquisa foi a constatação da concentração na região sudeste do país dos trabalhos acadêmicos que abordam a temática estudada, com destaque para a UERJ, de onde vieram 33% da produção total. O apontamento está diretamente

relacionado ao fato de que, em sua proposta inicial, o programa da UERJ delineou como um de seus objetivos de pesquisa dar suporte à prática clínica da psicanálise na saúde mental (RINALDI; ALBERTI, 2009).

Cabe ressaltar que esses dados representam uma parte do que tem sido produzido no Brasil até o ano de 2014. Deve-se levar em conta os critérios de inclusão das produções acadêmicas no banco de dados e as dificuldades de nossa pesquisa, a saber: disponibilização dos documentos completos e/ou resumos online nos buscadores utilizados; a restrição de acesso a produções científicas em alguns periódicos em bibliotecas virtuais de algumas universidades; a não inclusão de artigos de docentes no *Digital Object Identifier* (DOI) da Plataforma Lattes; a falta de atualização dos títulos provisórios de dissertações e teses orientadas; o registro errôneo dos nomes dos orientandos de mestrado e doutorado de cada docente, assim como, dos anos de conclusão das publicações finais e a falta de atualização das informações contidas no currículo Lattes.

Ao final desta dissertação, considera-se que os estudos empreendidos por esses autores contribuem com o campo da saúde mental, especialmente ao colocar em relevo o lugar da clínica do sujeito em sua dimensão ampliada. Destaca-se a ênfase na questão do caso clínico, enquanto proposta metodológica de estudo, o que denota a preocupação em sublinhar a dimensão da singularidade. Podemos supor aqui uma preocupação destes pesquisadores com o apagamento desta dimensão, insistindo na inseparabilidade da assistência e da clínica. Dessa forma, a construção do caso é considerada pelas produções como estratégia fundamental do trabalho do analista, como forma de firmar a dimensão clínica nos equipamentos do contexto da Clínica Ampliada.

A análise das produções nos permite destacar a construção do caso como importante metodologia em pesquisa clínica, possibilitando a avaliação e o acompanhamento terapêutico a partir das narrativas do sujeito e do registro de seus atos. Tal construção é considerada solo comum de trabalho para os diferentes profissionais que compõem uma equipe multi e interdisciplinar. Logo, trata-se de um método clínico de maior alcance, que permite a transmissão e circulação da política e da ética psicanalítica aos vários mecanismos da saúde mental, em especial a sua prática coletiva.

Podemos dizer ainda que este trabalho é representativo de uma parte da História da psicanálise na universidade. Constatamos, em nossa pesquisa, que as produções acadêmicas que abordam a temática aqui estudada vêm aumentando significativamente com o passar dos anos e que tal fato se deve à criação de novos Programas de Pós-Graduação com linhas de pesquisa em psicanálise. No recorte temporal deste estudo (2000-2014), foram criados quatro novos programas com a característica acima ressaltada: UFC (2003); UFU (2003); UFPA (2005) e UFSJ (2008). Estes apontamentos demonstram o esforço de presentificação da psicanálise dentro da universidade.

Finalmente, evidenciamos ser de grande valor elencar e aprofundar a investigação sobre quais reflexões e problemáticas esses trabalhos abordam sobre o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, sempre em construção. Prontamente, consideramos importante a realização de novos estudos com o intuito de desdobramento das questões aqui discutidas.

REFERÊNCIAS

ABREU, Douglas Nunes. A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, ano 8, n.1, p. 74-82, 1º semestre de 2008.

ALBERTI, S; FIGUEIREDO, A. C. **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ALBERTI, S. PALOMBINI, A. L. Supervisão em Caps: Uma Abordagem Psicanalítica. **Psicologia: ciência e profissão**, 32 (3), 716-729, 2012.

ALBUQUERQUE, D. D. R. **Do escudo ao escuto: contribuições da supervisão clínico-institucional para a interface psicanálise e saúde mental em CAPS AD**. 2013. . (Mestrado em Programa de Pós-graduação em psicologia clínica) Universidade Católica do Pernambuco, UNICAP, Recife, 2013.

AMANCIO, Valdene Rodrigues. **Uma clínica para o CAPS: a clínica da psicose no dispositivo da reforma psiquiátrica a partir da direção da psicanálise**. 1ed. Curitiba: CRV, 2012.

AMARANTE, Paulo (org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995.

ANDRADE, L. F. O. **Crianças e o CAPSi: Do imperativo ao hiperativo. Qual o tratamento?** 2013. . (Mestrado em Programa de Pós-graduação em psicologia clínica) Universidade Católica do Pernambuco, UNICAP, Recife, 2013.

BABBAY, R. **Oficina palavrear: dos rastros da palavra à emergência do sujeito**. 2008. (Tese em Programa de pós-graduação em psicologia), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC- Rio, Rio de Janeiro, 2008.

BAIO, Virginio. O ato a partir de muitos. In: **Psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: ED. Curinga/EBP-MG, n.º 13 set. 1999.

BEZERRA Jr, Benilton. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor. In: Lobosque, Ana Marta (Org.) **Caderno Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica que Queremos**

Por uma Clínica Antimanicomial. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

BEZERRA, D. S. **O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira.** 2008. Dissertação (Mestrado em clínica e pesquisa em psicanálise do programa de pós-graduação em psicologia) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2008.

BEZERRA, D. S. A articulação *moebiana* entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. **Psicologia hospitalar**, 7(2), 55-74, 2009.

BEZERRA, D. S; RINALDI, D. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 12, n. 2, p. 342-355, 2009.

BEZERRA, D. S. **O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira – política e psicanálise oito anos após a lei 10216.** Curitiba: CRV, 2013.

BIRMAN, J; COSTA, J.F (1976). Organização das instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 41-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 224 de 29 de janeiro de 1992.** Brasília: MS, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferencia Nacional de Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir, não.** Caderno Informativo / Secretaria de Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BURSZTYN, D. C. O tratamento da histeria: um desafio para a rede de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 31 (4), 734-747, 2011.

BURSZTYN, D. C; FIHUEIREDO, A. C. O tratamento do sintoma e a construção do caso na prática coletiva em Saúde Mental. **Tempo Psicanalítico**, v. 44.i, p. 131-145, 2012.

BURSZTYN, D. C. **A política do sintoma e a construção do caso clínico: modos de transmissão da psicanálise na prática coletiva em saúde mental**. 2012. (Tese em Programa de Pós-graduação em psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2012.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia**, Vol. 21, nº 2, p. 513-518, 2013a.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada** (1996/1997). Disponível em: <www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc.../28-clinica-do-sujeito>. Acesso em: 11/07/13.

CANAIVÊZ, F; HERZOG, R. A singularidade do sintoma: por uma crítica psicanalítica à ideia de origem. **Psic. Clin.**, vol.19, n.1, p.109 – 124, 2007.

CARNEIRO, H. F; FIGUEIREDO, A. F. S; PEREIRA, W. G. Recorte de melancolização e luto em um caso de histeria clássica a partir da re-significação de episódios de pseudo-epilepsia. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line**, VI, 2, 16-29, 2006.

CARNEIRO, N. G. O. Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial – haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental? **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 11, n. 2, p. 208-220, 2008.

CATTAPAN, T. L. S. **CAPS-AD ALAMEDA: Um trabalho orientado pela psicanálise no campo da saúde mental**. 2013. (Mestrado em Programa de Pós-graduação em teoria psicanalítica), Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, 2013.

CERQUEIRA, L. C. **A instituição e a clínica no campo da saúde mental: há lugar para a psicanálise na gestão da saúde mental?** 2009. (Mestrado em Programa de Pós-graduação em psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2009.

COUTO, Richard; ALBERTI, Sonia. Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em debate**, v. 23, nº78/79/80, pp. 49-59, 2008.

COX, F. P. **Da emergência psiquiátrica à emergência do sujeito: por um trabalho orientado pela psicanálise.** 2011. (Mestrado em Programa de Pós-graduação em psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2011.

DASSOLER, Volnei Antoni; PALMA, Claudia Maria de Sousa. A dimensão da ética nas intervenções do analista frente às demandas institucionais dos CAPS. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n. 1, pp. 94-107, 2012.

DI CIACCIA, Antonio. Da fundação por Um à prática feita por muitos. In: **Psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: ED. Curinga/EBP-MG, n.º 13 set. 1999.

DUNKER, Christian I. L.; NETO, F. Kyrillos. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dezembro 2011.

ELIA, Luciano. Psicanálise: clínica e pesquisa. IN: ALBERTI, S & ELIA, L. **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ELIA, L. O dispositivo psicanalítico ampliado e sua aplicação na clínica institucional pública de saúde mental infanto-juvenil. **Estudos e pesquisas em psicologia**, uerj, rj, v. 7, n. 3, p. 613-620, 2007.

ELIA, Luciano. **O conceito de sujeito**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, nº 79, Agosto/2002.

FERREIRA, A. P. A construção do caso clínico na internação psiquiátrica: uma direção para o plano terapêutico. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, VIII, 2, 204-220, 2005.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; MACHADO, Olindina M. Rodrigues. O diagnóstico em Psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Ágora** v. III n. 2 jul/dez, 65-86, 2000.

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psicanálise e psiquiatria. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**, V, 1, 29-43, 2002.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 7, n.1, pp. 75-86, 2004.

FIGUEIREDO, A. C. Uma aposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**, ano III, n. 5, p. 44-55, 2005.

FIGUEIREDO, A. C.; FRARE, A. P. A função da psicanálise e o trabalho do psicanalista nos Serviços Residenciais Terapêuticos. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**, v. 11, n. 1, p. 82-96, 2008.

FIGUEIREDO, A. C. O psicanalista na experiência universitária. IN: CALDAS, H & ALTOÉ, S. **Psicanálise, universidade e sociedade**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2011.

FIDELIS, R. O. **A recepção de usuários em ambulatório de saúde mental: a importância da escuta do sujeito**. 2013. (Mestrado em Programa de Pós-graduação em psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2013.

FONTELES, Camila Santos. **Psicanálise na Universidade: uma análise da produção acadêmica no Brasil**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Universidade Federal da Bahia, 2015.

FRAGA, C. M. S; FERREIRA, A. P. Encontros, Laços e Vidas: o acompanhamento no CAPS. **Interagir: pensando a extensão**, n. 16, p. 29-37, jan./dez. Rio de Janeiro, 2011.

FRANÇA NETO, O. A Eficácia do atendimento em equipe no âmbito da saúde mental. **CliniCAPS**, Vol 4, nº 12, 2010.

FREUD, Sigmund (1893-95). **Estudos sobre a histeria.** IN obras completas, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1900). **A interpretação dos sonhos. Parte I.** IN obras completas, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1910). **Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica.** IN obras completas; Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1912). **A dinâmica da transferência.** Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2010a.

FREUD, Sigmund (1912). **Recomendações ao médico que pratica a psicanálise.** Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2010b.

FREUD, Sigmund (1913). **O início do tratamento.** Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

FREUD, Sigmund (1914). **Recordar, repetir e elaborar.** Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras (2010).

FREUD, Sigmund (1915). **Observações sobre o amor de transferência.** Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

FREUD, Sigmund (1917). Conferência XVII. **O sentido dos sintomas.** IN obras completas, Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

FREUD, Sigmund (1917). Conferência XVIII. **Fixação em traumas – o inconsciente.** IN obras completas, Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

FREUD, Sigmund (1917). Conferência XXIII. **Os caminhos da formação dos sintomas.** IN obras completas, Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

FREUD, Sigmund (1919). Conferência XXXIV. **Linhas de progresso na terapia psicanalítica**. IN obras completas, Rio de Janeiro: Imago 1996a.

FREUD, Sigmund (1919). **Sobre o ensino da Psicanálise nas universidades**. IN obras completas, Rio de Janeiro: Imago 1996b.

FREUD, Sigmund (1920). **Além do princípio de prazer**. IN obras completas, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1921). **Psicologia das massas e análise do eu**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

FREUD, Sigmund (1933). Conferência XXXIV. **Explicações, aplicações e orientações**. IN obras completas, Rio de Janeiro: Imago 1996.

GENEROSO, C. M; GUERRA, A. M. C. Desinserção social e habitação: a psicanálise na reforma psiquiátrica brasileira*. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 15, n. 3, p. 524-539, São Paulo, 2012.

GOLDBERG, Jairo. Reabilitação Como processo – O centro de Atenção Psicossocial. IN: PITTA, Ana (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 34-47.

GUERRA, A. M. C. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Psychê**, ano IX, nº 15, p. 139-154, 2005.

GUERRA, A. M. C; MILGRES, A. F. Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? Contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. **Estilos clin.** v. 10 n.19, 2005.

GUERRA, A. M. C; SILVA, C. A. M; CHAIA, F. C; ELIAS, F. M; SARKIS, T. P. C. A função da obra na estabilização psicótica: análise do caso do profeta gentileza. **Interações**, vol. XI • nº 21, p. 29-56, 2006.

HADDAD, Sérgio (coord.). **Educação de jovens e adultos no Brasil (1986-1998)**. Brasília: MEC/INEP/COMPED, Série Estado do Conhecimento, ISSN 1676-0565; n° 8, 2002.

HERMANN, M. C. **Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário**. 2008. (Tese em instituto de psicologia), Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2008.

KYRILLOS NETO, F. Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. **Mental** - Ano I - n. 1, p. 71-82, Barbacena - dez. 2003.

KYRILLOS NETO, F; SANTOS, R. Lógica diagnóstica em serviços abertos de saúde mental: Tensões entre psiquiatria e psicanálise. **Barbarói**, n.40, p.3-82, 2014.

LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. IN **Escrito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, Jacques (1955). **O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Tradução Marie Christine Lasnik Penot, com a colaboração de Antonio Luiz Quinet de Andrade. 4ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LACAN, Jacques **O Seminário, livro 3: as psicoses** (1955-56). Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2002.

LACAN, Jacques (1959-60). **O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, ed. 2008.

LACAN, Jaques (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. IN: **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. Cap. VII, pp. 807-842.

LACAN, J. (1965-1966) A ciência e a verdade In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. (1967). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. IN **Outros Escritos**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, ed. 2003.

LACAN, Jacques (1967-8). Lugar, origem e fim do meu ensino. IN **Meu ensino**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, ed. 2006.

LACAN, Jacques (1969-70). **O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, ed.1992.

LACAN, Jacques (1975-6). **O Seminário, livro 23: O Sinthoma**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, ed. 2007.

LAURENT, Eric. O analista cidadão. In. **Psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: Ed. Curinga/EBP-MG, n.º 13 set. 1999.

LAURENT, Eric. Psicanálise e Saúde Mental. A prática feita por muitos. In. **Há algo de novo nas psicoses**. Belo Horizonte: Curinga, 2000.

LEITE, S. As resistências do psicanalista (e outras) na saúde Mental. **Estudos e pesquisas em psicologia**, uerj, rj, ano 8, n.1, p. 83-93, 2008.

LIMA, M. **Entre o discurso e a prática: há reforma? Uma reflexão sobre práticas interventivas de cuidado na clínica da saúde mental**. 2006. Dissertação (Mestrado em psicologia clínica) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2006.

LIMA, C. A. S; PARAVADINI, J. L. L. Reflexões sobre a ética da psicanálise e sua contribuição para práticas de Saúde mental. **Estilos da Clínica**, 16(2), 424-441, 2011.

LIMA, T. A. S. **O laço possível: considerações sobre a transferência na clínica da paranoia**. 2011. (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas) – Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, 2011.

LUSTOSA, RZ; OLIVEIRA, K.L; MELLO, B.N. Produção científica no contexto psicanalítico (2002-2009). **Psico-USF**, v. 15, n. 2, p. 161-169, 2010.

MACHADO; Maíla Do Val; CHATELARD, Daniela Sheinkman. A difusão da Psicanálise e sua inserção nos hospitais gerais. **Revista tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 44.2, p. 445-467, 2012.

MAIA, A; MEDEIROS, C; FONTES, F. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. **Estilos da Clínica**, 17(1), 44-61, 2012.

MARAVILHA, Laura Maria Monteiro. Desospitalizando: os limites do “psicossocial” na psicologia praticada nos CAPS. **Revista Psicologia & Saberes**, 2012, 1(1), pp. 64-68.

MARTINS, K. P. H. O serviço de psicologia aplicada e o trabalho com adolescentes contribuições para clínica ampliada da psicanálise. In: WINOGRAD, M & SOUZA, M. de **Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, p.71-86, 2012.

MARTINS, K. P. H. VILHENA, J. Para além da alimentação: um olhar psicanalítico sobre as políticas públicas de saúde na primeira infância. In: WINOGRAD, M & VILHENA, J. **Psicanálise e Clínica Ampliada**. Curitiba: Appris, p. 37-56, 2014.

MARTINS, K.P.H , ET AL. O que pode a psicanálise nos Centros de Atenção Psicossocial? In: WINOGRAD, M. **O que pode a psicanálise**. Curitiba: Appris, 2015 (no prelo).

MASCARENHAS, Lirian Filgueiras. **A clínica da saúde mental: um estudo comparativo entre as clínicas alienista, psiquiátrica e psicossocial**. 2011. Dissertação (Mestrado em Programa de pós-graduação em psicologia) - Universidade de Fortaleza, Unifor, Fortaleza, 2011.

