

Contribuições da Psicanálise para a Clínica Psicossocial.

Volnei Antonio Dassoler

Psicanalista. Integrante do CAPS ad Caminhos do Sol e membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Especialista em Teoria Psicanalítica pela UNISINOS e em Saúde Mental Coletiva pela PUC-RS. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria. UFSM.

End.: Rua Tiradentes, 76/401. Santa Maria-97050-730 - RS Fone: (55) 99643070

Email: dassoler@terra.com.br

Claudia Maria de Sousa Palma

Psicanalista, Doutora em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto –USP. Pós-doutoranda do Laboratório de Psicopatologia Fundamental–UNICAMP e Profª. Adjunta da Universidade estadual de Londrina – PR.

End.: Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 - Campus Universitário. CEP: 86051-990. Departamento de Psicanálise

Fone: (43) 33714397

Email: cacaupalma@gmail.com

Resumo

Neste artigo, destacamos, inicialmente, os diferentes saberes e práticas que contribuíram no processo de transformação da

assistência pública destinada à doença mental, movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica. Esta nova configuração tem, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a estratégia central de cuidado ao usuário e trazem como novidade a conjugação das diretrizes clínicas e políticas na concepção dos projetos terapêuticos. O novo campo teórico-clínico descentra o discurso psiquiátrico tradicional, substituindo-o por uma proposta multidisciplinar que contempla a complexidade do fenômeno, permitindo a construção de uma clínica em que o estrangeiro da Psicanálise não seja tomado como ameaçador ou opositor, mas reconhecido como dispositivo terapêutico em sintonia com o redimensionamento político-clínico. Nessa via, o inconsciente é o “estranho” que a Psicanálise se propõe a fazer falar, justificando a extensão social da Psicanálise em que a presença do analista é um dos elementos que contribuem para o avanço e a solidificação da clínica no campo psicossocial.

Palavras chaves: Reforma Psiquiátrica, Centro de Atenção Psicossocial, Psicanálise, clínica, saúde mental.

Abstract

In this article, initially, we highlight the different knowledge and practices that contributed to the process of change of public mental health care assistance. Such actions, triggered at an international level, were focused on the transformation of health care towards people suffering from severe psychological distress, a clinical and political project which resulted in the Psychiatric Reform Movement. Such new configuration has centered its main strategy of care towards the user in Psychosocial Care Centers (PCC) and brings the combination of clinical and political directions in the conception of therapeutic projects. Such new field displaces the traditional psychiatric discourse, replacing it by a multidisciplinary proposal that contemplates the complexity of such phenomenon, enabling the perlaboration of therapeutic directions in which the foreigner of psychoanalysis is not taken as threatening or opposing, but it is recognized as an important therapeutic device, as it is in syntonic with the assertions of such clinical-political re-dimensioning. Thus, the unconscious is the “stranger” about which psychoanalysis

proposes to talk, justifying the social extension of Psychoanalysis and articulating the presence of the analyst as one of the elements that contributes to the advance and solidification of psychosocial health are clinic.

Keywords: Psychiatric Reform, Psychosocial Care Centers, Psychoanalysis, clinic, mental health.

Resumen

En este artículo destacamos, inicialmente, los distintos saberes y prácticas que contribuyeron en el proceso de mudanza de la asistencia pública destinada a la enfermedad mental. Esas acciones, desencadenadas a nivel internacional tenían, como preocupación, la transformación del cuidado a los portadores de sufrimiento psíquico grave, proyecto político y clínico que ha resultado en el movimiento conocido como Reforma Psiquiátrica. Esta nueva configuración tiene, en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), la estrategia central de cuidado al usuario y traen como novedad la conjugación de las directrices clínicas y políticas en la concepción de los proyectos terapéuticos. Este nuevo campo descentra el discurso psiquiátrico tradicional, sustituyéndolo por una propuesta multidisciplinar que contempla la complejidad del fenómeno, permitiendo la elaboración de una dirección terapéutica en la cual el extranjero de la Psicoanálisis no sea considerado amenazador u opositor, sino reconocido como dispositivo de tratamiento en sintonía con el redimensionamiento político-clínico. En esa vía, el inconsciente es el “extraño” que la Psicoanálisis se propone a hacer hablar, justificando la extensión social de la Psicoanálisis en la que la presencia del analista es uno de los elementos que contribuyen para el avance y la consolidación de la clínica en el campo psicosocial.

Palabras claves: Reforma Psiquiátrica, Centro de Atención Psicosocial, Psicoanálisis, salud mental.

Résumé

Dans cet article, nous remarquons d’abord les différents savoirs et pratiques qui ont contribué dans le processus de modification de

l'assistance publique destinée à la maladie mentale. Ces actions, créées au niveau international, avaient comme préoccupation la transformation des soins aux porteurs de souffrance psychique grave, projet clinique qui a devenu la Réforme Psychiatrique. Dans les Centres d'Attention Psychosociale (CAPS), cette nouvelle configuration a la stratégie centrale le soin au patient et apporte comme nouvelle, la combinaison des segments cliniques et politiques dans la conception des projets thérapeutiques. Ce nouveau domaine décentralise le discours psychiatrique traditionnel et le remplace par une proposition multidisciplinaire qui contemple la complexité du phénomène. Cela permet l'élaboration d'une direction thérapeutique dont l'étranger de la Psychanalyse ne soit pas pris comme un menaçant ou un opposant, mais qui soit reconnu comme le dispositif de traitement en équilibre avec le redimensionnement politique-clinique. Ainsi, l'inconscient est « l'étranger » que la Psychanalyse se propose à faire parler, en justifient l'étendue sociale de la Psychanalyse dont la présence de l'annaliste est un des éléments qui contribuent pour l'avancement et la consolidation de la clinique dans le domaine psychosociale.

Mots-clés : Réforme Psychiatrique, Centre d'Attention Psychosociale, Psychanalyse, Clinique, Santé Mentale.