MATOS, N. G. V; NEVES, A. S. CAPS-POEIRA: Um modo de intervenção no CAPS-ad. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Vol. XI - Nº 2 - p. 817 – 841, 2011.

MATOS, N. G. V. **CAPS-POEIRA: encontros possíveis entre a Psicanálise e a Capoeira Angola nos grupos operativos do CAPS-ad**. 2011. (Mestrado em Programa de Pós-graduação em psicologia), Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia, 2011.

MIRA, K. Q. **Que lugar para a psicanálise na saúde mental? Um estudo sobre a clínica da psicose**. 2003. (Mestrado em Programa de Pós-graduação em psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2003.

MONTEIRO, Cleide Pereira; QUEIROZ, Edilene Freire. A Clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, vol. 18, n.1, p. 109-121, 2006.

MORENO, M.; RATINAUD, P. **Manual uso de IRAMUTEQ**. Versión 0.7 alpha 2, 2015.

NETO, O. F. Uma ética para os novos desdobramentos da reforma psiquiátrica. **Ágora**, v. XII n. 1, pp. 119-129, 2009.

NETO, O. F. Reforma psiquiátrica – Uma questão clínica ou política? **CliniCAPS**, Vol 5, nº 14, 2011.

NETO, F; SILVA, C; PEDERZOLI, A; HERNANDES, M. DSM e psicanálise: uma discussão diagnóstica. **Revista da SPAGESP**, Vol. 12, No. 2, pp. 44-55, 2011.

NETO, O. F. Os efeitos colaterais da psicanálise e a reforma psiquiátrica. **Cadernos brasileiros de saúde mental**, issn 1984-2147, v.5, n.11, p.1-13, florianópolis, 2013.

NUNES, R. M. **O saber clínico da psicanálise e sua ação institucional**. 2007. (Mestrado em Programa de Pós-graduação em psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2007.

PEDROSA, R. L. **Os transtornos orais e a construção do caso clínico como dispositivo terapêutico: uma proposta psicanalítica de trabalho no campo da saúde mental**. 2013. (Mestrado em Programa de Pós-graduação em Psicologia), Universidade de Fortaleza, Unifor, 2013.

PILLÃO, Delma. **A pesquisa no âmbito das relações didáticas entre matemática e música: estado da arte**. 109f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PINHEIRO, Clara Virginia de Queiroz; AGUIAR, I. M. A; MENDES, L. C. B. O sofrimento psíquico e as novas modalidades de relação entre o Normal e o Patológico: uma discussão a partir da perspectiva freudiana sobre o caráter do psicopatológico. **Interação em Psicologia**, 12(2), p. 299-305, 2008.

PINHEIRO, Clara Virginia de Queiroz ; ALBUQUERQUE, K. M. Psicopatologia e saúde mental: questões sobre os critérios que orientam a percepção clínica. **Revista Mal-Estar e Subjetividade** (versão eletrônica), v. 1, p. 5-12, 2014.

PINTO, P.H.F. **Saúde mental e psicanálise: uma revisão sistemática de literatura sobre a inserção da psicanálise na rede de atenção psicossocial**. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2016.

RAMMINGER, Tatiana; BRITO, Jussara Cruz. “Cada caps é um caps”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**; 23(n. spe.), 150-160, 2011.

RINALDI, L.D; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 2, 2008.

RINALDI, D; CABRAL, L. H; CASTRO, G. S. Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. **Estudos e pesquisas em psicologia**, uerj, rj, ano 8, n.1, p. 118-125, 2008.

RINALDI, D.L; ALBERTI, S. Psicanálise, Saúde mental e Universidade. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, ano 9, nº 2, p. 533-545. Rio de Janeiro, 2009.

RINALDI, D. Psicanálise e saúde mental: a pesquisa na universidade. IN: CALDAS, H & ALTOÉ, S. **Psicanálise, universidade e sociedade**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2011.

RINALDI, D. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20 (2): 315-323, 2015.

RODRIGUES, S. W. M. **A psicanálise na saúde mental: há um lugar para o sujeito na Reforma psiquiátrica?** 2013. (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Psicologia), Universidade de Fortaleza, Unifor, 2013.

ROMANOWSKI, J. P; ENS, R. T. As pesquisas denominadas do tipo "estado da arte" em educação. **Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 6, n.19, p.37-50, set./dez. 2006.

ROMARO, R. A. O estabelecimento do diagnóstico em psicanálise. **Revista psicouf**, v.3,n.2,p.23-37,1999.

ROSA, C. M; VILHENA, J. Do manicômio ao CAPS Da contenção (IM) piedosa à responsabilização. **Barbarói**, n.37, p.154-176,. 2012.

ROSA, C. M. **Aqui eu posso até ser eu mesmo: sobre psicoterapia de grupo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2012. (Mestrado em Programa de Pós-graduação em Psicologia

Clínica do Centro de Teologia Ciências Humanas) Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS, T. C. A psicopatologia psicanalítica de Freud à Lacan. **Revista de psicanálise**, ano XVIII, nº 184, 2005.

SATO, H. T. **Enquadres clínicos diferenciados na reforma psiquiátrica**. 2007. (Tese em instituto de psicologia), Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2007.

SILVA, S. M. **A clínica da histeria no CAPS: escutar o sujeito entre outros**. 2012. (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Psicologia), Universidade Federal do Pará – UFPA, Belém, 2012.

SILVA, G; BECK, C; FIGUEIREDO, A; PRESTES, F. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 15, n. 2, p. 309-322, 2012.

SOARES, Magda Becker; MACIEL, Francisca (org.). **Alfabetização**. Brasília: MEC/INEP/COMPED, Série Estado do Conhecimento, ISSN 1518-3653; nº 1, 2000.

STENNER, A. S. **Saber e psicose: a instituição como campo do Outro**. 2004. (Mestrado em Programa de pós-graduação em Teoria Psicanalítica) Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, 2004.

TENÓRIO, F. **A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VACARO, A; VILELA, A. A. M; OLIVEIRA, F. N; ESTEVAM, N. M. O que os bichos nos ensinam: a construção do caso clínico em um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil. **CliniCAPS**, Vol 6, nº 16, 2012.

VERTZMAN, J; CAVALCANTI, M. T.; SERPA JÚNIOR, O. Psicoterapia Institucional: uma Revisão. In: BEZERRA JÚNIOR, B. e AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 17-30.

VIGANÒ, Carlos. A construção do caso clínico em saúde mental. In: **Psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: ED. Curinga/EBP-MG, n.º 13 set. 1999.

VILHENA, J; ROSA, C. M. A clínica psicanalítica nos espaços abertos do CAPS. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; 63 (3): 130-147, 2011.

VILHENA, J; ROSA, C.M. Diagnóstico em Saúde Mental: por uma concepção não objetivista das representações da loucura. **Contextos Clínicos**, 5(1): 26-36, 2012.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. 2006. Tese (Doutorado apresentado à escola nacional de saúde pública) Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICE A - *CORPUS* DA PESQUISA

**** *_n_001

Partindo da palavra psicopatologia, o autor mostra, de forma resumida, como cada contexto histórico tentou decompor o sofrimento psíquico em seus elementos de base para classificar, estudar e tratar. Após uma breve apresentação da psicopatologia na contemporaneidade, o autor introduz os pressupostos da Psicopatologia Fundamental e suas contribuições na compreensão do sofrimento psíquico. Ainda que não seja objetivo do texto participar do debate atual sobre as diretrizes curriculares que norteiam a formação do psicólogo, o autor toma o estudo do conhecimento da alma como exemplo de um dos campos de aplicação da Psicopatologia Fundamental.

**** *_n_002

O texto traz reflexões sobre a intersecção da psicopatologia fundamental com a Saúde_Mental. Inicialmente, o autor apresenta uma breve digressão sobre as mudanças do conceito grego de pathos, desde sua origem até o seu uso mais comum o sentido médico de doença. Se discute também as origens da psicopatologia como disciplina organizada. Em seguida, se apresentam os fundamentos históricos teóricos da psicopatologia fundamental, suas concepções quanto à origem e a organização do aparelho psíquico e suas relações com as outras psicopatologias. Finalmente, o autor discute a aplicabilidade dos princípios norteadores da psicopatologia fundamental às políticas de Saúde_Mental.

**** *_n_003

O movimento da Reforma_Psiquiátrica Brasileira foi responsável por muitas mudanças no campo da Saúde_Mental, e com a Lei Federal 10.216 o poder público passa a assumir a tarefa de reorganização dos serviços e da assistência em Saúde_Mental como um todo. Mas as práticas contemporâneas de assistência nos serviços substitutivos têm nos mostrado a necessidade imperante de se pensar a direção de tratamento no campo da Saúde_Mental, especialmente quando constatamos o lugar de destaque ocupado pelo discurso médico nestes dispositivos de atenção. Partindo da questão sobre o tratamento possível à histeria no campo da Saúde_Mental, esta dissertação teve como objetivo investigar a clínica desenvolvida nos serviços substitutivos a partir do estudo de caso de uma paciente em um CAPS. Conclui que, para além de um saber dominante, sustentar a escuta do sujeito e a circulação de um discurso acerca da subjetividade nas instituições é o que vai propiciar uma troca entre os profissionais e a possibilidade de abertura para o saber da histórica, tão cara à psicanálise.

**** *_n_004

Este trabalho tem como objetivo analisar a construção do caso clínico como um dispositivo terapêutico em um programa interdisciplinar de transtornos alimentares. A metodologia utilizada, para a realização desta pesquisa, é a análise documental de prontuários de pacientes, com diagnóstico de transtorno alimentar, atendidos no Programa Interdisciplinar de Nutrição em Transtornos Alimentares e Obesidade. O referencial teórico é o da psicanálise freudiana, lacaniana e comentadores das temáticas sobre os transtornos alimentares e sobre a construção do caso clínico. Além das taxas relevantes, se percebe que os sujeitos apresentam gravidade clínica e grau de complexidade que justificam a relevância de serviços especializados no campo de Saúde_Mental. Verifica que, mesmo em equipes especializadas, a prevalência do discurso biomédico atinge todos os profissionais, inclusive os de psicologia que, levados pela objetividade biomédica, deixam escapar questões subjetivas fundamentais à condução do caso, referentes à

constituição psíquica do sujeito. Tais questões são consideradas pela psicanálise, por isso os transtornos alimentares são tratados como transtornos orais. Dessa forma, se defende a construção do caso clínico como um dispositivo terapêutico, como uma das principais contribuições da psicanálise ao campo de Saúde_Mental, nas esferas da intervenção e da pesquisa clínico institucional. Para tanto, foi escolhido um caso de anorexia, considerando a ênfase no encaminhamento terapêutico, tal como registrado no prontuário, onde avaliamos os aspectos subjetivos, tais como relações parentais, sexualidade feminina, puberdade e transferência. Evidenciou a possibilidade de uma proposta de investigação e trabalho integrado ao manejo de atendimentos a pacientes com transtornos orais e a inserção da psicanálise nas instituições da Saúde_Mental. Por fim, ratificou a incidência maior entre mulheres e a necessidade de estudos de transtornos orais entre homens.

**** *_n_005

Este trabalho teve como objetivo investigar as contribuições e especificidades da psicanálise no campo da Saúde_Mental a partir do movimento da Reforma_Psiquiátrica. A metodologia utilizada para a realização desta pesquisa foi revisão bibliográfica acerca da Saúde_Mental a partir da Reforma_Psiquiátrica em interface com a psicanálise. Foram pesquisadas as seguintes temáticas quanto ao campo da Saúde_Mental legislação e o processo da Reforma_Psiquiátrica no Brasil, equipamentos e dispositivos clínicos alternativos ao tratamento asilar, quanto à psicanálise as noções de sujeito, sofrimento psíquico e terapêutica, quanto à presença da psicanálise e seus dispositivos clínicos nas instituições de Saúde_Mental o lugar do analista, o trabalho em equipe, a discussão diagnóstica e o manejo da clínica. Considerando que as Políticas públicas em Saúde_Mental têm como metas a conquista da autonomia e a reabilitação psicossocial do portador de sofrimento mental visando à consolidação da cidadania, com a Psicanálise interrogamos tais objetivos norteadores da Reforma_Psiquiátrica, quando tomados como hegemônicos frente ao caráter propriamente clínico que, eticamente, deve nortear as estratégias de tratamento das pessoas em sofrimento psíquico. Discutimos se há um lugar para o sujeito, como pensado pela psicanálise sujeito do inconsciente, pulsional e desejante nas práticas desenvolvidas no campo da Saúde_Mental, ratificando as propostas da clínica ampliada, da construção do caso clínico e concomitante elaboração de um projeto terapêutico singular como possibilidades de construção de um lugar para e pelo sujeito e suas vicissitudes.

**** *_n_006

Este trabalho apresenta um estudo de caso de uma paciente de 37 anos, atendida no CAPS da cidade de Aquiraz, Estado do Ceará, Brasil. Tem como objetivo a caracterização do discurso da paciente em uma posição histórica, entendido a partir de uma leitura psicanalítica, destacando um aporte clássico da histeria que sobrevive à montagem do discurso de nossa época. A paciente esteve em atendimento no CAPS durante 2 anos. A técnica utilizada no processo psicoterápico foi o método psicanalítico de associação livre. Os resultados obtidos foram o espaçamento das crises pseudoepilépticas como consequência da resignificação de sua relação com a maternidade e o estabelecimento de melhores relações sociais com a família, além do seu retorno aos estudos.

**** *_n_007

Esse estudo supõe que a formação do campo da Saúde_Mental implicou mutações nos critérios de apreensão dos problemas mentais em relação à psicopatologia. Pode se dizer que se trata de um deslocamento fundamental, qual seja, a loucura como patologia mental deixa de ser a questão central das disciplinas psiquiátricas e psicológicas, uma vez que se instaura um domínio científico que aborda o sofrimento psíquico como uma problemática relacionada à satisfação e à realização pessoal dos indivíduos. Desse modo, se propõe aqui um estudo sobre os fundamentos

epistemológicos dos saberes e das práticas em psicopatologia, conforme a perspectiva de Canguilhem, que consiste na tese de que a especificidade da racionalidade médica é o caráter normativo da apreensão dos fenômenos vitais. Dessa forma, se questiona os parâmetros normativos que caracterizam a psicopatologia, mais especificamente, psiquiatria e psicanálise, orientando formas de intervenções terapêuticas dos padecimentos mentais. Ressalta, então, que a percepção do psicopatológico é regido pelos critérios de diferenciação entre o normal e o patológico que pressupõe a irreduzibilidade patológica de certos fenômenos psíquicos. Daí procura indicar que os desdobramentos epistemológicos constitutivos do campo da Saúde_Mental implicam modificações do estatuto médico dos padecimentos mentais, uma vez que perde sua especificidade em relação às doenças orgânicas, reformas das estratégias de intervenção, tecnologias e políticas sociais, as quais são dissociadas dos diagnósticos e, finalmente, mudanças dos critérios de definição do objeto clínico, qual seja, a referência à polaridade normal patológico.

**** *n_008

No presente estudo partimos da tese de Ehrenberg, na qual é firmada a ideia de que a atividade clínica, nos dias atuais se estende à totalidade do sofrimento mental, não se restringindo mais aos cuidados com a dimensão patológica da experiência humana. Trata da constituição do campo da Saúde_Mental, âmbito em que a psicopatologia se torna um domínio menor. Na medida em que a prática clínica não se especifica mais pelo caráter patológico de seu objeto, pomos em questão as relações entre o normal e o patológico subjacente à atenção em Saúde_Mental. Dessa forma, iniciamos nossa investigação com o exame dos conceitos do normal e do patológico que marcaram a emergência da atividade clínica. Em seguida, abordamos a psicopatologia freudiana com o objetivo de ressaltar a especificidade do fenômeno psicopatológico em relação a outros tipos de sofrimento humano. Por fim, à luz das formulações freudianas acerca da diferença entre inibição e sintoma, pressupomos a identidade conceitual entre sofrimento psíquico e inibição, analisando as mudanças das relações entre o normal e o patológico que estão por trás das diversas modalidades de sofrimento psíquico adotadas como objeto clínico.