A construção do paradigma manicomial

Para compreender as inovações presentes no atual campo da saúde mental, a partir do redimensionamento causado pelas ações da Reforma Psiquiátrica, faz-se necessário situar a crise do modelo anterior, caracterizado como médico e sintomatológico. Tal estruturação obedeceu a um vasto e complexo caminho, iniciado por Pinel (1793) e seu ato de libertação dos loucos dos grilhões. Considerado mito fundante da Psiquiatria, esse gesto datado do século XVII, sedimenta a trajetória dessa disciplina rumo à especialidade médica.

Amparado nessa estrutura, o campo médico organiza um modelo de tratamento que se tornará dominante e decisivo para a construção da figura imaginária sobre o doente mental. Segundo Amarante (2009), a caracterização do louco, enquanto representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização

da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria. Na análise do autor, esta síntese, matizada pelo discurso científico, projeta no doente, traços de comportamento que serão decisivos na construção de um imaginário social sobre a loucura, o qual resultará na associação íntima entre manicômio, exclusão e cronificação.

A ambição terapêutica de Pinel, quando liberta os loucos das correntes, segundo Amarante (2009), “não possibilita a inscrição destes em um espaço de liberdade, mas, ao contrário, funda a ciência que os classifica e os acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental” (p.25).

As leituras históricas de Foucault (1996) colaboram na compreensão acerca da trajetória das representações da loucura produzidas pela civilização humana. De acordo com o autor, a loucura errante da idade clássica começa a se fixar no código médico com o processo de transformação da natureza dos hospitais. Até esse período, a instituição hospitalar abarcava um território habitado pela heterogeneidade, sendo destino definitivo ou transitório dos desvalidos, pobres, doentes e excluídos. A administração do lugar ficava a cargo das ordens religiosas que se preocupavam com o exercício da caridade cristã e com a missão de salvação das almas. O sujeito, no seu desamparo, buscava abrigo e alívio do corpo enquanto esperava por uma boa morte. A presença do médico era irregular confirmando que a cura, enquanto objetivo, não constituía a razão da existência da instituição.

Abordando o nascimento da clínica, Foucault (1996), no livro *Microfísica do Poder*, indica que a medicalização do hospital é forjada pela implementação sistemática da disciplina e pelo esquadramento dos procedimentos desenvolvidos no seu interior estando o médico no comando das ações. Estas instalam um padrão de funcionamento a partir do controle e registro da evolução do doente, das doenças e das rotinas institucionais oportunizando o controle do ambiente hospitalar. Segundo Foucault (1996), “constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital, que não é somente um lugar de cura, mas, também de registro, acúmulo e formação de saber” (p.110). Vemos que a clínica, ativida-

de viva e construída no dia a dia do hospital, substitui, em grande parte, a transmissão dos tratados clássicos, passando a ser uma “dimensão essencial do hospital” (p.111). Dentro dessa perspectiva, o pensador formula que o sujeito acompanhado e observado neste ambiente vai emergir como objeto de saber. Esse movimento ressalta que a racionalidade da medicina psiquiátrica é, na sua origem, fundamentalmente fenomenológica e com fins classificatórios. A síntese proposta por Amarante (2009), identifica “uma relação entre medicina e hospitalização, fundada na tecnologia hospitalar e um poder institucional com novo mandato social: o da assistência e tutela” (p 26).

No Brasil a situação percorreu caminhos semelhantes influenciada pelo pensamento hegemônico. Registramos, já no período monarquista, a inauguração de uma série de instituições hospitalares destinadas ao tratamento dos recém identificados e denominados alienados. A primeira delas é o Asilo Dom Pedro II fundado em 1852 no Rio de Janeiro. A partir de então, outras cidades como São Paulo, Recife, Belém, Salvador e Porto Alegre, criaram seus manicômios que se constituíram como locais específicos para o tratamento das enfermidades mentais. Esta modalidade se amplia no regime republicano, enodando procedimento asilar e mecanismo terapêutico.

Machado de Assis (1996), quase cem anos antes da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), no livro, *O Alienista*, ironiza o fervor de Simão Bacamarte, médico alienista e personagem principal da trama que, fascinado pela ciência, adota o conceito de alienação mental como um importante avanço científico. No texto, percebe-se o fascínio com a experiência pineliana, pela escolha do tratamento moral como método de cura no recém fundado hospício da Casa Verde. Tal local converte-se no destino daqueles em quem o olhar clínico identifica traços desviantes na expressão de suas emoções, interpretado como “desrazão”. Para auxiliar no cumprimento de sua missão, o alienista outorga às autoridades civis e policiais a incumbência de recolher e isolar os casos suspeitos, instaurando, com esse procedimento, o uso da psiquiatria como instrumento de controle social. A narrativa conduzida pelo autor é brilhante, na medida em que antecipa o desfecho dramático de uma forma de pensamento que, presumindo-se re-

volucionária, propunha como mecanismos terapêuticos o domínio das paixões pela imposição da realidade objetiva e a retirada dos “alienados” do convívio familiar e social, apresentando os hospitais, como novidade terapêutica.

Os argumentos desse modelo definiram-se, a partir da modernidade, com a importação, para o campo médico, das referências epistemológicas associadas às ciências naturais. A perspectiva naturalista sustenta que o método de isolamento é mais compatível com o propósito das investigações científicas. Para melhor efetuar a observação e obter o conhecimento sobre o objeto, o mesmo deveria ser retirado das influências nocivas do seu habitat natural. O método, quando transposto para o campo da loucura, implicará na retirada do sujeito do seu ambiente de convívio, considerado motivador da sua confusão mental. Sem interferências externas, pode-se acompanhar o processo de evolução e desenvolvimento da doença ao mesmo tempo em que se oportunizam condições de intervenção sobre o objeto fazendo coincidir, assim, investigação e tratamento no mesmo projeto de ação.

O princípio do isolamento da ciência fiscalista, ao adentrar no campo da loucura, deriva para intervenções iatrogênicas expressas na prática social da exclusão, na ruptura dos vínculos afetivos, com a conseqüente cronificação do paciente psiquiátrico. A esses fatores agrega-se, ainda, a tutelação por parte do Estado, acarretando a suspensão de sua cidadania.