**** *n_009

O objetivo deste estudo é fazer uma análise comparativa entre a clínica Psicossocial e as clínicas Alienista e Psiquiátrica. Como referência, analisaremos 5 elementos citados por Robert Castel 1978 código teórico, tecnologia de intervenção, dispositivo institucional, corpo de profissionais e estatuto de usuários. A Nosografia Filosófica de Pinel foi o primeiro Código Teórico elaborado sobre a loucura. A clínica Psiquiátrica elaborou manuais diagnósticos, como o CID_10 ou DSM_IV, que embasam até hoje o fazer psiquiátrico. O Código Teórico da clínica psicossocial conta com produções teóricas importantes, como as apontadas pelos psicanalistas e militantes da Reforma_Psiquiátrica brasileira Antonio Lancetti, Ana Marta Lobosque e Fernando Tenório. O asilo, na clínica alienista, o hospital psiquiátrico, na clínica psiquiátrica, e os equipamentos abertos da RASM, na clínica psicossocial, são os Dispositivos Institucionais que têm abrigado a loucura. Mas a luta para que os cuidados aos portadores de transtorno mental sejam ofertados em serviços abertos encontra ainda hoje grande resistência. No asilo e no hospital psiquiátrico, o médico alienista e o médico psiquiatra são os personagens centrais no tratamento da loucura. Na clínica psicossocial, o Corpo de Profissionais é marcado por vários profissionais que entrelaçam seus saberes e suas práticas na assistência aos portadores de transtorno mental. Entretanto, o poder médico ainda é marcante na clínica psicossocial. O Estatuto de Usuário alienista retratava o louco como incapaz e perigoso. Na clínica psiquiátrica, o louco assume também o status de doente mental. Já na clínica psicossocial, o louco é visto, antes de tudo, como um cidadão, o que

implica na necessidade de uma clínica comprometida com a transformação da relação da sociedade com a loucura. A Tecnologia de Intervenção Alienista foi o tratamento moral idealizado por Pinel, enquanto o elaborado pela clínica Psiquiátrica foi o tratamento psicofarmacológico. Na segunda metade do século XX, a Reforma_Psiquiátrica propôs uma nova tecnologia de intervenção, a atenção psicossocial, hoje transformada no Brasil em uma política pública pelo Ministério da Saúde. Em pleno século XXI, marcas profundas da clínica alienista e psiquiátrica ainda permanecem na relação da sociedade com a loucura, mesmo considerando os avanços da clínica psicossocial.

**** *_n_010

Nosso propósito é refletir sobre a clínica psicanalítica das psicoses em instituições de Saúde_Mental, tema que de um lado suscita questões e impasses para o método clínico psicanalítico e, de outro, contribui para renovar o lugar da descoberta freudiana. Abordaremos, primeiramente, a clínica das psicoses para, em seguida, refletir sobre a prática psicanalítica em instituições de Saúde_Mental. Neste último segmento, daremos destaque aos depoimentos de psicanalistas atuantes em tais instituições, eles apontam para uma prática feita por muitos cujo foco incide numa clínica do sujeito. O modo de produção subjetiva se dá pela via da trivialização, uma manobra preciosa usada pelos analistas e demais técnicos que compõem a equipe institucional para neutralizar a ação do delírio. Tal manobra exige do analista uma certa dose de invenção, espírito de humor e um certo desprendimento do desejo de interpretar.

**** *_n_011

A presente pesquisa tem por objetivo pesquisar contribuições da supervisão clínico institucional para a interface psicanálise e Saúde_Mental em CAPS_ad, se servindo para tal, de entrevista semiestruturada realizadas aos supervisores de CAPS_ad da cidade de Recife. Ressaltando o lugar de supervisão não o único tampouco o principal, mas lugar estratégico nos CAPS_ad para articular clínica e instituição a partir da ética da psicanálise, tais depoimentos assumem relevo ao que testemunham de efeitos em sua prática, ao identificar impasses e erigir questões na busca por avançar. Intervir sob a necessidade lógica do lugar de exceção na instituição foi destacada e testemunhada como condição estruturante à construção de um projeto coletivo, sustentado no modelo horizontal dos CAPS_ad a instauração de diferenças de lugar na equipe. Tal corte é condição para evitar formação de massa a dois equipe usuário, para instaurar uma abertura ao não todo que não se confunda com todo não. Poder prescindir do lugar de exceção sob a condição de se servir deste é operar efeitos de uma transmissão da psicanálise, rumar à assunção do impossível do rapport sexual, castração enquanto motor da clínica e de uma formação continuada. Enquanto limite e desafio, a construção de balizadores clínicos que respeite a diversidade de formação acadêmica e ainda assim se norteie pela ética da psicanálise ressaltou uma transferência de trabalho que sustente a construção de um projeto clínico no coletivo, levando em conta a função psíquica da droga para o sujeito, rumando a contramão da démarche segregativa do discurso da ciência e do discurso do capitalista. Para além das diferenças de conhecimento, há um saber que habita cada um que se confronta com o Real da clínica. Nesse sentido, sair da queixa para a demanda de trabalho por um desejo de analista que sustente transmissão da psicanálise é travessia do escudo pra o escudo, mudança de letra que situa o real de uma mudança de posição de bela alma para avançar rumo a escuta do sujeito do inconsciente, escuta de um corpo de desejo e de gozo.

**** *_n_012

A questão propulsora deste trabalho se configura na reflexão sobre os possíveis impasses suscitados pelo uso do termo doença mental na prática discursiva da Reforma_Psiquiátrica. A

referida expressão, apesar de fortemente criticada por essa perspectiva de assistência em Saúde_Mental, é utilizada de modo recorrente nas instituições operacionalizadoras do ideal da Reforma_Psiquiátrica e, em particular, na bibliografia que lhe dá sustentação teórica. 2 características dos textos dessa bibliografia são o ideal da desinstitucionalização e a busca da construção de uma ética solidária em relação a loucura. A presente investigação realizou uma leitura problematizadora dos possíveis sentidos do termo doença mental no universo bibliográfico da Reforma_Psiquiátrica, à luz da concepção de linguagem de Wittgenstein investigações filosóficas. Com efeito da análise produzida, se propõe a noção de doença mental, no contexto dos jogos de linguagem da Reforma_Psiquiátrica, se realiza através de um vocabulário que abriga o trânsito entre um cenário discursivo negado e a construção, em permanente estado de não equilíbrio, de uma nova paisagem social, mais inclusiva, uma nova reforma de vida.

**** *_n_013

Nosso propósito é refletir sobre a clínica psicanalítica das psicoses em instituições de Saúde_Mental, tema que de um lado suscita questões e impasses para o método clínico psicanalítico e, de outro, contribui para renovar o lugar da descoberta freudiana. Abordaremos, primeiramente, a clínica das psicoses para, em seguida, refletir sobre a prática psicanalítica em instituições de Saúde_Mental. Neste último segmento, daremos destaque aos depoimentos de psicanalistas atuantes em tais instituições, eles apontam para uma prática feita por muitos cujo foco incide numa clínica do sujeito. O modo de produção subjetiva se dá pela via da trivialização, uma manobra preciosa usada pelos analistas e demais técnicos que compõem a equipe institucional para neutralizar a ação do delírio. Tal manobra exige do analista uma certa dose de invenção, espírito de humor e um certo desprendimento do desejo de interpretar.

**** *_n_014

Partimos da evidência do discurso contemporâneo do excesso do diagnóstico de hiperatividade. Nossa pesquisa realizada em CAPSi constatou a utilização do termo hiperatividade ou criança hiperativa para nomear essas crianças. O funcionamento hiperativo pode se beneficiar da leitura da psicanálise, que destaca os diversos níveis em que o imperativo atinge o sujeito. Isso foi possível a partir de nossa adesão a sublinha de pesquisa limites, fronteiras e endereçamentos entre mãe e criança de Nnette Zmeri Frej. Conforme o movimento da *Alfihebung* freudiana apresentada por Frej 2003, as primeiras fronteiras vão estruturar o eu como algo distinto do objeto e as funções da atenção e da motricidade, eixos no diagnóstico do transtorno da hiperatividade. Outro limite ao movimento pode ser situado no Complexo de Édipo que interdita o incesto e regula as relações humanas. Este limite também terá influência na atenção, na motricidade e, sobretudo na conduta, que pode ser transgressiva, forma outro eixo diagnóstico. Essas considerações contribuíram para nos aproximar do modo como os profissionais do CAPSi entendem uma criança hiperativa e seu tratamento. A aproximação se deu através de entrevistas semiestruturadas às profissionais que trabalham com as crianças que têm o diagnóstico pesquisado sobre a concepção que têm dessas crianças e os tratamentos realizados com elas. Constatamos que a hiperatividade das crianças está relacionada aos problemas das primeiras fronteiras que distinguem o eu do mundo externo. Eu outro como se vê em sua ausência de endereçamento, já que não param e que muito da hiperatividade e dos transtornos de conduta representam conflitos da criança e do adolescente com a lei edípica, exemplificado nas falas reportadas pelos profissionais me ensina a ficar quieto, a obedecer. Isso nos permite a identificar que, ao lado das intervenções disciplinares, expressa no dar limites às crianças, as profissionais tentam dar conta dos limites constitutivos em suas intervenções, fazem hipóteses nas crianças de sujeito e consideram também os endereçamentos nas relações delas a seus Outros. Ao final,

constatamos a importância do próprio CAPSi não ceder aos imperativos de produtividade e de esquecer dos limites de suas intervenções que precisa considerar a interdisciplinaridade e a atuação em rede a fim de que ele próprio não fique hiperativo.

**** *n_015

A proposta da Reforma_Psiquiátrica é introduzir uma modificação radical nas práticas asilares. Isso significa que a Reforma_Psiquiátrica adotou outra forma de pensar a loucura, o sofrimento psíquico e a assistência, cuidado, em outras palavras, isso significa construir novos paradigmas e novas referências para nortear as intervenções em Saúde_Mental. O compromisso com a lógica da Reforma_Psiquiátrica implica em um exercício constante de revisão sistemática das práticas de cuidado, para que não se corra o risco de repetir os velhos hábitos mais do que destruir. A principal intenção dessa pesquisa foi observar se as práticas de cuidado em Saúde_Mental estão sintonizadas com a lógica e os paradigmas propostos pela Reforma_Psiquiátrica. Essa observação foi desenvolvida de acordo com uma metodologia clínico fenomenológico e implementado através do recurso da observação participante, tendo sido o dado construído a partir na nossa experiência dentro de um serviço de Saúde_Mental do município, especificamente o CAPS espaço azul, que tem a concepção da Reforma_Psiquiátrica como pano de fundo. O embasamento fenomenológico fez emergir dos dados, consubstanciados em um diário de observação, 4 categorias que desvelaram em que medida as ações de cuidado empreendidas no serviço se aproximavam da ética da Reforma_Psiquiátrica, em que medida se distanciavam dela, o modo de funcionamento do serviço equipe com relação ao exercício do cuidado e o modo de relação da pesquisadora com o serviço. Chegou a conclusão que as práticas de cuidado desenvolvidas no serviço tanto sinalizavam para aproximações com a ética da Reforma_Psiquiátrica, quanto para afastamentos, refletindo uma prática oscilante. Constatou que entre o desejo de cuidar da equipe e as ações indicativas de afastamento da ética da Reforma_Psiquiátrica havia um espaço preenchido por estados afetivos de desânimo e cansaço que diziam da experiência de sofrimento psíquico da equipe. Uma observação mais cuidadosa observou recente municipalização do serviço como fator de mudança sentido como uma marca traumática. Desse modo, aquele afastamento foi compreendido tanto como uma forma da equipe se proteger para preencher o vazio sentido enquanto descuido, quanto de a equipe sinalizar sua dor e solicitar intervenções e cuidado para consigo própria, para que possam bem realizar o seu ofício de equipe cuidadora.

**** *n_016

Em pesquisa multicêntrica e interdisciplinar sobre dispositivos de habitação para portadores de transtornos mentais no Brasil, a psicanálise hipotetiza que o modo de apropriação da moradia é decorrência do estilo da desinserção do sujeito. Diferente da desadaptação ou da exclusão, a desinserção é o ponto a partir do qual o sujeito, habitando o desencontro entre linguagem e corpo, se articula no mundo. Conclui, com o caso clínico, que a desinserção reflete a exceção constitutiva do sujeito como falta no Outro, a partir do que ele se nomeia e se localiza aspecto chave para a clínica psicossocial.

**** *n_017

No que concerne às suas necessidades de moradias, os portadores de transtorno mental grave no Brasil possuem 2 perspectivas os Serviços Residenciais Terapêuticos ou formas alternativas, como o apoio de familiares e ou da rede de Saúde_Mental do SUS, sobretudo os CAPS. Parece fundamental avaliar como os portadores de sofrimento mental grave constituem suas habitações habitus e inserção social nessas experiências, a partir dos elementos estruturais da moradia abrigo, privacidade, segurança e conforto e de suportes social e de serviços, bem como o acompanhamento ofertado pelos serviços, em um contexto de desinstitucionalização. Para isso, são discutidos pressupostos, categorias de análise

e possíveis contribuições de um método de investigação avaliativa qualitativa e interdisciplinar, elaborado por pesquisadores de distintas áreas do saber antropologia, arquitetura, psicanálise e saúde coletiva, de modo a propiciar uma aproximação mais sistemática acerca dessa importante temática.

**** *n_018

Este estudo partiu de um fragmento clínico de caso de psicose, atendido no setor público de cuidados, no qual a escrita se destaca dentre as estratégias desenvolvidas pelo sujeito em sua tentativa de estabilização. Após circunscrever a relação que entendemos possível entre a Psicanálise e a Saúde_Mental, utilizamos aquela como ferramenta teórico-clínica para analisarmos as articulações possíveis da escrita na psicose a partir do ensino lacaniano, com o intuito de pensar seus efeitos na clínica da atenção psicossocial. Percorremos os textos de Lacan, notadamente nas décadas de 1930, 1960 e 1970. Neles, respectivamente, a escrita é tomada como estereotípia ou expressão criativa, em seguida como escrita do nome e enquanto o impossível de se escrever, que aparece no nó borromeano, e, finalmente, a escrita possível da letra, entre Real e Simbólico. Retornando ao caso, extraímos as consequências clínicas de sua escrita, acenando para a direção do tratamento possível das psicoses no campo da atenção psicossocial.

**** *n_019

Discutimos, pela psicanálise, a inserção do psicótico no campo do Outro, como hipótese para pensar suas soluções singulares de habitação. Essa análise integra pesquisa multicêntrica e multidisciplinar, cujo propósito é avaliar como os portadores de sofrimento mental grave constituem sua habitação habitus e inserção social a partir de elementos estruturais da moradia abrigo, privacidade, segurança e conforto e de suporte social rede social e de serviços, estando ou não inseridos em Serviços Residenciais Terapêuticos.

**** *n_020

Partindo da Reforma_Psiquiátrica, investigamos a possibilidade de construção de enlaçamento social e simbólico por psicóticos, via criação artística, a fim de contribuir na elaboração de estratégias clínicas inclusivas e de reinserção social. Estudamos o caso do Profeta Gentileza, que pintou as pilastras do Viaduto do Caju no Rio_de_Janeiro com símbolos e grafias inéditas. Concluímos que a construção de seu processo de estabilização se deu via metáfora delirante, tendo sua obra funcionado enquanto contorno estético ao excesso de gozo que restou insignificanzável do trabalho com o delírio, permitindo uma saída que prescindiu do ato. Esse trabalho sustentou sua inserção social, tendo sua obra se tornado patrimônio cultural do Rio_de_Janeiro. Como efeito de aprendizado para os trabalhadores da Saúde_Mental, se destacou a importância de acompanhar o estilo do sujeito na sua tentativa de cura, sustentando os movimentos deste diante do campo do Outro junto ao trabalho de reinserção social.

**** *n_021

No trabalho de inserção social com usuários dos serviços abertos da rede de Saúde_Mental, a estabilização psicótica favorece o aumento da contratualidade social. Assim, partindo de uma discussão em torno da aplicação da psicanálise ao campo da Saúde_Mental, iremos discutir a ideia de soluções na psicose a fim de articular à prática nos Centros de Convivência. Aprendendo com o auto_tratamento do psicótico, extrairemos daí preceitos que podem nos orientar no trabalho da Reforma_Psiquiátrica. Ao final, articularemos os dois campos psicanálise e Saúde_Mental a partir de um caso no qual aprendemos a operar com o limite do saber diante da invenção do sujeito.

**** *n_022

O texto discute a contribuição da psicanálise no campo da assistência em Saúde_Mental infanto juvenil. Território sabidamente relegado a segundo plano no contexto da Reforma_Psiquiátrica brasileira, o setor público da Saúde_Mental infanto juvenil vem se organizando e se tornando complexo a partir da Portaria MS 336_2002. O texto parte de uma contextualização desse campo, e em seguida

discute os fundamentos norteadores das políticas públicas de assistência, bem como a prática da clínica ampliada no setor público com crianças e adolescentes. Busca traçar na interface entre psicanálise, políticas públicas da saúde e pedagogia princípios para a prática da clínica em extensão com crianças e adolescentes nos serviços abertos e substitutivos ao manicômio.

**** *_n_023

O texto pretende formalizar, a partir da psicanálise, a prática do acompanhamento terapêutico. Entendemos que, apesar de não haver uma teoria do Acompanhamento Terapêutico, podemos sistematizar essa prática a partir da clínica psicanalítica com as psicoses. Assim, partimos de uma discussão historicizada sobre o Acompanhamento Terapêutico para, em seguida, apresentar a forma pela qual a psicanálise pode ser útil nesse contexto como ferramenta teórica. Problematicamos também a relação entre clínica e reabilitação no contexto da Reforma_Psiquiátrica, desfazendo essa dicotomia entre os dois campos, característica de uma posição positivista. Ao final, utilizamos um caso de intervenção para evidenciar princípios de orientação na clínica do Acompanhamento Terapêutico, buscando estabelecer indicadores para sustentação de seu manejo.

**** *_n_024

O texto parte de uma contextualização crítica da reabilitação psicossocial no Brasil, discutindo sua controversa concepção no processo de reforma no setor público da Saúde_Mental. Em seguida, apresenta uma proposta que reúne 3 possíveis paradigmas na orientação do trabalho de inserção social com psicóticos, para, enfim, apresentar 2 casos que retratam a inventividade nesse campo ainda em construção.

**** *_n_025

O presente artigo tem como finalidade apresentar um relato de experiência a partir da prática desenvolvida pelo projeto de extensão Tecendo a Rede uma proposta de formação no campo da Saúde_Mental a partir da articulação entre universidade, serviço e comunidade em um CAPSi. Por meio deste relato, discutiremos acerca do papel e das consequências do discurso psiquiátrico contemporâneo no tratamento de crianças na rede de serviços de Saúde_Mental, ademais, apresentaremos a metodologia de construção do caso clínico, realçando as possibilidades que essa abre para que surja o singular do sujeito, que em sua maioria, é encoberto pelo enquadre nosológico. Nos encontros para construção do caso clínico de Davi, foi possível verificar uma mudança em alguns profissionais da equipe do serviço, na medida em que passaram a tratar os sintomas da criança de forma distinta da preconizada pelo DSM_IV. Desse modo, os sintomas deixam de ser entendidos apenas como signo de disfuncionalidade, abrindo espaço para reflexão sobre a construção subjetiva de Davi para se sustentar numa rede simbólica.

**** *_n_026

O trabalho aborda criticamente os mecanismos de inclusão propostos pelos dispositivos de Saúde_Mental, que trazem soluções previamente definidas ao paciente. Visa estabelecer, com o termo inserção, uma relação orientada pelos meios possíveis de negociação do sujeito com Outro social, em cujo saldo se manifesta não apenas uma transformação do modo anterior de vínculo do paciente, como também uma modificação essencial da parte do Outro com o qual o sujeito vem compor, ilustrada na discussão de dois casos clínicos.

**** *_n_027

O autor se propõe a uma descrição crítica do meio sócio técnico no qual se constitui o mercado da Saúde_Mental, dando ênfase à passagem da definição instrumental do sujeito para a constituição contemporânea do sujeito do consumo. Ao criticar a reificação instrumental do sujeito, assim como o processo de homogeneização coletiva do qual as práticas de avaliação dependem para fixar o seu objetivo, o artigo expõe o modo pelo qual a experiência psicanalítica revela um objeto inavaliável na

relação do sujeito com o gozo, no sentido de algo que não se presta ao uso instrumental nem tampouco comporta medidas de comparação ou critérios de equivalência.

**** *n_028

O artigo aborda criticamente os mecanismos de inclusão propostos pelos dispositivos de Saúde_Mental, que buscam oferecer ao paciente as condições de cidadão, em conformidade com a expectativa igualitária da oferta de bens relativos ao que se habitualmente se entende por cidadania, afim de estabelecer, a partir do termo de inserção, um processo que vai além dessa expectativa. A inserção implicaria uma relação definida pelos meios possíveis de negociação do sujeito com Outro, em cujo saldo se manifesta não apenas uma transformação do modo anterior de vínculo do paciente, como também uma modificação essencial da parte do Outro com o qual o sujeito vem compor, ilustrada na discussão de dois casos clínicos.

**** *n_029

Trata da transcrição de uma conferência em que o autor expõe as diretrizes metodológicas e epistemológicas do projeto avaliação dos efeitos da capscização do modelo de atenção à Saúde_Mental, em atenção ao convite da comissão de organização de Encontro de Saúde_Mental Tecendo a rede, realizado pelo Hospital Juliano Moreira em Salvador. O autor demonstra em que sentido a noção de rede pode ser pensada conforme os paradigmas de construção do caso clínico e da clínica feita por muitos, dando ênfase à importância de se considerar o saber que o próprio paciente elabora, a partir de seu sofrimento psíquico, como eixo de orientação na condução clínica do atendimento.

**** *n_030

Ao contrário de outras práticas, o objeto que a técnica analítica promete atingir para os seus pacientes no início do tratamento é o que de menos importância tem. A psicanálise propõe o tratamento de um mal_estar, mas o que ela provoca é a subversão da tranquila paz que ilusoriamente se almejava restituir. Longe de serem indesejáveis para um psicanalista, são esses efeitos outros, erroneamente considerados como secundários ou colaterais, que realmente importam, pois carregam a reinscrição do sujeito, relançando na vida. Isso se torna evidente na Reforma_Psiquiátrica, onde, ao conceder cidadania aos considerados como acometidos pela desrazão, a psicanálise acaba por provocar, como efeito colateral, a vacilação do saber racional que sustenta a civilização. Esses efeitos colaterais de desestabilização do instituído são os principais motivos da resistência da sociedade frente a essa técnica. Ela rapidamente reconhece o risco que a psicanálise oferece, ao propiciar, com a desorganização dos laços pré_estabelecidos, a presentificação de um excesso que tanto se almejava manter no esquecimento.

**** *n_031

Este texto propõe a discutir as razões e as consequências do que aprendemos a nomear por Reforma_Psiquiátrica. Ele se questiona sobre os motivos que levaram a sociedade a repensar seu modelo manicomial, a tentar alterar, e as consequências que tais alterações podem desencadear na teia social. A partir de uma referência básica é necessário incluir a exclusão ele propõe que este movimento de desinstitucionalização da loucura, longe de ter razões humanitárias, é uma demanda da própria sociedade, que se viu impelida a se defrontar com um de seus grandes sintomas, os manicômios, e a repensar o lugar e a importância da loucura na civilização. Como referência teórica básica, os dois autores utilizados são Freud e Alain Badiou.

**** *n_032

Para a psicanálise o resto objeto a é aquilo que causa, que coloca em movimento. E ele faz isso por forçar a apresentação, no universal aceito, de uma hiância fundamental, algo que coloca em xeque as referências básicas deste universal, exigindo assim sua reconstrução. Na civilização capitalista democrática ocidental nós também encontramos nossos restos. Seriam os excluídos, significante que se tornou elemento importante em qualquer discussão que tenha conotações humanitárias. Busca sempre,

nessas discussões, reincluir este resto, absorvendo na rede do sistema. Essa forma de lidar com o resto retira toda sua força. Ao tratar como impotência e não como impossibilidade, o resto é esvaziado de seu valor de verdade. Entendendo os doentes mentais como um dos restos de nossa civilização, este texto visa problematizar os termos inclusão e exclusão, e algumas consequências de seus usos.

**** *n_033

As equipes interdisciplinares têm, comprovadamente, se reafirmado como a melhor opção para o atendimento aos usuários nas instituições públicas de Saúde_Mental. Partindo do pressuposto freudiano de que a comunicação não se dá como um dado inequívoco da experiência, como explicar a eficácia dos atendimentos em equipe. Em que se baseia sua dinâmica.

**** *n_034

Fazendo uso de elaborações de Giorgio Agamben e Alain Badiou, e tendo como pano de fundo a teoria lacaniana, este texto propõe que a Reforma_Psiquiátrica teria entrado em uma segunda etapa, sendo necessário ressituar o que seria uma ética que contemplasse seus novos desdobramentos.

**** *n_035

O tema da presente dissertação é investigar a clínica e a teoria do Acompanhamento Terapêutico através da orientação psicanalítica, principalmente por meio das ferramentas conceituais da transferência e do imaginário. A partir de então, se propõe como objetivo geral evidenciar em que a psicanálise poderá contribuir para a formalização e a orientação desse dispositivo clínico. Trata, portanto, de um acompanhante terapêutico orientado pela psicanálise. Após uma revisão bibliográfica sobre a história do Acompanhamento Terapêutico, juntamente a uma pesquisa feita entre trabalhadores da Saúde_Mental em Belo_Horizonte e a UFMG, se propõe uma caracterização do Acompanhamento Terapêutico, desde sua origem até as perspectivas atuais, salientando seus avanços e seus impasses no âmbito da Saúde_Mental. No que concerne à psicanálise, se por um lado Freud inviabiliza um tratamento da psicose, por outro trabalharemos, através da clínica do Acompanhamento Terapêutico, a saída proposta por Lacan que visa à possibilidade de tratamento da psicose. Para tanto foram levantados casos clínicos de acompanhantes terapêuticos que trabalham ou já trabalharam em alguns programas e instituições de grande importância para história do Acompanhamento Terapêutico em Belo_Horizonte como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, Programa de Desospitalização Psiquiátrica, Centro de Referência em Saúde_Mental e a clínica Urgentemente.

**** *n_036

Este trabalho versa sobre o reduto das experiências da pesquisadora na condição deicineira de Capoeira Angola em uma unidade CAPS_ad. Transitando entre a posição deicineira e psicóloga, buscou compreender a dinâmica dos sujeitos usuários do serviço, além de nomear os sentidos proporcionados pelo encontro entre a Psicanálise e a Capoeira Angola nos grupos operativos do CAPS_ad, sendo este o objetivo geral delineado no trabalho. Em um cenário no qual muitos sujeitos usuários do serviço estavam absortos à droga, havia aqueles que se interessavam pelas oficinas e demonstravam atenção aos próprios tratamentos. A proposta era compreender a dinâmica observada no grupo de sujeitos drogadictos e provocar inquietações possíveis. Para isso, se intensificava o entrelaçamento entre a psicanálise, a Capoeira Angola e os grupos operativos, recursos que proporcionavam uma maior aproximação à psique humana, o reconhecimento da potencialidade humana de criação e de transformação da realidade, e a compreensão de que nos grupos poderia haver uma ressignificação das vivências pessoais e grupais. Foram desenvolvidos 11 encontros, cuja proposta era a articulação dos grupos com os recursos da Capoeira Angola música, narrativa e movimentação. A conclusão apresenta a

complexidade da problemática droga e a possível movimentação provocada no grupo por meio da Capoeira Angola, arte ancestral marcada pela resistência na sociedade contemporânea.

**** *n_037

O presente trabalho se configura como um reduto de vivências e movimentos, fruto das oficinas de Capoeira Angola desenvolvidas em uma unidade do CAPS_ad, instituição responsável por atender e acompanhar terapêuticamente sujeitos usuários de álcool e ou outras drogas. O objetivo geral desta proposta foi apreender e nomear os sentidos do encontro entre a psicanálise e a Capoeira Angola nos grupos operativos dos usuários do CAPS_ad, tendo como objetivos específicos a tentativa de ressignificar as versões da toxicomania empreendidas na literatura corrente e incitar a visibilidade da condição de marginalização e assujeitamento dos sujeitos drogadictos. Como pesquisadora na condição de psicóloga e praticante da Capoeira Angola coordenei o projeto que envolveu 11 encontros realizados semanalmente na unidade, com atividades que se alternavam em rodas de conversa, musicalização e movimentação, além de entrevistas junto aos diferentes personagens usuários da instituição. Os grupos contaram com a participação dos usuários do CAPS_ad e constituíram a modalidade de grupos operativos. Em cada encontro os recursos presentes na Capoeira Angola narrativa, música e movimentação foram utilizados a fim de proporcionar reflexão e inquietação grupais sobre os papéis sociais assumidos, o vínculo familiar e a relação com a droga. O método interpretativo, ancorado nos preceitos psicanalíticos, compôs as versões analíticas de cada etapa do processo de pesquisa, fazendo emergir o silenciamento e o assujeitamento dos drogadictos enquanto fenômeno que escamoteia a identidade eu sou adicto. Levando em consideração a complexidade do fenômeno da drogadicção, os aspectos psíquicos, sociais, familiares e econômicos, este trabalho produziu um questionamento sobre o paradoxo social acerca dos drogadictos, as falhas institucionais e o silêncio que circunda e marginaliza os sujeitos pela não representabilidade do objeto droga. Ao longo do processo foram observadas e descritas as movimentações corpóreas, psíquicas e sociais, apresentadas em falas, gestos, nos encontros e entrevistas e assim, no contexto em que a droga parecia ser uma saída precária diante da vida em cenas de violência, suicídio e auto_mutilação a Capoeira Angola surgia como uma possibilidade simbólica de expansão psíquica e de ressignificação da própria vida.

**** *n_038

Objetivamos nesse trabalho refletir, apoiados na teoria psicanalítica, sobre a impossibilidade da transmissão da ética da psicanálise a práticas que se situam fora dos moldes da clínica tradicional. Vimos que isso é possível, desde que sustentemos a ideia de que essa transmissão se dá quando o agente de cuidado atua a partir da condição de sujeito castrado. A teoria lacaniana sobre a função do mais um foi importante para pensarmos na montagem de dispositivos que regulem as intervenções clínicas, na medida em que pode operar como função que atualiza a castração do Outro interventor, descompletando o saber médico psicológico universitário.

**** *n_039

Os cuidados dispensados a pacientes esquizofrênicos, considerando a peculiaridade de sua linguagem, buscam, nesta pesquisa, responder a uma demanda institucional de resgate da cidadania e promover a clínica como possibilidade de tratamento a esses pacientes. A articulação entre teoria e clínica psicanalítica por meio da estratégia metodológica da construção de casos clínicos é pensada, neste trabalho, como modo de cuidado oferecido a esses pacientes esquizofrênicos, em um serviço público de Saúde_Mental.

**** *n_040

Este trabalho tem como objetivo expor, por meio da narrativa de 3 casos clínicos, a construção dessa prática clínica viabilizando os cuidados dispensados a esses pacientes. De modo específico, o material de linguagem abordado são produções do grupo Solta a Língua, formado por pacientes esquizofrênicos, acompanhados em uma instituição pública de saúde da cidade de Uberlândia . Com base na escuta psicanalítica, pode sustentar o lugar na transferência enquanto parceria com o paciente na construção de um saber. Para isso, o trabalho está fundamentado na teoria da representação em Freud articulada às contribuições da clínica psicanalítica contemporânea. Ainda, dentro da discussão de casos, se fez um entrelaçamento com a política de Saúde_Mental da cidade de Uberlândia. Nessa lógica, se buscou pontos que precisam ser revistos dentro dessa política e também aqueles pontos que se aproximam da clínica psicanalítica, deixando entrever os alcances e limites deste estudo. Nesse contexto de trabalho, foi possível reconhecer a importância da escuta cuidadosa na clínica das esquizofrenias em relação ao processo de transferência, sabendo da torção que esses pacientes sofrem no que concernem à sua linguagem por parte daqueles que estão na posição de escutar.

**** *_n_041

Da prática realizada com crianças e adolescentes, numa instituição de Saúde_Mental CAPSi algumas questões foram se definindo e insistindo no contexto dos atendimentos clínicos realizados. Observando sintomatologias marcadas pelo ato puro e discursos tão marcados por traços perversos, se fez premente a seguinte indagação é possível isolar, de fato, a perversão enquanto estrutura clínica, posto que fenomenologicamente pareça complexo diferenciar de outras estruturas. E mais, qual a clínica possível diante desta profusa produção de sintomas atuais, no que concerne às manifestações perversas. Passando pela teorização freudiana sobre as perversões, procurou discutir a disposição quase que geral à perversão que compõe a coisa humana. Daí para a teorização lacaniana, na leitura deste autor, que ultrapassa o campo mítico freudiano e propõe o campo estrutural, a tentativa foi a de mapear as possíveis diferenças entre o que se denominam montagens perversas e aquilo que ficaria no bojo do perverso estrutural. Se fez então necessária a discussão sobre desdobramento intelectual lacaniano no que se concerne às construções sobre a segunda clínica, para que através da análise de 3 casos, a clínica possível da perversão pudesse ser ampliada para a clínica dos possíveis no campo da Saúde_Mental. Tal processo de ampliação se deu considerando as noções de fraternalidade e enredamento como elementos centrais da clínica do Sócius, ou seja, da clínica que propõe confecção de parcerias, amarrações de relações horizontais que podem num certo sentido, emprestar responsabilização às palavras dos sujeitos. Uma clínica que considera, para além do diagnóstico estrutural, a trama particular que cada um pode tecer na vida.

**** *_n_042

Este estudo procurou analisar os discursos dos profissionais e dos usuários sobre o fazer artístico tomando em consideração a realidade atual do trabalho de Oficinas Terapêuticas em CAPS nos Serviços de Saúde_Mental no Estado de Minas_Gerais, estratégias oriundas da Reforma_Psiquiátrica no Brasil. Para tanto, utilizou do conceito de repetição conforme as proposições de Freud, Lacan, Kierkegaard e Deleuze, enfatizando 2 diferentes níveis, espacial e temporal, uma vez que a repetição traz a marca da diferença e do tempo. Buscou neste estudo analisar o fenômeno descrito em psicanálise por automatismo de repetição a partir da fala dos atores envolvidos nas oficinas, investigar como os profissionais entendem a função da arte na terapêutica com os pacientes psicóticos, produzir uma articulação entre a clínica do sujeito advinda da prática psicanalítica e a clínica psicossocial, e os possíveis reflexos disso na produção da subjetividade e na criação de laços sociais dos sujeitos. Para a realização das entrevistas e a

análise dos resultados encontrados empregou o método psicanalítico. Foram empreendidas entrevistas semiestruturadas com 11 profissionais e 19 usuários em 4 municípios do Estado, com duração média de 40 minutos. Na análise das entrevistas decantaram os analisadores que mais se repetiram para articular com o fenômeno da repetição e com as sínteses do tempo preconizadas por Deleuze. Concluiu que o trabalho de oficinas terapêuticas, em sua dimensão de um fazer repetitivo, pode contribuir com o resgate do lugar de sujeito no qual ele, usuário ou profissional, pode se tornar um artista construtor de sua própria vida, visto que a repetição traz a dimensão da diferença, da criação, da possibilidade do novo e da transgressão. As oficinas terapêuticas que desenvolvem a atividade artística na perspectiva da criação, do novo, do devir, através da produção de acontecimentos, experiências, ações e objetos, possibilitam ao homem de se reinventar e ao mundo em que vive. Deste modo, tomar a oficina no lugar de potência permite que os protagonistas dessa cena se tornem inventivos e criativos. Para tanto é fundamental que o condutor de uma oficina esteja ciente do seu papel e do nível de implicação necessária para interrogar o sujeito e imbricar esse em sua condição de responsabilizar por seus atos e construir novos laços sociais. Nesse sentido é preciso que o profissional aposte no louco como um sujeito que por anos não teve reconhecimento. Ao ser reconhecido, ele pode integrar a rede da cultura e buscar vitalidade para continuar sua vida sempre marcada por um triz.