Nesse sentido, o pacto reformista brasileiro vai surgir interrogando a indiferença quanto a esses fatos por parte do Estado e dos segmentos envolvidos na condução dos tratamentos, postulando uma ampla reforma da estrutura pública de assistência. Amarante (2009) historiciza os meandros da Reforma Psiquiátrica Brasileira que determinou a trajetória atual da política nacional de saúde mental:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica, o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico

e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreto e, principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização. (Amarante, 2009, p. 87).

Num contexto mais amplo, o fim da segunda guerra mundial encontra uma população ainda afetada pelo sofrimento, pela miséria, pela perda dos direitos civis e da liberdade causados, em parte, pela opressão dos regimes autoritários que repercutia na precária qualidade de atendimento encontrada nos hospitais psiquiátricos e, conseqüentemente, em baixos índices de recuperação. Tal percepção impulsiona o surgimento de diversos movimentos ao redor do mundo. Para favorecer o entendimento desse artigo, utilizamos a ordenação das experiências internacionais realizadas por Amarante (2009) a partir de uma periodização proposta por Birman e Costa (1994).

Um primeiro conjunto de reformas foi desencadeado a partir das contribuições da Comunidade Terapêutica (Inglaterra) e da Psicoterapia Institucional (França). Engajados no contexto de re-composição dos modelos de tratamento das doenças mentais suscitados no período pós-guerra, entre 1940 e 1960, seus articuladores consideravam o hospital como espaço potencialmente terapêutico, cujo propósito de cura deveria ser o objetivo de todos os participantes do complexo hospitalar, profissionais de saúde, pacientes, familiares. A iniciativa parecia estar em consonância com o desejo de reconfiguração dos espaços coletivos fragilizados pela ação bélica, e seus defensores, invocavam a idéia de que o convívio e o compartilhamento do espaço, na forma criativa e ativa, funcionariam como potencializadores terapêuticos. A proposta surge, a partir do diagnóstico de que, o fracasso dos tratamentos é resultado, em grande parte, das tensões e dos conflitos vividos internamente no ambiente do hospital. Assim, a estratégia

de mudança dava ênfase a intervenções de caráter coletivo por meio de reuniões, grupos, oficinas buscando a horizontalização das relações e incentivando a participação de todos no cotidiano do hospital. Ambicionavam, sobretudo, uma participação mais efetiva de todos os segmentos o que resultaria na recuperação da função terapêutica da instituição.

Temos, em continuidade, um segundo grupo representado pela Psiquiatria de Setor (França) oriunda nos anos 60, e pela Psiquiatria Preventiva ou Comunitária de Gerald Caplan (1980). Em comum, ambos os discursos, preservam a Psiquiatria como saber hegemônico sobre a loucura, aportando como novidade o descentramento do eixo hospitalar como local privilegiado de assistência. Na proposta francesa, vemos a tentativa de criar ambientes extra hospitalares de cuidado junto à comunidade, a partir da divisão territorial com o propósito de evitar o afastamento do doente do seu meio ambiente, privilegiando o fortalecimento do vínculo familiar e social. O hospital permanece na retaguarda para o atendimento a pacientes graves, crônicos ou agudos, reivindicando a comunidade um comprometimento maior na gerência dos problemas psiquiátricos de seus habitantes.

O movimento americano, por sua vez, tem no livro de Gerald Caplan, *Princípios da Psiquiatria Preventiva* (1980), sua bússola. A proposta do autor pretende-se revolucionária ao inverter o foco da atenção da psiquiatria na relação com o objeto de estudo. Ao invés de buscar a doença mental, o psiquiatra e seus representantes deveriam dirigir sua atenção para um novo foco: a saúde mental. Nesta nova perspectiva, a psiquiatria ultrapassa os muros do hospital e ganha um novo território: a comunidade. Esta e seus habitantes serão acompanhados e monitorados pelos serviços de saúde. O objetivo da verificação é conhecer hábitos e identificar fatores de risco para o adoecimento mental, utilizando questionários, entrevistas e visitas domiciliares. A nova proposta defende que o psiquiatra deve estar na comunidade e não apenas no hospital psiquiátrico e sua função não visa somente à recuperação da doença e sim à sua prevenção. De toda maneira, o resultado obtido com o deslocamento teórico clínico não foi o incremento de índices de saúde, mas o alargamento dos critérios de adoecimento. A síntese elaborada por Amarante (2009) define que:

O projeto da Psiquiatria preventiva determina que as intervenções precoces, primária e secundária, evitem o surgimento ou o desenvolvimento de casos de doença, decretando, dessa forma, a obsolescência do hospício psiquiátrico. Conseqüentemente, alarga-se o campo para intervenção preventiva que deve ter início no meio social, evitando que se produzam condutas patológicas. O conceito chave que permite a possibilidade de uma intervenção preventiva é o de crise, estabelecido a partir de conceitos de adaptação e desadaptação social, provenientes da sociologia (p.38). O preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, da expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais (p.41).

O fenômeno foi verificado, também em solo brasileiro, onde a abertura dos Centros Comunitários de Saúde Mental desencadeou um aumento de demanda por tratamento psiquiátrico, sem a conseqüente redução de pacientes internados. Como efeito, o processo de expansão da rede de ambulatórios de saúde mental, resultou na psiquiatrização do social.

Um terceiro conjunto decisivo para o enlace da reforma brasileira, reúne a Antipsiquiatria inglesa representada por Cooper e Laing (1960), que recebem a influência de inúmeras referências culturais como a Psicanálise, o existencialismo e o marxismo e por outro lado, a Psiquiatria Democrática Italiana, emblemática na figura de Franco Basaglia. Embora a primeira tenha sido ruidosa em seus argumentos, será a segunda que participará como importante alicerce dos eventos em solo nacional. As duas correntes têm em comum uma postura de ruptura com a Psiquiatria enquanto saber e método de tratamento, indo além da contestação dos desvios sofridos pela Psiquiatria e da precariedade do ambiente hospitalar. Amarante (2009) qualifica esta radicalização:

Ruptura esta referente a um olhar crítico voltado para os meandros constitutivos do saber/prática psiquiátricos: o campo da epistemologia e da fenomenologia. Desta ma-

neira, buscam realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, aqui entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionados e redutores da complexidade dos fenômenos (p.22).