**** *n_043

Esta pesquisa é uma cartografia motivada por uma questão que surgiu em meio aos encontros inusitados num Acompanhamento Terapêutico, qual seja o que se passa entre acompanhado e acompanhante. O Acompanhamento Terapêutico pode ser considerado como uma clínica das ruas, com saídas ou passeios que se constituem em um processo de produção de novos modos de existência para o acompanhado. Este, por sua vez, em algum momento se retirou ou foi retirado dos espaços de circulação, tanto físicos como afetivos. Tendo como referências o pensamento de Deleuze e Guattari, cartografamos os encontros com Pedro, a partir do Acompanhamento Terapêutico indicado pelo CAPS_ad ao qual ele estava vinculado, mas não queria mais comparecer, além de estar recluso em seu quarto, conforme relato da família. Nesses encontros, acompanhado e acompanhante tecem juntos uma rede de relações com vizinhos, lojas, comércio, família, entre outros, e articulações inusitadas com um computador, em que são produzidos novos modos de vida e subjetividade. Esses acontecimentos e as produções nos surpreenderam e nos levaram a questões, dúvidas e hesitações que deslocaram nosso modo de entender a clínica do Acompanhamento Terapêutico, seus lugares e tempos. São experimentações, agenciamentos, acontecimentos e devires que se passam entre acompanhado e acompanhante que os arrastam, produzindo novos modos de ver, pensar, sentir e estar no mundo.

**** *n_044

O objetivo desse artigo é oferecer uma contribuição ao debate acerca da questão das lógicas diagnósticas no campo da Saúde_Mental no Brasil. Para isso, contextualiza brevemente o movimento da Reforma_Psiquiátrica. Posteriormente, apresentam fragmentos de um caso clínico atendido em um CAPS. A partir desse caso, o texto se desenvolve no sentido de discutir as tensões e consequências para a condução do tratamento em referenciais diagnósticos distintos DSM_IV e a psicopatologia psicanalítica. Um deles se refere aos manuais estatísticos utilizados pela psiquiatria contemporânea, fundado no conceito de transtorno mental, enquanto o outro se refere ao campo da psicanálise e o diagnóstico estrutural. Dessa forma, o argumento se aproxima da discussão sobre a utilização de uma razão diagnóstica profícua para a proposta da Reforma_Psiquiátrica Brasileira. Conclui que a psiquiatria contemporânea se organiza em torno de uma lógica diagnóstica que leva à alienação dos sujeitos em um discurso pretensamente

universal que os impossibilita de reconhecer sua singularidade no campo social. Por outro lado, se observa a possibilidade da clínica psicanalítica se manter em consonância com os objetivos da Reforma_Psiquiátrica. O diagnóstico em psicanálise serve para orientar o tratamento a fim de que o sujeito possa se posicionar de modo menos dependente no laço social, a partir de uma aposta na singularidade do sujeito e sua desalienação.

**** *_n_045

Se faz uma análise crítica da utilização do DSM_IV na clínica psiquiátrica a partir da psicanálise. Discutem as bases e o estado atual de relações entre a psiquiatria dita biológica e a psicanálise na pesquisa em psicopatologia. O objetivo é mostrar os profundos compromissos e as zonas de resistência entre a psicopatologia psicanalítica e a psiquiatria biológica. Demonstra que o DSM_IV é o sintoma maior da supressão individual dos múltiplos discursos sobre o mal_estar.

**** *_n_046

Apresenta uma reconstrução histórica das relações entre DSM_IV e psicanálise. Objetiva estudar em quais dimensões as mutações no regime de correspondências psiquiátrico psicanalítica constituem o sistema DSM_IV como expressão de uma psicopatologia. Conclui que nos anos que separam o DSM_III do DSM_IV, a associação entre a crítica epistemológica de extração filosófica foi neutralizada por meio de um sistema que reúne oposições sem reconhecer e simultaneamente agrupa fatores heterogêneos.

**** *_n_047

Este artigo visa discutir 2 vertentes diagnósticas a partir da discussão de um caso clínico atendido em um CAPS municipal. O caso foi analisado em concordância com os pressupostos do DSM_IV e posteriormente sob uma perspectiva psicanalítica. Foi realizada uma discussão sobre a atual lógica diagnóstica adotada pela psiquiatria que apresenta a tendência de substituir as grandes categorias diagnósticas por descrições especificadas operacionalizadas de fenômenos objetivos. Por outro lado, foi apresentada a lógica psicanalítica que pretende ir além dos fenômenos objetivos cujo cerne é fazer emergir o sujeito a partir de sua fala. Esse artigo, pretende evidenciar as consequências trazidas na condução do tratamento pelas diferentes lógicas diagnósticas.

**** *_n_048

A partir de referências a duas abordagens divergentes acerca do sofrimento psíquico, o artigo propõe a refletir sobre a possibilidade de acolhimento da psicose nos serviços substitutivos de Saúde_Mental que leve em conta o contexto histórico e social sem cercear a palavra do psicótico. Admite que existem contribuições positivas trazidas pelo modelo basagliano para o campo da Saúde_Mental, já que aponta a relevância da inserção social dos pacientes psiquiátricos. Porém, formulam críticas à concepção de sujeito utilizada na implementação do modelo basagliano e também ao tipo de laço social por ele implicado. Isso é feito a partir de considerações teóricas fundamentadas na noção lacaniana de sujeito, na concepção psicanalítica das psicoses e na teoria lacaniana dos quatro discursos. Conclui demonstrando que o efeito de circulação de discursos pode abrir campos de significação onde certos modos de compreensão e socialização são estimulados em detrimento de outros. Argumentamos que o discurso ideológico da inclusão do portador de sofrimento mental pode ser pensado em sua dupla incidência, clínica e ideológica.

**** *_n_049

Se apresenta, de forma sintética, o pensamento de Basaglia e sua influência na conceituação da Reforma_Psiquiátrica Brasileira, com o objetivo de adentrar o campo das políticas públicas de Saúde_Mental. Com base na Teoria dos Quatro Discursos de Lacan, apontam as limitações da Reforma_Psiquiátrica Brasileira e diferenciam clínica e Saúde_Mental ressaltando a

indissociação entre ambas. Relaciona a essas limitações a ausência, no interior dos serviços orientados pela Reforma Psiquiátrica, da forma de discurso que considera o sujeito e a construção do laço social do psicótico. Aborda a questão classificatória na Psiquiatria e retoma a proposta freudiana de considerar a interconexão Psiquiatria psicanálise. Dessa forma, pleiteia a inclusão de uma psicopatologia que permita a significação psicanalítica dos quadros psiquiátricos como elemento da atenção psicossocial. Finalmente apontam os requisitos fundamentais para um tratamento consistente e para a inclusão efetiva do psicótico.

**** *n_050

O presente estudo discute a circulação do saber relacionado à noção e inclusão social nos serviços abertos de Saúde_Mental a partir das diretrizes estabelecidas pelo governo federal. Para tanto, apresenta os pressupostos foucaultianos acerca da loucura utilizados pela Psiquiatria Democrática Italiana, bem como os pressupostos teóricos da obra de Franco Basaglia. Admite que existem contribuições positivas trazidas pelo modelo basagliano para o campo da Saúde_Mental, já que apontam a relevância da inserção social dos pacientes psiquiátricos. Porém, formulam críticas à concepção de sujeito utilizada na implementação desse modelo e também ao tipo de laço social por ele implicado. Isso é feito a partir de considerações teóricas fundamentadas na noção lacaniana de sujeito, na concepção psicanalítica das psicoses e na teoria lacaniana dos 4 discursos. Ao ter a psicanálise como eixo condutor, dialogamos com pensadores de outros campos do saber, principalmente aqueles que se interessam pela ideologia e pelo poder simbólico. Partindo de fragmentos do cotidiano de fragmentos do cotidiano nos serviços abertos, bem como de fragmentos de casos clínicos, o estudo procede a crítica do laço social produzido nos serviços substitutos de Saúde_Mental e aponta o fato de que os trabalhadores ocupam o lugar de mestria na relação com os usuários ao ter como significante mestre o imperativo da inclusão social. Finalmente, no estudo, são discutidas proposições fundamentais para um tratamento consistente e para uma inclusão efetiva do psicótico incluir a noção de estrutura na elaboração do diagnóstico, incluir o conceito de foraclusão na semiologia e na própria estrutura da rede de serviços institucionais da Reforma Psiquiátrica, incluir o conceito psicanalítico de sujeito do inconsciente e a premissa de implicação do sujeito no tratamento.

**** *n_051

O artigo aborda as principais vertentes da discussão no campo da Saúde_Mental autores que privilegiam uma abordagem político social do sofrimento psíquico e autores que procuram incorporar outros discursos ao discurso social na tentativa de considerar o sujeito psíquico. Posteriormente, se faz uma contextualização e apresentação dos princípios do Movimento da Luta Antimanicomial. Utilizando várias noções de ideologia nas ciências sociais, o artigo aponta para a especificidade da incidência do discurso ideológico sobre o sujeito psicótico em circulação nos serviços substitutivos de Saúde_Mental.

**** *n_052

O Brasil atravessa um vigoroso processo de Reforma Psiquiátrica. Pressionado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde_Mental, o Ministério da Saúde adotou como uma de suas diretrizes de ação favorecer a inclusão social dos portadores de transtornos mentais no Brasil. Nos moldes propostos pelos partidários da Reforma Psiquiátrica, o tratamento da psicose deve enfatizar a negação da lógica manicomial através de uma política compensatória de benefícios e da participação em movimentos sociais. Neste artigo, examinamos alguns aspectos ideológicos dessa proposta e algumas de suas inflexões clínicas. Procuramos mostrar como o efeito de circulação de discursos pode abrir campos de significação onde certos modos de compreensão e socialização são estimulados em detrimento de outros. Argumentamos que a retórica baseada na

oposição entre inclusão e exclusão pode ser pensada em sua dupla incidência, clínica e ideológica.

**** *n_053

O artigo discorre sobre os modelos prevalentes no entendimento da loucura buscando uma interlocução com o pensamento basagliano. Destaca a envergadura histórica da inserção do pensamento basagliano nas instituições que acolhem portadores de sofrimento mental. Aponta os limites desse modelo, principalmente quanto à definição de um estatuto de subjetividade. Finalmente procura as conexões possíveis entre um modelo que considere a subjetividade e um modelo de orientação exclusivamente socializante.

O artigo aborda brevemente a história da Reforma_Psiquiátrica no Brasil, apontando seu objetivo maior de favorecer a inclusão social dos usuários. Tece uma análise crítica da introdução do pensamento basagliano nos serviços e suas consequências práticas na busca da inclusão. A partir da afirmação de autores do campo da clínica, que apontam as dificuldades encontradas nos serviços abertos de Saúde_Mental, utilizamos o conceito de esclarecimento formulado pela Teoria Crítica como forma de auxiliar nas discussões a respeito do acolhimento e tratamento de psicóticos.

**** *n_054

Na condição de psicóloga em um serviço de Saúde_Mental CAPS, no município de Santos Dumont, Minas_Gerais, me deparei com questões relacionadas à clínica e cultura daquela comunidade. Delimitando nossa questão à clínica da psicose, em suas construções delirantes e sua vinculação à função paterna, ou, melhor dizendo, à falta da inscrição do Nome_do_Pai, questiono acerca desta especificidade da clínica das psicoses que toma da religiosidade alguns temas delirantes. Dentre os vários casos em que a temática de Deus e diabo se evidencia, transcreverei dois fragmentos de casos clínicos que suscitam questões acerca dos conceitos psicanalíticos relacionados ao tema de delírio em suas manifestações e vinculação à função paterna.

**** *n_055

O que ampara este artigo é a necessidade de especificar alguns aspectos clínicos elementares que sustentam a clínica psicanalítica da psicose. Dentro dessa linha de pesquisa, o discurso psicanalítico se apresenta como um lugar possível para questionar o modelo de reabilitação psicossocial, para o tratamento da psicose, adotado pelo movimento de Reforma_Psiquiátrica. Analisaremos os métodos de tratamento utilizados pela psiquiatria clássica e pelo movimento de Reforma_Psiquiátrica para, então, confrontar com a proposta da clínica psicanalítica. Com isso, buscaremos focalizar a especificidade da clínica psicanalítica como uma clínica do sujeito, em contraposição a uma terapêutica no nível da coletividade.

**** *n_056

O artigo visa analisar como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais define e utiliza o termo psicose. Para isso, realizamos uma prospecção do termo psicose no DSM_IV e depois o cotejamos com as definições clássicas da psicopatologia psicanalítica. O modo como o termo psicose é utilizado no manual em questão reflete uma perspectiva descritivista, insuficiente para a clínica, já que o saber ali utilizado não passa da ordem da frequência da ocorrência de fenômenos específicos que induzem o tratamento a procedimentos farmacológicos ou adaptativos. Assim, concluímos que, para se pensar o diagnóstico e a condução de um tratamento do sofrimento psíquico, devemos nos inserir no debate sobre as consequências subjetivas de uma não implicação nas diversas manifestações singulares no campo do sofrimento psíquico na contemporaneidade.

**** *_n_057

Oswaldo França Neto assinala que o movimento de Reforma_Psiquiátrica pode ser dividido em 2 momentos, o da discussão política e luta contra exclusão social, e um segundo momento, mais atual, que seria a pós_inclusão do louco na poli, como sustentar. O que temos visto atualmente na Saúde_Mental é o direcionamento clínico nas instituições ser atravessado pela demanda, sempre urgente, de eficácia. Sabemos que tal demanda pode ter como consequência a anulação do desejo. Entendendo que tais problemas estão ligados à formatação da política contemporânea amparada pela lógica do capital, este trabalho visa investigar tal problemática partindo do desenvolvimento de Alain Badiou e Zizek acerca da Política, para encontrar a ética do desejo formalizada por Jacques Lacan.

**** *_n_058

Trata de um estudo de caso em clínica psicossocial sobre um usuário em tratamento, articulando Saúde_Mental e a estratégia saúde da família. Recorte de uma pesquisa participante realizada em um centro paulista de atenção psicossocial com apoio matricial à estratégia saúde da família. Os resultados evidenciam itinerários fragmentados antes de seu tratamento nesse centro em contraste com os percursos articulados no tratamento interativo. Os sentidos da experiência de sofrimento do usuário passam por sua visão de mundo místico pentecostal repercutindo nesses diferentes itinerários. Nas considerações finais, salienta que não se observaram discursos de poder nas relações de cuidados nesse último tratamento. Entretanto, haveria uma tendência do usuário para a construção de um projeto de vida no qual a aposentadoria parece ser uma meta importante.

**** *_n_059

O objetivo deste artigo é analisar as concepções sobre o inconsciente ligadas ao cotidiano da prática terapêutica de rede, como contribuição à clínica em Saúde_Mental. A pesquisa participante foi realizada em um CAPS na cidade de São_Paulo. Os resultados mostraram as concepções mais frequentes o inconsciente como inconsciência, o inconsciente como desconhecimento e o inconsciente como método de escuta do sujeito e das relações na instituição. Demonstram uma flexibilidade teórica que pode permitir articulações complexas nas diversas intervenções no cotidiano da equipe referentes às subjetividades e saberes sobre o inconsciente, psicanalíticos ou não. Conclui que a elucidação desse saber prático sobre o inconsciente contribui para o aprofundamento dessa temática no campo da Reforma_Psiquiátrica.

**** *_n_060

Esta tese de doutorado problematiza a função clínica do Acompanhamento Terapêutico com pacientes psicóticos a partir do pensamento de Freud e Lacan. Seu ponto de partida é a caracterização do Acompanhamento Terapêutico por meio de alguns recortes das experiências institucionais de substituição dos manicômios comunidades terapêuticas da Inglaterra, psiquiatria democrática italiana e psicoterapia institucional francesa, no intuito de caracterizar a função clínica do Acompanhamento Terapêutico, função cuja contribuição para a Reforma_Psiquiátrica brasileira consiste em promover uma clínica de circulação do psicótico pela cidade. Em seguida, há 2 capítulos teóricos nos quais se revêem o modo como Freud abordou a psicose e a releitura que Lacan faz dessa abordagem de Freud. Esses capítulos circunscrevem uma primeira indicação clínica para o tratamento possível das psicoses, no caso, a escuta do delírio na função de secretário do alienado. Essa indicação clínica será pertinente para que se possam trabalhar questões específicas da função clínica do Acompanhamento Terapêutico, tais como a de esta ser uma estratégia privilegiada para a instalação do dispositivo de tratamento e a do procedimento ético denominado olhar em rede procedimento que acompanha os tempos do sujeito em seu percurso clínico. Quanto à instalação do dispositivo de tratamento, sabe que alguns pacientes, em

crise e com um sofrimento brutal, encaram o outro como alguém aterrorizante, o que impõe desafios na hora de o acompanhante terapêutico manejar a transferência e respeitar os tempos do sujeito na crise quando um outro é o perseguidor até a condição da erotomania para a instalação do dispositivo de tratamento. Quanto à questão do olhar em rede, propõe problematizar desde suas raízes institucionais até seu uso no Acompanhamento Terapêutico, ao analisar a criação do Acompanhamento Terapêutico em uma montagem institucional, além de inúmeras passagens clínicas, nas quais o sujeito é sempre considerado na perspectiva ética da psicanálise. O olhar em rede é de grande valia para a construção de um projeto terapêutico para o Acompanhamento Terapêutico. Em seguida, apresenta outro capítulo teórico no qual será abordada uma segunda indicação clínica oriunda do pensamento de Lacan, a teoria dos nós borromeanos e a construção do sinthoma. O sinthoma, com th, assume uma função de amarração dos três registros o Real, o simbólico e o imaginário e é considerado o quarto elemento da cadeia, o Nome_do_Pai. Na psicose, porém, esse quarto elemento é foracluído, o que convoca o sujeito a construir suplências possíveis ao Nome_do_Pai ou construir o próprio sinthoma. Finalmente, definimos outra função clínica do Acompanhamento Terapêutico, ou seja, sua contribuição para a construção do sinthoma, função que desemboca em uma Articulação dos 3 registros referidos. O Acompanhamento Terapêutico, portanto, assume um estatuto psicanalítico, na medida em que propicia ao sujeito psicótico construir uma suplência favorável a sua aproximação ao laço social, o que permite concluir que o Acompanhamento Terapêutico é uma estratégia importante para o tratamento possível das psicoses.

**** *_n_061

O objetivo desse artigo é examinar criticamente produções da literatura científica sobre a Reforma_Psiquiátrica Brasileira, publicadas entre 2003 e 2011, abordando estudos que focalizaram o trabalhador de Saúde_Mental. A pesquisa se organizou por meio de leitura sistemática e análise dos artigos, em termos de seus objetivos, metodologia, resultados e conclusão. Foram encontrados 14 artigos, que se revelaram convergentes quanto aos resultados obtidos na medida em que concluem que os trabalhadores se manifestam favorável e engajadamente em relação ao processo da Reforma_Psiquiátrica, ao mesmo tempo em que apontam problemas e desafios no cotidiano sem superar, como seria esperado, visões conservadoras e reducionistas da doença mental. Por outro lado, considerada em seu conjunto, esta produção indica que o interesse pelo trabalhador não inclui valorização de sua experiência emocional, dimensão certamente mobilizada pela questão da loucura. Esta lacuna deve ser preenchida por pesquisas que incluam atenção aos aspectos emocionais e se traduzam em intervenções que auxiliem os trabalhadores a lidar bem com suas tarefas do cotidiano.

**** *_n_062

O presente trabalho apresenta uma análise crítica, mas comprometida, da desconstrução manicomial e da Reforma_Psiquiátrica brasileira, à luz das contribuições teóricas de Nise da Silveira e D.W. Winnicott. Constata que neste movimento convivem a busca de transformações radicais, em dimensões sociais, e uma relativa pobreza na criação de novos dispositivos de caráter eminentemente clínico, o que permite apontar uma importante limitação, vale dizer, que o reconhecimento da importância da dimensão social não se faz acompanhar da suficiente consideração da subjetividade em termos sensíveis e emocionais. Configura, assim, situação problemática, que pode ser superada pela via da proposição de enquadres clínicos diferenciados, desde que estes sejam potencialmente capazes de permitir uma articulação produtiva entre dimensões subjetivas sociais e afetivo emocionais.

**** *_n_063

Este trabalho visa apresentar algumas reflexões sobre a criação do dispositivo terapêutico CAPS. Parte da experiência de estágio em projeto de extensão no Hospital Dia da Unidade de Psiquiatria e em sua posterior transição em CAPS, pontuando alguns elementos desta transição. Apresenta o acompanhamento terapêutico de uma frequentadora nesta transição, para ilustrar alguns elementos desta mudança. Indica alguns elementos para refletir sobre a questão da institucionalização e desinstitucionalização nos novos dispositivos de Saúde_Mental no Brasil. Finalmente, se pontua a importância da formação de profissionais para o avanço das políticas de transformação das práticas em Saúde_Mental.

**** *n_064

Se propõe com este estudo analisar elementos da experiência docente assistencial em instituição psiquiátrica. Parte do caso clínico como construção plural, interdisciplinar. A terapêutica se caracteriza como projeto conjunto da equipe que convoca o sujeito a participar e a se comprometer com as possibilidades de novos desdobramentos para o seu destino. Entende a elaboração do projeto terapêutico como elo unificador das diversas ações e dos diferentes saberes clínicos. Através da análise da singularidade do que surge como produção do sujeito, dizeres, ações, atitudes e demandas, visa refletir sobre as funções da internação, da continuidade da assistência psiquiátrica externa e do ensino da clínica, confrontando a ótica do isolamento com a perspectiva da Reforma_Psiquiátrica. Demonstra, finalmente, que a construção do caso clínico enriquece a práxis em Saúde_Mental ao contribuir com a reflexão teórica e com a construção de dispositivos assistenciais da Reforma_Psiquiátrica, beneficiando ainda o ensino e a formação profissional.

**** *n_065

A construção do caso é aqui abordada em sua pluralidade prática na internação psiquiátrica. Se inicia com a revisão sucinta da conceituação e da metodologia do caso clínico, seguindo com a construção e análise do caso, em que se afirma a sua importância na direção e encaminhamento do plano terapêutico. Finalmente, chama atenção para a exigência de elaboração do momento da saída da internação para o sucesso da continuidade do tratamento externo.

**** *n_066

A questão do ensino da psicopatologia é aqui abordada a partir da retomada de elementos da história da constituição da clínica médica e dos clássicos, até a constituição da psiquiatria clínica. Neste percurso, se analisa os instrumentos nascidos da atenção cuidadosa para com o paciente e, posteriormente, com a conquista do domínio sobre a doença por meio da nosografia, onde a marca pessimista do asilo tornou a clínica um exercício escolástico. Propõe, então, um retorno à clínica contra o empiricismo e o essencialismo clinicista.

**** *n_067

O método de construção do caso vem se revelando um importante instrumento de pesquisa clínica em psicanálise para acompanhar e avaliar um processo de tratamento na prática institucional. A discussão diagnóstica, a expressão singular dos sintomas, a relação transferencial, as demandas e os diversos momentos de um tratamento são elementos da construção do caso que orientam o trabalho em equipe. A partir desses elementos é possível extrair uma lógica singular do sintoma em cada caso, sendo este um modo de o psicanalista fazer diferença no trabalho coletivo.

**** *n_068

O objetivo deste estudo é descrever e analisar o processo de trabalho dos supervisores clínicos institucionais dos CAPS no Rio_Grande_do_Sul, Brasil. Trata de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram 10 supervisores, e a técnica de coleta de

dados foi feita a partir de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram submetidos à análise temática. Como resultados identificaram ferramentas utilizadas pelo supervisor como suporte para sua prática no processo de trabalho, destacando o mapeamento do processo de trabalho no CAPS, a experiência profissional na clínica e na saúde pública, com ênfase no SUS, o uso da escuta e da palavra, e a construção coletiva dos casos clínicos.

**** *_n_069

O presente artigo toma a avaliação da qualidade de serviços de Saúde_Mental como um instrumento permanente de reflexão sobre a clínica nesses serviços para além de um projeto de avaliação a priori feito de fora, para qualificar de dentro o trabalho da atenção psicossocial, a partir do que aparece durante ou a posteriori. Apontamos eixos do campo da avaliação que podem ser aplicados tanto na análise quanto na organização do cotidiano da clínica nos CAPS. Propomos os eixos acesso, acolhimento e acompanhamento como elementos fundamentais para a análise da assistência e para a qualificação permanente dos serviços. Apresentamos aqui parte de um estudo de caso de teor avaliativo realizado no CAPS Profeta Gentileza SMS Rio no ano de 2006, para tese de doutoramento de uma das autoras, que obteve material dos casos através de relato gravado em reunião de supervisão de equipe no serviço. A supervisão foi escolhida como locus privilegiado da pesquisa por ser considerada um dispositivo fundamental para o funcionamento do serviço, a organização e a dinâmica do trabalho em equipe, e funcionar como um avaliador permanente do cotidiano do CAPS.

**** *_n_070

Este artigo apresenta os Serviços Residenciais Terapêuticos como dispositivos essenciais à consolidação da Reforma_Psiquiátrica no Brasil, e propõe uma abordagem clínica a partir da psicanálise. A função principal do psicanalista seria transmitir aos cuidadores um modo de lidar com os moradores nas situações cotidianas na casa e na rua não reproduzindo a postura tutelar característica da lógica manicomial. As principais indicações são sustentar um saber não saber como estratégia clínica e fazer valer os recursos subjetivos dos moradores como meios de manejar a convivência.

**** *_n_071

No texto são enfocadas algumas indicações da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial centrada nos CAPS, destacando a concepção psicanalítica do coletivo não todo e da transferência de trabalho. Propõe uma concepção de sujeito que inclua as dimensões de gozo, ato e palavra como modos de localizar o sujeito e possibilitar a intervenção. No artigo, discute brevemente os diferentes dispositivos coletivos da atenção psicossocial a partir do referencial da psicanálise. Destaca, ao final, a importância da supervisão continuada como garantia para o trabalho.

**** *_n_072

Este texto apresenta uma proposta de construção do caso clínico a partir do desenvolvimento de pesquisa clínica em psicanálise. Destaca 3 eixos desse procedimento como indicadores metodológicos para o manejo de elementos extraídos dos relatos dos sujeitos, que se apresentam como os seguintes binômios história caso, supervisão construção, conceitos distinções. A construção do caso é o ponto central da contribuição da psicanálise tanto para a psicopatologia, por meio da construção diagnóstica e dos indicadores para o tratamento, quanto para a Saúde_Mental, por meio de sua aplicação nos diferentes dispositivos de atenção psicossocial e no trabalho em equipe interdisciplinar.

**** *_n_073

O dispositivo da emergência psiquiátrica, com o predomínio do discurso médico, apresenta uma

tendência a responder à crise de maneira a adotar condutas previamente estabelecidas e de rápida ação, como a medicalização, contenção e internação. A presente dissertação se propõe a trazer as contribuições que a psicanálise pode ofertar a este campo clínico, no sentido de favorecer a emergência do sujeito em uma ocasião de crise. Nesta perspectiva, trabalhamos alguns conceitos clínicos fundamentais ao estudo do tema proposto, tais como sujeito da psicanálise, angústia, sintoma, passagem ao ato, acting out, entre outros. Todos estes perpassam esta clínica tão específica e podem contribuir para que o atendimento na emergência deixe de ter como exclusivo objetivo a eliminação da crise. Afinal, levar em conta a urgência subjetiva é trabalhar com a direção de que a crise pode ser um momento rico, na medida em que o sujeito pode vir a se responsabilizar e se repositonar frente ao que o acomete.

**** *n_074

O presente trabalho tem o objetivo de mostrar a relação entre saber, psicose e instituição a fim de discutir a função da instituição como campo do Outro na psicose, numa prática feita por muitos. Primeiramente, interrogaremos a constituição do saber na psiquiatria e na psicanálise com a intenção de cernir o saber que funda a instituição para tratar a psicose. Utilizaremos o conceito de elaboração a *durcharbeitung* em Freud e Lacan a fim de pensar o saber como uma construção do tratamento e que pressupõe a reflexão do lugar do Outro. Em seguida, trabalharemos para responder a particularidade da relação do sujeito e do Outro em seus efeitos na paranoia, na melancolia e na esquizofrenia. E, finalmente, utilizaremos a noção do tempo lógico de Lacan o instante de ver, o tempo de compreende e o momento de concluir para trabalhar a temporalidade na clínica como campo do Outro, a partir de alguns casos clínicos acompanhados em um serviço de Saúde_Mental.

**** *n_075

Esta pesquisa apresenta o tema da transmissão da política analítica do sintoma e sua relevância no atual cenário das pesquisas e métodos clínicos que se aplicam ao campo da Saúde_Mental. O tema é discutido com base na aplicação do método da construção do caso clínico explorado como um instrumento de avaliação da condução clínica de uma equipe que inclui a singularidade do sintoma na leitura coletiva dos casos. A construção do caso é apresentada como um método de pesquisa clínica em psicanálise que permite acompanhar e avaliar um processo de tratamento a partir de formalização de elementos extraídos das narrativas e dos registros de casos acompanhados nos serviços de Saúde_Mental. A discussão diagnóstica, a expressão singular dos sintomas, a relação transferencial, as demandas e os diversos momentos de um tratamento são elementos metodológicos da construção do caso que orientam o trabalho em equipe. A partir desses elementos é possível extrair uma lógica do sintoma em cada caso, sendo este um modo de contribuição da psicanálise na prática coletiva. Nessa perspectiva o método da construção do caso clínico favorece a transmissão da política da psicanálise e seus princípios clínicos ao campo da Saúde_Mental.

**** *n_076

Este trabalho visa analisar as questões que surgiram no cotidiano de serviços de atenção psicossocial, evidenciando a importância do manejo da relação entre técnicos, usuários e familiares na efetivação da clínica oferecida. A partir de exemplos clínicos e utilizando o conceito de transferência como contribuição da clínica psicanalítica à clínica ampliada, se propõe a inclusão do sujeito do inconsciente como fundamental ao processo de Reforma_Psiquiátrica, já que este sujeito, que difere do cidadão de direitos, é radicalmente responsável por sua posição.

**** *n_077

Comemorando 10 anos de funcionamento, o Programa de Pós_graduação aqui analisado justifica

e se pergunta, através das penas de sua primeira e de sua atual coordenadora, como e até que ponto vem atingindo um dos objetivos declarados em sua Deliberação e que o diferenciaria associar, na medida do possível, as questões objeto de pesquisa no campo da psicanálise com problemas socialmente relevantes, fazendo com que a produção e o avanço obtidos através das atividades de pesquisa retornem ao corpo social concreto interessado nessas questões. Verifica analisando as dissertações produzidas, assim como parte de sua produção.

**** *_n_078

O atual campo da assistência na Saúde_Mental se constitui pelo questionamento permanente dos saberes e práticas que norteiam o trabalho para com a loucura. No bojo desta discussão, a pesquisa clínica do sujeito e atenção psicossocial novos dispositivos do cuidado no campo da Saúde_Mental, desenvolvida nos CAPS do Estado do Rio_de_Janeiro, revelou, a partir de entrevistas realizadas com técnicos desses serviços e análise qualitativa dos depoimentos, a existência de um campo em construção bastante heterogêneo, onde os termos escuta, acolhimento e clínica, são ressignificados por profissionais de diferentes áreas. Assim, visamos identificar e reconhecer em suas falas a presença ora do saber psicanalítico, como referência dessas práticas, ora de uma atuação psicoterapêutica, a partir da ideia de reabilitação psicossocial, que é marca da Reforma_Psiquiátrica brasileira. Com isso, pretendemos questionar os limites dessa reabilitação voltada para o resgate de habilidades sociais e promoção de cidadania, em detrimento de uma clínica voltada para o sujeito e sua singularidade. Acreditamos que tal discussão poderá contribuir para se repensar a prática multiprofissional nas instituições de saúde, ao mesmo tempo em que se busca refletir sobre o lugar que a psicanálise ocupa e pode vir a ocupar neste âmbito.

**** *_n_079

A Reforma_Psiquiátrica, ao colocar em questão a hegemonia do saber médico psiquiátrico sobre o tratamento das psicoses e neuroses graves na assistência pública, abriu espaço para a construção de novas formas de abordar o sofrimento psíquico, por meio da conjugação de diferentes saberes e práticas. Este trabalho aborda os impasses e os desafios da prática clínica desenvolvida no campo da Saúde_Mental, em particular nos novos serviços criados a partir da Reforma_Psiquiátrica brasileira, como os CAPS. Procuramos analisar o lugar da clínica no conjunto das ações institucionais, levando em conta a pluralidade de dispositivos clínicos presentes no cotidiano da atenção psicossocial, em que destacamos o dispositivo médico psiquiátrico, os dispositivos de atenção psicossocial trazidos pela Reforma_Psiquiátrica e o dispositivo psicanalítico.

**** *_n_080

No atual contexto da Saúde_Mental, a noção de cuidado assume grande relevância, uma vez que engloba as novas práticas não excludentes que se instituíram a partir da Reforma_Psiquiátrica. A noção de clínica, por sua vez, aparece ressignificada como clínica ampliada, clínica do cotidiano ou clínica do sujeito. Este trabalho pretende discutir essas duas noções, chamando a atenção para importância da curiosidade persistente como guia na clínica, concebida em sua dimensão de pesquisa a partir da fala dos sujeitos atravessados pelo sofrimento psíquico.