Tenório (2001), por sua vez, explica, que a tese do paradigma italiano de desinstitucionalização visa desmontar a noção de doença mental, por entendê-la, como uma categoria conceitual redutora e simplista da experiência humana. Nessa direção, o movimento vai além do desmantelamento da instituição hospitalar, almejando negar a própria doença mental e propondo compreender as suas manifestações como relativas às vicissitudes da relação do indivíduo com o corpo social. De acordo com o autor, o ideal intrínseco da lógica basagliana propõe o rompimento com o paradigma clínico para, simultaneamente, inventar uma nova instituição e novos dispositivos de cuidado a partir do território de cada um.

Essas influências começam a despontar no cenário brasileiro, onde algumas iniciativas começam a ganhar destaque em sintonia com as mudanças ocorridas dentro do processo de redemocratização do país. Tomando como ponto de partida, o aspecto político, são organizadas conferências de saúde mental em diversos níveis que introduzem nas pautas de discussão o questionamento sobre a política nacional de saúde, por meio de propostas destinadas à redução de leitos psiquiátricos, participação dos segmentos envolvidos no controle e gestão dos serviços, reformulação curricular dos cursos da saúde, ampliação do quadro de funcionários, capacitação dos servidores, abertura de serviços substitutivos aos usuários, dentre outras.

Concomitantemente à difusão dessa perspectiva, constata-se a necessidade de reorganização dos serviços já existentes e a criação de novas estruturas institucionais, levando em consideração os preceitos oriundos da Reforma Sanitária, do 8º Congresso Nacional de Saúde (1978) e da Reforma Psiquiátrica. Assim, a direção das reformas se unifica e ganha estatuto teórico com a produção de novas categorias conceituais como escuta, resgate da cidadania, reinserção social, reabilitação psicossocial, dentre

outras. Em coerência com seus fundamentos, os conceitos demonstram vinculação com o esforço de viabilizar a inclusão social dos loucos e da loucura, considerada o primeiro e mais importante objetivo dos tratamentos.

De acordo com Tenório (2001), o contexto brasileiro recebeu maior influência da psiquiatria democrática italiana e da psicoterapia institucional francesa. A primeira pela ênfase às dimensões sociais e políticas, a outra, por apontar que há na loucura uma especificidade de que somente a clínica poderia dar conta. A conjugação particular desses elementos formataria o campo teórico e prático do movimento brasileiro, a partir de três vértices: desinstitucionalização, clínica institucional e reabilitação psicossocial, formulação traduzida por vários dispositivos de atenção, dentre eles, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) considerados estratégicos e substitutivos ao modelo médico hegemônico, vigente no campo em saúde mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial e o mandato da reforma

A assistência em saúde mental no Brasil, de maneira geral, até a criação de novas modalidades de atendimento, pode ser representada por dois registros: o da internação e o das consultas ambulatoriais. O primeiro era destinado a pacientes graves, agudos ou crônicos, e o segundo, a pacientes em manutenção que não apresentavam quadro de risco. Não havia, portanto, estrutura pública intermediária. Nesse âmbito, corria-se o risco de haver uma positivação generalizada de critérios para internação em detrimento de encaminhamentos mais flexíveis e abertos.

Institucionalmente, o processo de reorganização dos serviços de saúde mental repercute no país a partir de 1990, com as iniciativas que fazem surgir o primeiro (CAPS) na capital paulista, nomeado de CAPS Luiz Cerqueira, em 1987, e os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) na cidade de Santos, experiências inspiradoras que serviram de subsídios para a elaboração das portarias ministeriais de criação dos CAPS. Esse modelo que congrega características política e clínica é projetado para intervir no campo dominado pela lógica da internação, propondo, como alternativa,

cuidados diferenciados que considerem a permanência do sujeito no seu território e o fortalecimento dos seus vínculos afetivos, familiares, sociais, identificados, a partir de então, como profundamente terapêuticos.

A nova instituição é concebida em caráter aberto, ficando encarregada de prestar assistência direta e cuidados diários aos pacientes por meio de uma equipe multidisciplinar. A aposta é a de que as características desses serviços qualificariam e humanizariam o tratamento dispensado aos usuários mantendo-os extramuros e reservando à internação hospitalar para episódios de crise. Diante disso, a internação tem suas indicações redimensionadas, devendo ocorrer, prioritariamente em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, conforme planejamento do Ministério da Saúde, com vistas à redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos. Essa tendência é confirmada pelos dados do próprio organismo federal, os quais mostram no ano de 2002 51.393 leitos, número reduzido para 35.426 em junho de 2009.

Progressivamente, constata-se o incremento do financiamento público em saúde mental para a rede que compõe serviços psicossociais como os CAPS, redirecionamento fortalecido com a aprovação da Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica e com a Portaria 189/02. A prioridade dos CAPS na nova política pública é traduzida por outros números do próprio Ministério, os quais apontam um salto de 295 CAPS em 2001 para 1650 em junho de 2011. Assim, os CAPS nascem com o mandato de ser uma instância intermediária de atenção que congrega convivência, tratamento, vinculação territorial, cidadania e reabilitação.

Com efeito, após a primeira década do movimento reformista no Brasil ter direcionado sua preocupação com o resgate da cidadania, é possível constatar uma ampliação da atenção e um enfoque na dimensão clínica que com a aprovação da Lei 10.216 e da Portaria 336/02 agrega-se ao avanço político. A perspectiva clínica ganha valor por fazer sobressair o viés da singularidade, já que, ofertar intervenções centradas, exclusivamente, no nível do cidadão (trabalho, alimentação, deslocamento, cuidado, afeto) desconsideram o sujeito, naquilo que ele tem de marginal à sua esfera de cidadão. Assim, a dimensão da clínica é recuperada, tendo seu

valor reconhecido e suas intervenções valorizadas, na medida em que se percebe que sua adjetivação não contradiz as diretrizes da atenção psicossocial, tornando possível a integração entre ambas.