**** *_n_081

Essa dissertação procura investigar os impasses enfrentados pelos profissionais que trabalham na porta de entrada de um ambulatório público de Saúde_Mental. Inicialmente, buscamos estabelecer as bases teóricas para um clínica da recepção que alie os pressupostos da lógica da atenção psicossocial à clínica do sujeito, a partir do trabalho desenvolvido neste ambulatório. A escuta do sujeito serve de bússola para o acolhimento do usuário e os direcionamentos posteriores, pautados na ética da psicanálise. Verifica a importância da disponibilidade do

profissional para acolher o usuário e aguardar um tempo necessário para que o endereçamento de uma demanda possa ocorrer. São abordados fragmentos de casos clínicos que demonstram que a aposta no vínculo tranferencial tem se mostrado importante para a decisão sobre o encaminhamento dos casos. Nesse sentido, se procura discutir a importância que tem, para a recepção, a interlocução entre os membros da equipe e a articulação com os diversos dispositivos da rede de saúde. Esta discussão permite uma reflexão sobre as mudanças necessárias na prática que se desenrola no ambulatório de modo a não reproduzir práticas do antigo modelo hospitalocêntrico e medicalizador, mostrando sua importância em uma rede, que é criada a cada vez em torno do usuário.

**** *_n_082

Este trabalho visa discutir o lugar da psicanálise na gestão da Saúde_Mental, e mais especificamente, no dispositivo CAPS. Iniciamos a discussão por um percurso histórico da Reforma_Psiquiátrica brasileira e abordamos os impactos da política na clínica, assim como a nodulação que existe entre esses dois campos. A partir da aposta na construção do caso clínico, refletimos sobre a importância de se enfrentar os desafios e os impasses institucionais que algumas situações clínicas provocam no seio das equipes de Saúde_Mental. Nesta linha de trabalho, nos perguntamos como pode um analista, ocupando a função de gestor, fazer circular na instituição o discurso do analista posto que as instituições são constituídas a partir de um discurso universal que as coloca em articulação direta com o discurso do mestre.

**** *_n_083

Esta dissertação procura situar o estatuto dado a dimensão da clínica nos serviços da rede de atenção psicossocial do Brasil, a partir de nossa inserção como pesquisadora junto aos serviços CIAPS adauto botelho em cuiabá e CAPS pequeno rans no Rio_de_janeiro. Partimos do pressuposto que a Reforma_Psiquiátrica brasileira se constitui por um processo de novas práticas em Saúde_Mental, cuja ênfase é depositada na ressocialização e no resgate à cidadania dos usuários dos serviços de Saúde_Mental pública. Este enfoque, muitas vezes, deixa de lado as questões da clínica, o que faz com que deixe de levar em conta o sujeito, tal como ele é revelado pela psicanálise. O cenário encontrado aponta para uma tensão entre a clínica e a política, como dois polos excludente, assim como também revela diferentes noções de clínica orientando as ações dos profissionais. Utilizamos como marco teórico metodológico as descobertas de Freud retomadas por Lacan e procuramos contribuir com algumas noções extraídas da clínica psicanalítica para propor, em vez de exclusão intrínseca, uma política que passe pela clínica.

**** *_n_084

Este trabalho visa refletir sobre as possibilidades do saber clínico da psicanálise se articular como ação institucional e como as próprias instituições podem se organizar de modo a proporcionar um lugar em torno do qual os sujeitos estruturalmente apartados do laço social possam se constituir. Para isso nos utilizaremos das referências dos textos de Freud e Lacan, assim como de analistas lacanianos contemporâneos atuantes no campo institucional. Também interrogamos como a psicanálise se coloca a serviço desta clínica sem contrariar os princípios psicanalíticos, que reconhecem na diferença o sujeito no qual se fundamenta e sem passar para o lado da ordem que rege o funcionamento social. Neste sentido trabalhamos a relação do discurso analítico com o discurso médico dominante nas instituições de Saúde_Mental, buscando localizar neste contexto um lugar do qual sustentar o discurso analítico. A partir da análise de fragmentos de casos clínicos visamos elaborar a clínica do sujeito, onde procuramos nos deter nas malhas da linguagem como matéria prima da prática clínica cotidiana.

**** *_n_085

Essa pesquisa pretende abordar o desaparecimento do diagnóstico de histeria nos atuais manuais diagnósticos e os resultantes impasses clínicos apresentados na condução do tratamento de sujeitos históricos nas instituições de Saúde_Mental. Diante da supressão do diagnóstico de histeria na clínica psiquiátrica, o trabalho clínico com esses sujeitos se limita ao estabelecimento de condutas terapêuticas que se revelam ineficazes ao longo do tratamento. Nesse contexto, um psicanalista deve assumir o desafio da interlocução com as equipes clínicas, sustentando a importância da escuta analítica ao acolher o sintoma histórico não apenas como sinal de doença, mas como expressão do sujeito do inconsciente.

**** *_n_086

Desenvolvemos nesta dissertação um estudo da aplicabilidade da arte na clínica psicanalítica. A pesquisa foi realizada no CAPSi Eliza Santa Roza, uma instituição pública municipal de Saúde_Mental que prioriza o tratamento de crianças e adolescentes psicóticos, autistas e neuróticos graves. Nos baseamos nas teorias de Freud e nas contribuições posteriores de Lacan acerca da arte. Apresentamos a hipótese de que a arte possa ajudar o sujeito a inventar uma forma de estabelecer seu contorno singular em torno do vazio. Sustentamos, a partir de nossa experiência clínica, a arte como um elemento que contribuí para que o paciente possa visitar sua fantasia na neurose ou construir um delírio e, na melhor das hipóteses, fazer suplência ao Nome_do_Pai na psicose ou ainda, para que o inconsciente comece a se articular em discurso no autismo. A pesquisa pôde estabelecer 5 possibilidades da clínica com arte a arte mediando o encontro, interpretação da arte, interpretação na arte, a arte como analista e a arte com crianças autistas.

**** *_n_087

A presente pesquisa é tributária de um interesse particular pela clínica das psicoses. A partir dela viemos endossar a proposta de Lacan segundo a qual o analista não deve recuar diante da psicose, acrescentando que não se deve recuar diante da psicose implica em não recuar diante da instituição psiquiátrica, incluindo aí não só o hospital psiquiátrico e os ambulatórios públicos, mas também, e, sobretudo, os dispositivo que compõe o que se denominou, a partir da Reforma_Psiquiátrica, de campo da Saúde_Mental. Tendo como ponto de partida a crença de que a maioria dos casos de psicose necessita da instituição psiquiátrica, seja esta uma instituição tradicional, o hospital psiquiátrico, ou um dispositivo que se pretende substitutivo em relação a ele, um hospital_dia ou um CAPS, propomos nessa dissertação um questionamento acerca do lugar da psicanálise no campo da Saúde_Mental. Desde Freud a psicose vem colocando questões a psicanálise, convocando os analistas ao trabalho de sustentar o dispositivo analítico num terreno onde este parece ser colocado à prova. E quando se trata de sustentar fora do setting do consultório privado, numa enfermaria ou num CAPS, por exemplo, o desafio ainda é maior. Nessa dissertação tentaremos delimitar o que a psicanálise tem de específico no que tange à abordagem da psicose e enquanto clínica do sujeito, o que define um certo lugar no campo da Saúde_Mental. Freud nos apresenta a escuta como um instrumento principal do analista na prática clínica. Lacan, em sua releitura de Freud, vai apontar para o que ela tem de específico, uma escuta referenciada numa ética particular, a ética da psicanálise, sustentada no desejo do analista. Portanto, é a partir dessa escuta que visamos sugerir um lugar específico para a psicanálise, independente do ambiente onde se dá a experiência analítica.

**** *_n_088

Este artigo é fruto da realização de uma pesquisa clínica, em curso, que se desenvolve no campo da psicanálise aplicada ao tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos praticado em instituições públicas, e concebidas segundo diretrizes definidas pelo movimento chamado

Reforma_Psiquiátrica Brasileira, ou seja, uma prática institucional pública de base territorial, contrária à hospitalização, marcada por serviços . A pesquisa se desenvolve em dois CAPSi integrantes da Rede Municipal de Saúde do Rio_de_Janeiro, o Pequeno Hans e o Eliza Santa Roza, e tem como objetivo investigar as condições e as consequências de estabelecimento do dispositivo psicanalítico em uma modalidade proposta como ampliada, em termos espaciais, temporais e estruturais coextensiva a todo o espaço do CAPSi, a todo o tempo de permanência e às condições estruturais do dispositivo psicanalítico lugar e desejo do analista, estabelecimento de transferência, tomada das manifestações dos pacientes ditos e atos como manifestações do sujeito tal como o define a psicanálise, que é assim suposto a essas crianças e adolescentes.

**** *n_089

Esta comunicação de Pesquisa trata dos efeitos dos serviços territoriais infantojuvenis no campo da Saúde_Mental quanto à redução do número de internações psiquiátricas nos territórios abrangidos. Os dois serviços pesquisados situam na zona oeste do município do Rio_de_Janeiro.

**** *n_090

A presente dissertação é uma pesquisa teórico-clínica sobre o dia_a_dia dos pacientes e técnicos dos CAPS, especificamente no que diz respeito à clínica nesse dispositivo. O que é clínica, temos uma clínica, que clínica temos, que clínica para o CAPS, como construir. A partir de um breve histórico sobre a Reforma_Psiquiátrica brasileira, desde a criação de seu primeiro hospital público, na cidade do Rio_de_Janeiro, até a constituição de um novo campo, que é o campo da atenção psicossocial percorremos os principais episódios que contribuíram para a constituição deste campo, destacando as resoluções das 4 conferências nacionais de Saúde_Mental que colaboraram para a sustentação do movimento transformado no Brasil no país que mais avançou no tratamento oferecido aos doentes mentais. Por último levantamos a relação da Reforma_Psiquiátrica com o saber, com as teorias e o ecletismo teórico. Discorremos sobre a teoria e clínica psicanalítica da psicose abordando a teoria de freudiana e a interpretação lacaniana através dos 3 registros do Real, simbólico e imaginário. A questão central, uma clínica para o CAPS, foi trabalhada levando questões relacionadas ao que chamamos de herança do modelo manicomial presente na atenção psicossocial e que dificultam a construção de uma clínica. Os CAPS, em sua maioria, são cidadãos, inclusivos, reabilitadores sociais e exibem efeitos aos quais não podemos recusar a dimensão de terapêuticos, mas isso não basta para dizermos que existe uma clínica no CAPS. A ênfase continua sendo a reinserção social e não o exercício da clínica. A partir do estudo de algumas práticas institucionais realizadas a partir da psicanálise, práticas que podem contribuir para a construção de uma clínica nos CAPS, tais como a psicoterapia institucional de Jean Oury, a prática entre várias surgida na Europa com adeptos também no Brasil e a psicanálise com muitos, clínica gerada e operante em alguns CAPSis do Rio_de_Janeiro elegendo a psicanálise com muitos como melhor dispositivo para a clínica com adultos devido a radicalidade de sua proposta desde o início em realizar de maneira rigorosa as diretrizes estabelecidas pelas políticas de política pública de Saúde_Mental no que diz respeito a um CAPS, bem como realizar o mais rigorosamente possível as diretrizes teórico-clínicas e ético-metodológicas da psicanálise quanto ao que seja o exercício de sua práxis. Passamos a analisar outros aspectos importantes do cotidiano dos CAPS com adultos e propomos 4 pilares para a construção de uma clínica efetiva para este dispositivo, o diagnóstico estrutural, uma ética para o sujeito, a psicanálise coletiva e a dimensão clínica de rede.

**** *n_091

Esta dissertação pretende demonstrar a contribuição da psicanálise na constituição de um novo dispositivo clínico para o tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticas o CAPSi. A

partir da pesquisa teórico-clínica realizada num CAPSi da cidade do Rio_de_Janeiro, o CAPSi Eliza Santa Roza, este trabalho visa suscitar novas questões a partir da direção da psicanálise, com o objetivo de sustentar que só haverá uma clínica nesses novos dispositivos se a aposta no sujeito do inconsciente estiver presente.

**** *n_092

Esta dissertação decorre de questões surgidas por ocasião de um tratamento em pacientes autistas e psicóticos numa instituição pública de Saúde_Mental que funciona nos moldes da Reforma_Psiquiátrica Brasileira o CAPSi Pequeno Hans, situado na cidade do Rio_de_Janeiro. Partiu da questão onde está o sujeito, sujeito do inconsciente e, em consequência dela, se discutem alguns conceitos essenciais na psicanálise como o desejo do analista, a estrutura da psicose na psicanálise, a transferência, entre outros. Discutimos também o método psicanalítico e as estratégias de tratamento denominadas psicanálise com muitos, que se desenvolve no que denominamos dispositivo psicanalítico ampliado, tentando verificar sua pertinência e eficácia para o tratamento da psicose e do autismo em uma instituição. O trabalho é fundamentado na teoria psicanalítica de Freud e de Lacan buscando suas contribuições para o tratamento da psicose e do autismo na rede pública de Saúde_Mental de nosso país.

**** *n_093

Esta dissertação tem como tema o recurso à música em transferência na clínica de crianças e adolescentes numa instituição de Saúde_Mental, partindo da orientação ética e metodológica da psicanálise de Freud e Lacan. Com isso, ao contrário do conjunto da música partimos aqui dos sons musicais, no que estes possuem a propriedade de fazer brecha ao advento do sujeito do inconsciente, podendo aceder assim ao estatuto dos significantes. O fio condutor desse trabalho é a leitura e a interpretação psicanalíticas que tomam com rigor à consideração absoluta do sujeito. Essa premissa serve de base para uma abordagem ao campo da arte, situando por sua delimitação em relação ao campo da clínica na psicanálise, construindo neste último um lugar para a música. Igualmente abordamos a política de Saúde_Mental, na possibilidade de que dela se faça uma leitura ética. Dessa forma, através da direção ao real, na possibilidade de bordejá-lo através da ética da psicanálise, nos aproximamos tanto da arte, quanto da política, com da clínica, por onde esses 3 campos fazem ler pelo reconhecimento à diferença do sujeito. Arte política do bem dizer do desejo, seja falando com palavras, música ou silêncio, é sobre isso que se propõe pensar esse escrito. A partir de 4 casos clínicos de jovens autistas e ou psicóticos refletimos então sobre a questão de com o sujeito é forçado a um trabalho de se fazer valer na adversidade, trabalho que é tarefa princeps da encarnação da função analista, através da qual se pode ler tanto a arte, com a política, a clínica ou a vida, a partir da escuta do sujeito do inconsciente.

**** *n_094

Este artigo apresenta uma elaboração teórica de supervisão em CAPS, articulando duas experiências geograficamente distantes e levantando questões sobre essas supervisões sob orientação psicanalítica e conforme as diretrizes da política de Saúde_Mental vigente no País. Após correlacioná-las com dados colhidos na literatura, se discutem as principais contribuições no percurso dessas supervisões a disponibilização de um espaço de fala, possibilitado a todos os seus participantes, um processo metodológico de construção e de sistematização dos saberes, maior entrosamento e autonomia das equipes e iniciativas de articulação em rede com o território na construção do projeto terapêutico do usuário. Visa, com isso, a uma contribuição possível da psicanálise ao campo da Saúde_Mental na perspectiva da atenção psicossocial.

**** *n_095

Esse artigo é um dos produtos da pesquisa a divisão do sujeito e seu corpo na articulação entre psicanálise e Saúde_Mental levando em conta as referências à ciência na qual se busca um aprofundamento sobre o que normalmente se faz em nome da psicanálise e o que a psicanálise pode oferecer. O texto consiste por um lado na tentativa de compreender o lugar que a Saúde_Mental dá à psicanálise, o que inclui resultados anteriores da pesquisa, por outro lado, baseado num estudo de caso clínico, investiga as observações desenvolvidas pela psicanálise na clínica de uma instituição de Saúde_Mental. Os resultados são analisados na conclusão.

**** *_n_096

O presente artigo visa fornecer um breve histórico do que se convencionou denominar Reforma_Psiquiátrica, partindo do pressuposto de que a psiquiatria moderna, como especialidade médica, nasceu com uma reforma que seria, portanto, um conceito intrínseco a ela. Das várias nuances do termo, em particular, nos desdobramentos nos anos 1950, na França, Inglaterra, Itália e Estados Unidos, visa apreender o campo instituído da Saúde_Mental dos manuais de Psiquiatria à psicanálise, passando pelas Políticas da saúde pública, supondo que o conhecimento da história possa trazer instrumentos para uma melhor compreensão do que se apresenta atualmente como tensão entre clínica e atenção psicossocial.(AU)

**** *_n_097

No presente artigo procuramos cingir um questionamento da incidência do discurso do mestre e do discurso universitário na atual Reforma_Psiquiátrica brasileira, como também sobre a contribuição que o discurso do psicanalista pode ofertar a essa reforma, a partir da clínica. Para tanto, procuramos situar uma das nuances do termo Reforma_Psiquiátrica na história da psiquiatria. Recorremos a Lacan para trabalhar a teoria dos quatro discursos e comentamos um caso clínico, oriundo do atendimento em um dispositivo engendrado pela Reforma_Psiquiátrica brasileira, uma residência terapêutica, a partir da clínica dos discursos, na qual é possível trabalhar a tese psicanalítica sobre o laço social.