Em síntese, o caráter humanizador reivindicado pela reforma e agenciado pelo resgate da cidadania, ganha, a partir da incorporação da clínica e, mais especificamente, da contribuição psicanalítica, um forte aliado na compreensão sobre o fenômeno psíquico, nas suas inúmeras manifestações. De agora em diante, o fenômeno da loucura situado como uma forma de estruturação subjetiva pelo campo psicanalítico aproxima-se do discurso da reforma psiquiátrica, pactuação que permite a criação solidificação de dispositivos de tratamento num campo de trabalho comum.

Cabe lembrar que os CAPS norteiam-se pela concepção de que o sofrimento psíquico é uma manifestação de existência, devendo ser acolhido e acompanhado na dimensão histórico-social e singular. Interpretar o sintoma como relativo à história de vida, ou questão de existência na definição do mandato reformista, rompe com a representação médica dominante e reorienta as intervenções que, a partir de agora, recusam uma abordagem exclusivamente sintomatológica, incluindo o sujeito na experiência vivida, ressignificando o fenômeno pela sua complexidade.

De acordo com a natureza psicossocial deste projeto, os CAPS têm, como função, acolher, o sujeito na condição de indivíduo, ou seja, valorizando os aspectos da sua vida que dizem respeito a sua inscrição no mundo, dando conta dos elementos relativos à noção da cidadania, como o acesso a moradia, ao trabalho, à saúde e à uma posição de responsabilização sobre as vicissitudes da sua vida. Por essa razão, o agenciamento ao serviço deve estar acessível ao usuário e ter clara a priorização da abordagem comunitária, ambulatorial e territorial, enfocando a integração das funções sociais e terapêuticas da instituição. A despeito das dificuldades, o serviço deve dispor de medidas terapêuticas específicas destinadas a estes pacientes, cuja diversidade de recursos clínicos deve considerar, sempre que possível a heterogeneidade dos pacientes e as dificuldades acarretadas pela limitação da vida imposta pela psicopatologia. Dentre essas dimensões podemos inscrever a clínica psicanalítica.

A psicanálise e o nascente campo da clínica psicossocial

Entre o final do século XIX e início do século XX, o mundo acompanhou Freud na sua apresentação da Psicanálise. O sintoma neurótico, marginalizado pela ciência médica, ganhava legibilidade e legitimidade através da *talking cure*, permitindo que o enigma histórico inscrito no corpo fosse interpretado pela palavra a partir do endereçamento transferencial aceito por Freud. Com tal atitude e risco, Freud desloca a histeria do lugar da encenação para a assunção do desejo recalcado. Na trajetória teórico-clínica empreendida por Freud, vemos que os temas que hoje se inscrevem no campo da atenção psicossocial, como as psicoses, as toxicomanias, o alcoolismo e os quadros infanto-juvenis graves, embora recebessem sua atenção, não constituíram seu principal interesse.

De fato, na conferência Sobre a Psicoterapia (1905), Freud sintetiza que a técnica concebida por ele devia ser o método de tratamento escolhido para as formas crônicas de histeria, estados obsessivos, abulias e similares, quadros que hoje comporiam a constelação neurótica (1907/1976, p.275). No caso das psicoses, Freud é claro quanto à restrição da aplicabilidade da técnica analítica, porém, preconiza a sua viabilidade no futuro, mediante novos estudos e desenvolvimentos clínicos. O que nos interessa assinalar é o caráter receptivo e aberto deste pronunciamento que deixa esse aspecto da sua obra. Afirma, então:

Psicoses, estados de confusão e depressão profundamente arraigadas (poderia dizer tóxicos) não se prestam, portanto, a Psicanálise, pelo menos não para o método que vem sendo praticado até o presente. Não considero de modo algum impossível que, mediante modificações adequadas do método, possamos ser bem sucedidos em superar essa contra indicação- e assim podermos iniciar uma psicoterapia das psicoses (p.274).

Nessa direção, o texto de 1919, Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica, mostra-nos Freud olhando para o futuro e para as oportunidades que a Psicanálise poderia encontrar pelo caminho, referindo que o alcance de suas descobertas permitiria que, cedo ou tarde, elas pudessem ser ofertadas como recurso terapêutico em instituições públicas. A expansão estaria amparada no reconhecimento do mérito da técnica psicanalítica e a grande quantidade de miséria neurótica da população em geral. Com isso, médicos preparados juntar-se-iam a outros profissionais que, de forma gratuita, prestariam atendimento em instituições e clínicas de pacientes externos oriundos de camadas sociais mais amplas em sofrimento neurótico grave. Coerentemente, Freud antevê o desafio em que se coloca a Psicanálise nesta empreitada afirmando:

...defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar nossa técnica às novas condições(...). No entanto, qualquer que seja a forma como essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados a Psicanálise estrita e não tendenciosa (1919, p.181).

Na conferência 34, Freud (1932) volta a falar sobre a especificidade da sua descoberta, tarefa que realizou muitas vezes na sua vida, empenhado que esteve em desfazer preconceitos e combater a incredulidade suscitadas pelo seu trabalho, ao mostrar-se firme contra os abusos indevidos. Esta conduta ilustra Freud psicanalista e pensador atento aos efeitos públicos de suas contribuições, sem se furtar à necessidade de justificar as bases de seus procedimentos:

....embora, a estrutura da Psicanálise esteja inacabada, ela apresenta mesmo nos dias atuais, uma unidade da qual os elementos componentes não podem ser separados ao capricho de qualquer um (170) . Como método de tratamento é um método entre muitos, embora seja, pra dizer a verdade, *primus inter pare*. Se não tivesse valor terapêutico, não teria sido descoberto, como o foi, em relação a pessoas doentes, e não teria continuado des-

envolvendo-se por mais de trinta anos (p.191).

As posições acima delegam aos pós-freudianos a perspectiva de ampliação do escopo psicanalítico na mesma medida em que deixa claro que não haveria psicanálise, tampouco ela se manteria, se o componente terapêutico não fosse reconhecido. Assim, recusando qualquer aproximação ao *furor curandis*, Freud nos alerta para a importância do aspecto terapêutico num tratamento conduzido por um analista, consideração que toma maior relevância com pacientes com transtornos graves, população para as quais são destinados os CAPS. Negar esse pressuposto pode incorrer no risco de negar à Psicanálise sua inserção na saúde mental.

Pela sua origem, a Psicanálise encontrava-se associada ao modelo médico, pertencendo, portanto, ao campo que deveria ser desconstruído. Lembremos que, de maneira geral, a resistência à Psicanálise na prática institucional foi mais incisiva quanto ao seu método clínico, identificado como elitista, individualista e insensível às determinações socioculturais. A precisão do inconsciente freudiano na sua amoralidade e atemporalidade cunhou o preconceito de uma prática a-histórica e apolítica. Uma leitura mais criteriosa demonstra a improcedência da crítica, na medida em que Freud e Lacan as intervenções clínicas que a psicanálise propõe não excluem a relação do sujeito com o Outro, nem recusam o social. Luciano Ellia (2000) complementa:

...o sujeito do inconsciente não é um sujeito empírico, dotado de atributos psicológicos, sociais, políticos, ideológicos ou afetivos. Enquanto tal, ele é sem atributos, e trata-se, na experiência analítica, de reconstruir os modos pelos quais ele se constitui sintomaticamente, a imensa floresta de valores, identificações, traços de pertinência social, política ou ideológica, aspectos psicológicos, etc. O sujeito do inconsciente não é, em si mesmo, pobre ou rico, branco ou negro, tampouco- e aí se situa, talvez, o ponto mais escandaloso da descoberta freudiana-homem ou mulher. É em sua relação com a alteridade, em que para ele consistem a linguagem, família a sociedade, enfim, todos os elementos que Lacan denominou o Outro, que o sujeito vai sexual-se homem ou mulher, e

definir seus demais atributos (p. 35).

O incremento da relação entre Psicanálise e Saúde Mental implica, *a priori*, na identificação de afinidades que garantam a legitimidade dos discursos e de suas especificidades. Do lado da saúde mental é necessário contemplar a função do cuidado psicossocial em pacientes com quadro psicopatológico grave. No campo psicanalítico, é preciso resguardar as condições de reconhecimento da singularidade por meio da escuta do sujeito do inconsciente, escuta que rege e funda o lugar do analista nos diferentes locais e nas diversas representações do seu ofício. Nesse sentido, o que visa à prática de um analista é recolher, a partir dos eventos da linguagem, a ação do significante sobre o sujeito que, ao irromper na cadeia discursiva de cada um, sinaliza a presença da alteridade e nos afirma a incidência do laço social.

Nossa intenção é apontar que os dispositivos de ação clínica orientados pelo discurso psicanalítico circunscrevem e alavancam as conquistas de cidadania almejadas pela Reforma Psiquiátrica. O excluído social está atrelado ao excluído do discurso. Em outras palavras, entendemos que situar a determinação do desejo como relativa à posição subjetiva, não coloca o analista em oposição ao discurso político apregrado pelo movimento. Rinaldi (2003) define: “A heterogeneidade entre os campos do sujeito- concebido como sujeito do inconsciente- e da cidadania, todavia, não implica necessariamente, uma oposição entre estes dois campos, que acabe por redundar na eliminação de um em proveito do outro” (p.5). Outro elemento a ser evidenciado diz respeito ao caráter substitutivo dos CAPS que, por sua condição estratégica no redimensionamento dos serviços psiquiátricos lhe outorga a tarefa de receber um universo particular de usuários, cujo conjunto não se enquadra no perfil dos analisantes da clínica psicanalítica convencional, pois, são os que, historicamente, habitavam os hospitais psiquiátricos. Nos CAPS, segundo Rinaldi (2005)

...estas formulações são fundamentais para pensar o lugar do psicanalista no campo da saúde mental, onde ele se defronta com a “miséria do mundo”, não apenas das condições sócio-econômicas daqueles que procuram o serviço, mas também das situações clínicas

extremamente graves, seja de psicose, neurose grave ou mesmo outros estados que implicam um risco iminente de passagem ao ato, por exemplo. Esses quadros clínicos demandam uma resposta social, em termos institucionais, que um analista na solidão de seu consultório não poderia dar. Mais do que nunca, para sustentar o desejo do analista, o analista deve saber não recuar de seu desejo, o que significa não recuar de sua castração (p.8).

Dentro desta lógica, a organização dos serviços nos CAPS adota o modelo da interdisciplinariedade e prevê, na sua execução, a existência de uma direção de trabalho forjada a partir da transferência de trabalho, operação que visa preservar as condições para que os diversos olhares sobre o fenômeno envolvido possam ser reconhecidos. Essa aposta leva em conta que os diferentes saberes, quando acionados no cotidiano, funcionarão como disparadores de reflexão e prática, incidindo na busca por novos arranjos subjetivos para o sujeito em tratamento. Figueiredo (2007) postula que o trabalho em instituições públicas requer a convivência entre os diferentes profissionais e que, nesse ambiente, cabe ao analista ser específico na sua atribuição e não mais um especialista. A autora define que, além da tarefa de conviver, será necessário que o analista articule sua presença na direção do trabalho em equipe, na partilha com outros profissionais, não necessariamente introduzidos à Psicanálise.

Figueiredo, usando da expansão que Lacan faz do conceito de transferência para transferência de trabalho, salienta que, nas instituições, ela deve ser tomada como condição de produção de laço produtivo entre os pares, operando pela compreensão da existência de um objetivo comum às diferentes profissões, convergindo na clínica como referência ampliada. Diz Figueiredo (2007)

quando falamos transferência de trabalho estamos deixando de lado toda uma concepção de transferência que remete à resistência e aos sentimentos amorosos e/ou hostis....estamos aqui, tomando o conceito nem sua outra acepção, presente em Freud e reafirmada por Lacan com todas as suas conseqüências, que é a de

condição para o trabalho analítico. Em nosso caso, a transferência seria condição para o trabalho em equipe (p.86).