**** *_n_098

A presente dissertação teve como objetivo investigar a toxicomania a partir da clínica psicanalítica com usuários de álcool e ou drogas. Empreendeu para tanto, uma revisão teórica do campo psicanalítico orientado pela obra de Freud e pelo ensino de Lacan, articulada a uma análise de 5 casos clínicos. O tema e questões relacionadas surgiram dos desafios ante a prática e de uma atitude investigativa, por parte da autora, diante do serviço público assistencial, além de perceber a relevância atribuída ao tema pela sociedade contemporânea em virtude de seu expressivo crescimento como problema de saúde pública. As questões que se colocam no texto podem ser propostas a partir das perguntas o que é toxicomania. Qual a influência desse signo uma vez que o termo toxicomania significa alguma coisa para alguém, para a medicina, por exemplo, o sintoma é um signo. Quais as consequências para a direção do tratamento de fazer da toxicomania um sintoma, signo da doença. É possível que a toxicomania seja um sintoma, não como signo, mas, como significante, e, como tal, passível de ser decifrado. Portanto, a linha de trabalho segue, inicialmente, a ética da psicanálise e o lugar do psicanalista na instituição pública de saúde, destaca a toxicomania articulada aos discursos, tal como propostos por Lacan, e suas modalidades de tratamento, aponta os avatares da toxicomania na contemporaneidade, e, por fim, levanta a questão sobre a toxicomania à luz da psicanálise, bem como seu papel no diagnóstico clínico. Nessa perspectiva, foram verificadas duas hipóteses a toxicomania como um fenômeno clínico e no caso de pacientes cuja estrutura clínica seja neurótica, a toxicomania ser um sintoma. Para Freud, o sintoma é uma formação de compromisso que promove uma satisfação substitutiva.

Ao longo do trabalho, verificou que, por vezes, a toxicomania também pode ser uma substituição desse tipo.

**** *n_099

O artigo destaca que a construção do trabalho do psicanalista na Saúde_Mental envolve uma repetição simbólica da experiência freudiana originária. Considera a função de Outro, que o campo médico representou para o percurso freudiano, viabilizando a construção do campo psicanalítico. Afirma que o contexto da Saúde_Mental propicia a emergência das identificações com os ideais do campo médico e, conseqüentemente, das resistências do psicanalista. Destaca que é a formação permanente do psicanalista, a referência capaz de viabilizar a sustentação do desejo do analista e a presença do discurso do analista nas instituições de Saúde_Mental. Conclui que a função do analista é favorecer a emergência da falta a partir do encontro com as diferenças aí presentes.

**** *n_100

O objetivo deste artigo é mostrar como a problematização da noção de origem promove inflexões na concepção de sintoma para Freud, o que acarretou inclusive transformações na técnica psicanalítica. Dessa forma, o sintoma passa a ocupar um lugar fundamental na dinâmica psíquica, revelando toda a sua originalidade que fala a favor do sujeito e que, por isso, deve ser positivada pelo psicanalista.

**** *n_101

A psicopatologia psicanalítica explica o sofrimento psíquico pela inadequação do sujeito à civilização. Freud colocava muita ênfase na coerção abusiva da sociedade sobre a sexualidade, cujo efeito permanente é o sentimento universal de culpa, fonte dos obstáculos à cura pela análise. Lacan, ao final do seu ensino, considera que esse mal radical é também a fonte de uma satisfação pulsional que não serve aos propósitos da civilização, pois o sintoma é para cada sujeito uma maneira de viver e ser feliz.

**** *n_102

Propõe, nesta dissertação, uma articulação entre a psicanálise e o campo da Saúde_Mental. Pretende discernir o campo da Saúde_Mental, orientado por princípios como a ressocialização e a cidadania, da psicanálise, que incide sobre a relação do sujeito com seu desejo. Ao definir alguns pressupostos do campo da Saúde_Mental, construídos no movimento da Reforma_Psiquiátrica, retende mostrar de que forma o CAPS_ad foi inserido no campo da Saúde_Mental. A contribuição da psicanálise para o campo da Saúde_Mental é discutida a partir de uma investigação sobre os conceitos de demanda e desejo, apoiada nos trabalhos de Freud e Lacan. Ressalta a importância do aspecto imperativo da pulsão, visto na compulsão à repetição em sujeitos toxicômanos. A partir destes fundamentos retoma uma experiência de trabalho orientado pela psicanálise no CAPS_ad Alameda, dispositivo da Rede de Saúde_Mental do município de Niterói, Rio_de_janeiro, na qual se evidenciaram, em situações da prática cotidiana do processo de recepção neste serviço, as dificuldades da entrada em tratamento de pacientes toxicômanos. Através de um fragmento de caso clínico discute a dificuldade de adesão do paciente ao tratamento oferecido no CAPS_ad Alameda, e a fragilidade na ligação com o terapeuta, que coloca em risco todos os ideais da Reforma_Psiquiátrica, enfatizando a grande dificuldade de incidência das políticas públicas de tratamento e prevenção na vida desses sujeitos.

**** *n_103

Trata de investigar os possíveis efeitos do trabalho com a música na clínica das psicoses. A partir da experiência em distintos espaços clínicos, especialmente em um CAPS, as autoras sustentam a hipótese de que a música se mostra uma via potente na criação de intervalos entre o sujeito e o

Outro, o que é desafio constante nessa clínica. Dessa análise decanta a questão do silêncio, como elemento essencial na direção do tratamento nas psicoses.

**** *n_104

Neste artigo, abordamos o tema da inserção nos serviços residenciais terapêuticos dos pacientes egressos de longas internações psiquiátricas. Essa questão se faz relevante no sentido de pensar as condições necessárias para a construção de uma moradia possível na psicose. Para tanto, fazemos uma reflexão acerca do que seria o morar, como se dariam as relações entre o morar e a linguagem, quais as demandas presentes no laço social, e quais as especificidades da inclusão da loucura nas relações sociais. O tema é trabalhado com base no referencial psicanalítico, sendo apresentados casos clínicos atendidos em acompanhamento terapêutico nos quais a questão da moradia se apresentou como uma dificuldade. Abordamos, assim, os desafios colocados por tal proposta, enfatizando as possibilidades de intervenção a serem realizadas não só com os pacientes como também com a instituição.

**** *n_105

A presente dissertação é resultante da experiência em distintos espaços clínicos com pacientes psicóticos e, em especial, em oficinas terapêuticas de música. A escrita busca investigar os possíveis efeitos do trabalho com a música na clínica da psicose. Para tanto, a primeira parte do trabalho trata de entrar em compasso com o leitor, situando com relação àquilo que entendemos por estruturação psicótica desde a perspectiva psicanalítica. É desde essa mesma perspectiva que situamos o campo de experiência e o método da pesquisa. Nesse sentido partimos de duas questões principais uma delas diz respeito à narração, enquanto possibilidade de transmissão da experiência do inconsciente, a outra, ao caráter ficcional do que se produz a partir da experiência clínica. Apoiados em Freud, principalmente através do texto *Construções em Análise*, de 1937, é que sustentamos a forma de apresentação do que intitulamos memórias da clínica. 3 fragmentos da experiência clínica colocam em relação as questões centrais do trabalho a clínica da psicose e a música. A primeira memória acontece em uma oficina de música, inserida em um CAPS da cidade de Porto Alegre. No dilúvio de palavras de Julia escutamos o aprisionamento à palavra do Outro e a possibilidade de que, através da música, o sujeito possa tomar a palavra, colocando mais em consonância com o tempo do Outro e dos outros. A segunda, surgida em um acompanhamento terapêutico, nos coloca a seguinte pergunta como calar o Outro. Aqui também foi através da música que essa possibilidade surgiu. E, finalmente, a terceira memória cujo contexto é a escuta individual de uma paciente em uma clínica escola. Nessa cena a voz, enquanto puro objeto, assegura uma função de presença. As memórias nos levaram aos caminhos da constituição do sujeito. Tendo a psicose e a música como guias, nos aventuramos por um percurso de pesquisa que reuniu operadores conceituais essenciais na aposta de que um sujeito pode advir, tais como pulsão invocante, o fort_da, o espelho, a língua. Trabalhar com a espera e com a abertura de intervalos é um desafio constante na escuta de psicóticos. Em nossa experiência, a música mostrou uma via potente nesse trabalho de criar intervalos. Através das variações do objeto da pulsão invocante que a música coloca em jogo, a palavra pode voltar a circular. Dar a palavra ao sujeito não é disso que se trata na psicanálise. E que efeitos pode ter a música nessa operação. Dessa análise decanta a questão do silêncio, enquanto um elemento essencial na direção do tratamento nas psicoses.

**** *n_106

O presente artigo pretende discutir a questão da linguagem utilizada nas classificações em Saúde_Mental e as implicações em relação às tomadas de posição entre as diferentes correntes do pensamento linguístico. Iniciaremos a discussão deste texto com duas formas de concepção do

mundo através da linguagem, o positivismo lógico e a pragmática. O estatuto dos conceitos define a maneira como determinado conceito passa a ser entendido pela sociedade. Nessa perspectiva, nos parece pertinente questionar qual a visão de doença mental que a sociedade adota e suas possíveis consequências no campo da clínica. Buscamos interrogar o caráter circunstancial, convencional e político dos critérios diagnósticos em Saúde_Mental. E por fim tentamos demonstrar a necessidade de uma concepção não representacional de linguagem como condição para a clínica psicanalítica.

**** *_n_107

O presente trabalho é uma reflexão sobre a clínica nos serviços substitutivos em Saúde_Mental, como possibilidade de reabilitação e resgate da cidadania dos pacientes portadores de transtornos mentais, bem como de valorização do sujeito. O texto faz uma análise do ambiente institucional, desde a Reforma_Psiquiátrica até a situação atual dos CAPS, o processo de criação dos serviços, seu estabelecimento enquanto prática privilegiada pelo governo, sua heterogeneidade e suas contradições. Examina algumas ações tomadas pelas equipes de trabalho em um CAPS da região central de Goiânia e sua aproximação com os ideais da Reforma_Psiquiátrica. Aponta as questões que têm maior impacto nas dinâmicas entre paciente e profissional, questionando os pressupostos da clínica na assistência, sua relação com a prática social e o valor da singularidade nos atendimentos.

**** *_n_108

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 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.

**** *_n_109

Este trabalho analisa as diferentes formas de inserção do saber psicanalítico no contexto institucional, notadamente nos CAPS da Rede de Serviços Substitutivos em Saúde_Mental. Procura resgatar a forma de constituição destes dispositivos e equipamentos que tentam levar adiante a proposta da Reforma_Psiquiátrica brasileira. Estabelece alguns pontos fundamentais da dinâmica clínica e social no cuidado e na assistência em Saúde_Mental, com vistas a melhor demarcar os desafios da clínica ampliada neste contexto. Serve das experiências clínicas empreendidas por profissionais em todo o Brasil para pensar um modelo de psicoterapia de grupo que possa fazer frente às necessidades que a instituição apresenta, e às demandas dos chamados usuários do sistema público de saúde. Retoma o desenvolvimento das técnicas grupais em psicanálise e defende a grupoterapia como dispositivo clínico e técnico, que pode apresentar bons resultados, tanto no plano da reabilitação social dos pacientes, quanto no âmbito da clínica da subjetividade.

**** *_n_110

Esse trabalho parte de uma questão existe sujeito na loucura. Em realidade, não é uma questão propriamente nova uma vez que atravessou boa parte da história da loucura. De fato, os termos sujeito e loucura têm uma história comum cujo recorte inicial fui buscar no século das Luzes,

herdeiro do sujeito cartesiano definido pela razão e pela consciência. No século do Iluminismo, a loucura perde sua marca trágica e passa a ser definida como desrazão. Constituída a loucura como objeto do saber médico, o louco deixa de fazer parte da vida da pólis para ser internado no manicômio. A psiquiatria se identificou inteiramente com o ideário do confinamento e a loucura era percebida como pura negatividade. O manicômio se erige como instituição símbolo desse cenário regido pela lógica da segregação e de limitados recursos terapêuticos. A

Reforma_Psiquiátrica surge na esteira dos movimentos de contestação asilar com o propósito de questionar o aparato psiquiátrico e resgatar a cidadania do louco, criando novos espaços de inserção social. A contribuição da psicanálise segue sendo fundamental ao reconhecer a positividade subjetiva na experiência da loucura. A oficina Palavrear, dispositivo clínico apresentado nesse trabalho, confirma a aposta inicial de que cada um é portador de uma verdade e sujeito de sua própria experiência. A prática do inconsciente na oficina implicou em afirmar a existência de um lugar de analista a partir do qual o trabalho é conduzido. Para sustentar esse lugar, o conceito de transferência constituiu a mola propulsora e a palavra o fio condutor. Contudo algo mais fundamental se constitui como condição para essa sustentação o desejo do analista. As atas da oficina, escritas pelos próprios pacientes, com suas sequências narrativas, recortes de histórias, descontinuidades, incoerências e rabiscos, passos e tropeços enfim, revelaram uma trama discursiva complexa na qual emerge sempre um sujeito. A oficina Palavrear é uma tentativa de devolver a palavra ao louco, personagem a quem frequentemente é negado o estatuto e a dignidade de sujeito.

**** *_n_111

Abordamos nossa própria visão, muitas vezes turva, sobre a realidade dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Ela escora em um discurso que, por vezes, se ofusca pelo ideal da desospitalização. Visando uma nova realidade, esquece que a clínica muitas vezes é pesada e resistente, e lastreia nossas pretensões com a presença maciça da impossibilidade. A análise e a discussão foram realizadas a partir de 2 registros de dados notas de diário de campo, realizadas pelos autores quando em função pública de gestão estadual de Saúde_Mental, e 2 casos de supervisão clínica em instituição psiquiátrica pública municipal no Rio_de_Janeiro, todos os dados colhidos em 2004. A análise das anotações nos levou a concluir que podemos contribuir para mudar o estado de coisas encontrado nos dados empíricos e que temos algo a fazer para não reproduzir o mesmo passado dos hospitais psiquiátricos. No plano da equipe de profissionais é preciso que ela não se transforme neste agente de horror banalizado que constrange a esperança. Entre o público, o privado e o inefável da loucura é preciso acolher a resposta do sujeito, aquele pequeno elemento que assinala a estranheza e irredutibilidade de alguém que, no caso da loucura, se encontra em ruptura com o coletivo.

APÊNDECE B - MAPEAMENTO DAS PRODUÇÕES POR TIPO E REGIÃO

Gráfico 1: Porcentagem das produções, total, do banco de dados

Total: 111 produções acadêmicas

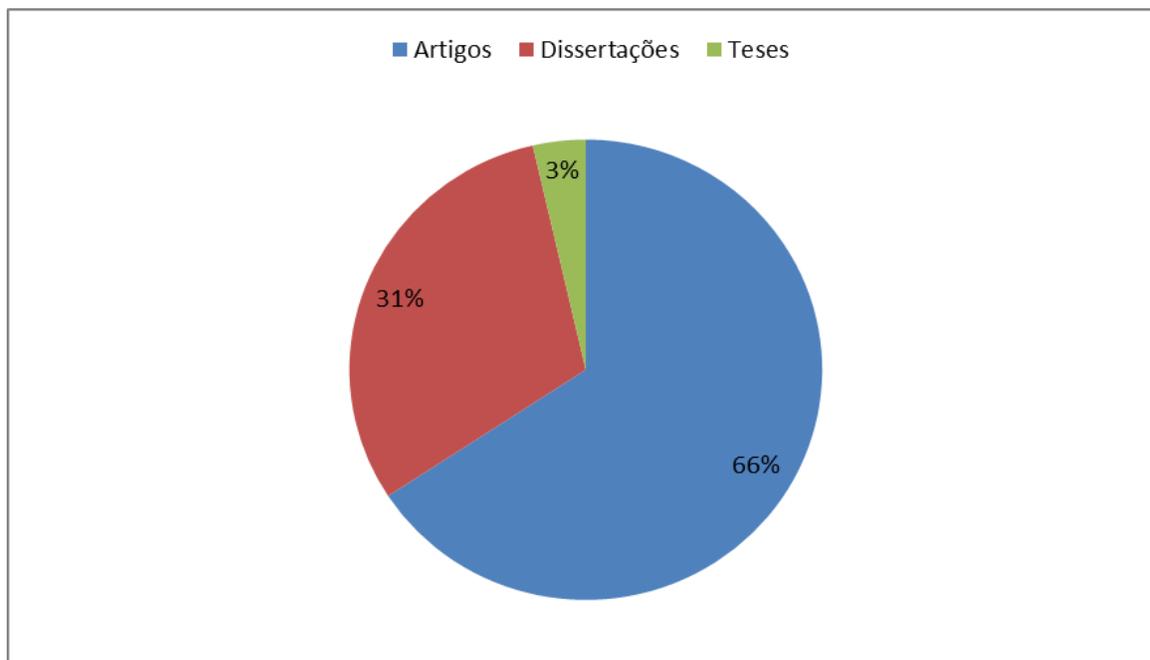


Gráfico 2: Porcentagem do total de publicações por região