De acordo com Figueiredo, há que se produzir algum tipo de transferência com os colegas que não passe pelo ensino da Psicanálise, mas, com o *modus operandi* freudiano. Justifica que a aceitação da psicanálise não se dará pela apropriação e circulação dos conceitos nos ambientes de trabalho senão pela forma como o analista produz seu ato e o sustenta com seus colegas de equipe. Ao dar mostras do seu fazer, diferencia-se dos demais e coloca-se no lugar de ter seu ofício demandado como operador clínico.

O psicanalista é um entre vários e lhe é delegado o compromisso de conduzir seu fazer na intersecção entre clínica e política, tendo a vertente da saúde mental definida como “um campo multidisciplinar, heterogêneo e plural, onde diversos saberes e práticas se entrecruzam” (p 142), afirma Rinaldi (2006). Com isso, a lógica da assistência ancora-se em diferentes versões teórico-clínicas orientadas a instaurar novos dispositivos de atendimento tendo a Reforma Psiquiátrica como fio condutor.

Conclusões

Ao adentrar nos CAPS, o analista se depara com a ausência do *setting* tradicional disponível, precisa discutir o caso do seu paciente com outros profissionais e constata que os dispositivos clínicos mais difundidos são de caráter grupal e intervenções em caráter de urgência. Dessa forma, é apresentada aos analistas a tarefa de encontrar nesses modelos condições para a ética que funda a clínica psicanalítica e que, resguardem, ao mesmo tempo, os princípios da atenção psicossocial.

Ao invés de eleger um lugar de pura crítica, o analista contribui na construção e qualificação da mesma, colaborando com a especificidade do seu ofício. Dito de outra forma, o analista precisa ir além da explicitação contida na denúncia de alienação do sujeito, presente no modelo orgânico e no discurso político universalizante. Ele se torna responsável por desenvolver, a partir do seu campo, alternativas de tratamento que respondam aos quadros

clínicos recebidos nos CAPS, como as psicoses, as toxicomanias, e os problemas graves relativos ao desenvolvimento infantil. Mais precisamente, entendemos que a psicanálise colabora quando se torna propositiva ao indicar uma operatividade clínica para este contexto, que leve em conta os aspectos relativos ao mesmo, como as noções de saúde, doença, normalidade, ideal e cura em articulação com a especificidade do tratamento analítico, isto é, o singular das vicissitudes de um sujeito na busca da satisfação pulsional.

Tendo em vista esse objetivo, ressaltamos que o trabalho analítico se faz guiado por algumas invariáveis consagradas no campo psicanalítico, designadas como fundamentos da clínica como transferência, repetição, inconsciente e pulsão, conjunto metapsicológico que funda um manejo particular com o sofrimento psíquico. No caso específico de que estamos tratando, propomos que a escuta do sujeito na clínica psicossocial é enriquecida com a delimitação de outros dois conceitos: sintoma e ética. A justificativa para essa escolha é dada, no caso do sintoma, por considerarmos que o trabalho efetivado nos CAPS acolhe sujeitos cujas estruturas psíquicas diferenciam-se do quadro neurótico, com sintomas que interrogam a noção freudiana de solução de compromisso e do retorno do recalcado. No caso da ética, esta se torna relevante quando consideramos que a prática do analista convive com a de outros profissionais que comparecem com propostas distintas a concepção freudiana de sujeito, fato que coloca o trabalho do analista sob outra perspectiva.

Desta forma, propomos que a prática de um analista na clínica institucional dos CAPS pode ser viabilizada, independentemente da modalidade operatória da intervenção, a partir do balizamento destes conceitos, especificidades teóricas que incidem na clínica e no trato com o sujeito que se torna legível a partir do endereçamento ao analista que suporta recebê-lo, atualizando o gesto inaugural de Freud. Assim, parece evidente que a aposta não se encontra nos formatos das modalidades técnicas de atendimento, o que significaria a técnica reduzida a si mesmo. A afirmação pressupõe que a lógica do sujeito a ser acolhido diz respeito ao inconsciente, ao desejo e ao circuito pulsional em intervenções denominadas psicanalíticas por se constituírem como operações de produção de

saber acerca da falta, singularizadas no percurso de cada paciente.

Nesta direção, o analista toma o sintoma como um elemento que faz o sujeito falar, na suposição de que a relação que sujeito e sintoma estabelecem é de sobredeterminação e não de exclusão. Fica clara, que essa perspectiva diz respeito à inclusão do sintoma como manifestação relativa à existência do sujeito, articulação entremeada ao laço social, portando especificidade tanto quanto ao manejo, quanto como sinalizador de uma verdade sobre o sujeito. Por outro lado, a ética do analista surge como a sustentação desta evidência testemunhada pela presença de um analista nos diferentes dispositivos clínicos ofertados.

Tal aposta revela a porta de entrada dos analistas nestes serviços, que se dá no reconhecimento de que todo e qualquer tratamento requer a responsabilização do usuário sobre as contingências da sua vida, as escolhas e saídas, conduta ética que ratifica a existência de um sujeito. Lacan (1964) nos interpela insistindo que “por nossa posição de sujeito somos sempre responsáveis” (p. 873). Em sua declaração, procura evidenciar que o alcance da responsabilidade que interessa ao analista na direção do seu trabalho, não é aquela que cobra a correspondência ou a falta de correspondência com os fundamentos da moralidade cotidiana. A responsabilidade validada por Lacan é aquela que se presentifica no gozo do sintoma, nas manifestações do delírio, nas passagens ao ato, que, ao serem localizadas em seu caráter de desconhecimento, demandam o pronunciamento do sujeito. Por isso, a ética em que o analista está implicado no seu cotidiano clínico é aquela que faz a convocação do sujeito a dar conta daquilo que se evidencia pelo seu padecimento, expondo, ora a divisão psíquica, ora o fracasso da circunscrição pulsional pelo limite da cadeia simbólica.

A vertente da clínica psicanalítica presente na dinâmica psicossocial está atrelada, sobretudo, a inventar uma saída que escape da reprodução da prática privada. Historicamente, o descrédito que a psicanálise recebeu na participação institucional esteve associado à recusa dos analistas em considerar a presença de outras estruturas discursivas nesses espaços e à insistência na reprodução imaginária do processo analítico. Os analistas devem reconhecer, previamente, que a participação nessa clínica exige-

rá assumir uma posição investigativa sobre a coexistência das diferentes leituras que coabitam esse espaço clínico. Em outros termos, caberá ao analista referir sobre a apropriação que faz de conceitos fundamentais da Psicanálise e como os transforma em operadores clínicos dentro dessas circunstâncias.

Se, por um lado, temos a recusa da reprodução burocrática da experiência analítica, por outro, reconhecemos que o incitamento a “criar, inventar” intervenções, comuns nos novos locais de trabalho, instala o risco de incorrer em práticas que se fundam, exclusivamente, na autossuficiência do praticante, deslize ético inaceitável. O reconhecimento das dificuldades e das particularidades convoca à inventividade de trabalho ao analista, pois pressupõe que o dispositivo suposto tornar-se-á analítico apenas na medida em que justificar a presença dos fundamentos e princípios analíticos, confirmando que uma experiência só é analítica *a posteriori* a ação do analista. Lembremos que Lacan indica que o analista não dirige o paciente, mas, sim, o tratamento, sutileza que não o desobriga do compromisso de dar as razões dos seus procedimentos. Nessa direção, o analista deve pronunciar-se sobre como inscreve e esclarece seu fazer diante da comunidade analítica, conduta que permite que seu ofício seja tomado como clínica, investigação e como parte integrante da própria formação de analistas.

Entendemos que a postura zelosa e disponível, observada em Freud, deve orientar os psicanalistas no enlace com a atenção psicossocial, buscando colocar em evidência as questões de limite. Limite tomado como fronteira, ou mais precisamente como litoral, na sugestão de Lacan, indicando que a sobrevivência da Psicanálise depende das relações que estabelece com as linhas demarcatórias dos diferentes campos discursivos com os quais o analista interage. Com isso, a interlocução não é escolha, senão imperativo para o pertencimento no panorama nascente da atenção psicossocial, em que as fronteiras discursivas e éticas ordenam relações, sinalizam afinidades e formalizam diferenças.

Para concluir, sobre essa responsabilidade vale lembrar Lacan (1998), que, em 1977, na conferência do departamento de Psicanálise de Vincennes, conhecida como “Abertura da Seção Clínica”, manifesta sua preocupação com a forma como os ana-

listas se interrogam e como se inscrevem no campo freudiano. Propõe que a clínica seja “uma forma de interrogar o psicanalista, de pressioná-lo a declarar suas razões” (p.7). No final do pronunciamento assume uma posição clara ao lembrar que: “a clínica psicanalítica deve consistir não apenas em interrogar a análise, mas em interrogar os analistas, para que dêem conta do que sua prática tem de arriscado, que justifica Freud ter existido” (p.8).

Referências

- ASSIS, Machado de. (1996). *O alienista*. São Paulo. Ática.
- AMARANTE, Paulo. (Org.). (2009). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2a ed.). Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- AMARANTE, P. (2003a). *Saúde mental, políticas e instituições: Programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiocruz/Ead Fiocruz.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 9, ano VI n.11. Informativo eletrônico. Brasília, 2011, acesso em 14 de agosto de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). *Legislação em Saúde Mental 1990-2002* (3ª ed. rev.). Brasília, DF: Autor.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2001). Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília, DF: Autor.
- ELIA, Luciano. (2000). *Psicanálise: clínica & pesquisa*. In ALBERTI, S.; ELIA, L. (Orgs.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. p.19-35.
- FIGUEIREDO, A. C. (2000). Do atendimento clínico ao individual: Um atravessamento na transferência. *Cadernos IPUB*,6(17), 124-130.
- FIGUEIREDO, A. C. (2007) (faltando o ano) A função da Psicanálise (e do psicanalista) na Clínica de Atenção Psicossocial. Nascimento, E & Gonzales, R.C. (Orgs.), *Psicanálise e os desafios da clínica na contemporaneidade* (Série Teoria da Clínica Psicanalítica, Num. 2, pp. 81-87). Salvador, BA: EDUFBA.

- FIGUEIREDO, A. C. (2005). Uma proposta da Psicanálise para o trabalho em equipe na saúde mental. *Mental*, 3(5), p 43-55.
- FIGUEIREDO, A. C. (2009). Psicanálise e Atenção Psicossocial: Clínica e intervenção no cotidiano. apresentada na Jornada Psicanálise e intervenções sociais, promovida pelo Instituto APOA, Porto Alegre.
- FOCAULT. M. (1996). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- FREUD, S. (1976a). *Sobre a Psicoterapia* (Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas). Vol. 7, p. 263-278 Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1905).
- FREUD, S. (1976b). *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* (Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas vol. 17, p. 199-211 Faltando o volume). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1919)
- FREUD, S. (1976c). Conferência XXXIV: Explicações, aplicações e orientações (Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas, vol. 22, p. 167-191). Rio de Janeiro: Imago,(1933). (Publicado originalmente em 1932)
- LACAN, J. (1977) Abertura da seção clínica. Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Appoa) Ano 2, n. 5. Maio 1991. p.5-8. Porto Alegre.
- LACAN, J. (1998). A ciência e a verdade. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 869-892). Rio de Janeiro: Zahar.
- RINALDI, D. (2005). Clínica e política: A direção do tratamento psicanalítico no campo de saúde mental In Lima & Altoé (Orgs.), *Psicanálise, clínica e instituição* p. 87-106. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- TENÓRIO, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Autor.

Recebido em 18 de outubro de 2010

Aceito em 30 de março de 2011

Revisado em 15 de abril de 2011