

**DO MANICÔMIO AO CAPS DA CONTENÇÃO (IM)PIEDOSA À
RESPONSABILIZAÇÃO**



Carlos Mendes Rosa

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Junia de Vilhena

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – RJ – Brasil



Resumo

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, através da literatura pertinente, faz uma análise do ambiente institucional, desde a Reforma Psiquiátrica até a situação atual dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); 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. 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.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. CAPS. Clínica. Singularidade.

Introdução

Qualquer pessoa que já tenha estudado a História da Loucura e saiba como eram os grandes manicômios, onde os “loucos” passavam a maior parte de suas vidas trancados, ficará espantado ao entrar em uma Instituição de saúde mental e encontrar todas as portas abertas e os chamados loucos, denominação erroneamente empregada para definir os pacientes com transtornos mentais, passeando pelo pátio ou assistindo à TV na sala de entrada.

Esta é uma cena comum atualmente nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da rede pública de saúde mental. O objetivo deste trabalho é delinear o atual panorama dos CAPS no Brasil, partindo da experiência deste serviço no Estado de Goiás. Analisaremos a formação histórica destes instrumentos, questionando a pertinência e a efetividade dos serviços para os portadores de transtorno mental e para a sociedade em geral. Buscamos, também, observar aspectos clínicos relacionados às práticas terapêuticas instituídas nestes locais.

Para conhecer esse local, que é herdeiro direto da Reforma Psiquiátrica, é importante retomarmos o percurso que se desenvolveu desde a instalação da psiquiatria até o modelo atual da prática em saúde mental. À época da revolução francesa, que marca o início da psiquiatria como hoje a conhecemos, a figura do doente mental não equivalia à figura do cidadão, pois o “louco” não era definido como um sujeito de razão e de vontade.

As manifestações da loucura não se configuravam como violação do contrato social; no entanto, o estado promoveu uma intervenção na vida desses sujeitos, privando-os do direito de exercê-lo (CASTEL, 1987). Tal intervenção ocorreu através da cumplicidade do saber psiquiátrico que assegurava à sociedade que o louco não possuía condições de nela conviver. Desta maneira o estado fica autorizado a gerenciar a loucura da melhor maneira possível para o bem-estar de todos.

Com a pedagogia da sociabilidade instituída por Pinel no Grande Hospital, seriam devolvidos ao “louco” tais atributos de razão e vontade, o que lhe permitiria se reinscrever no espaço social. Com requintes de fina ironia, para recolocar o doente mental em condições de participar da vida social, a condição prévia seria a sua exclusão (GABBAY, 2010).

Dois séculos de manicômios marcam a história a partir do advento do Grande Hospital. Ao longo do século XIX, a concepção dos manicômios se transforma do internato educacional proposto por Pinel para um local de sujeição violenta do louco, com enfoque na lesão orgânica presumível que acarreta a enfermidade mental, e não mais na desrazão (PESSOTTI, 1996). Assim, permitiu-se à psiquiatria apropriar-se de um conceito muito antigo, a loucura, como seu objeto de conhecimento.

Como afirma o autor, em nenhum outro período da humanidade tantas pessoas foram internadas e solapadas em seu direito de conviver com os de sua própria espécie.

Nunca antes a violência da imposição normativa se fez tão presente sobre o espírito (*geist*) que apenas busca formas conflitantes e desesperadoras de obtenção de prazer e solução de suas próprias incongruências.

Nesses locais a humanidade fica reduzida apenas à forma, pois somente olhando de longe aquelas figuras podem lembrar um ser humano, uma vez que seu conteúdo e suas “funções” são taxadas como aberrantes e trágicas. Dignas de sentir pena, medo, nojo (VILHENA; ROSA, 2012a).

Tais mudanças suscitaram a discussão da pertinência de utilizar um discurso estrito (médico) como mecanismo de exclusão de vidas inteiras. Discurso este que evoluiu do obscurantismo dos rituais de magia para a condição de baluarte da ciência contemporânea.

Considerando que desde o início do século XX questiona-se a validade dos conceitos diagnósticos em psiquiatria podemos indagar o porquê dos movimentos Reformistas terem demorado tanto tempo para ganharem força no cenário mundial.

Se existe alguma resposta a esta questão, ela pode estar associada ao fato da Europa ter tido um considerável decréscimo em sua força de trabalho, notadamente após a Segunda Guerra, e não ser capaz de dispor de grandes contingentes de pessoas para cuidar dos loucos institucionalizados. Ressalte-se, também, o fato dos financiamentos para as instituições psiquiátricas terem caído drasticamente, à medida que tais locais passaram a ser vistos pela lógica econômica como dispendiosos e pouco eficazes (MÂNGIA, 2000).

Nas décadas de 60 e especialmente de 70 surgem na Europa e nos Estados Unidos novas propostas para assistência à saúde mental. Trabalhos como “A História da Loucura” de Foucault (1961/1997) e “Manicômios, Prisões e Conventos” de Goffman (1961/2001), além de se constituírem em verdadeiros tratados sobre a condição dos excluídos, abalando as mais arraigadas convicções de ciência do campo psi, colocam em questão o modo como o grande internamento foi produzido, criticam os arranjos através dos quais os indivíduos foram constituídos como “loucos” e impulsionam a discussão sobre o resgate da subjetividade e da cidadania dos pacientes psiquiátricos.

No Brasil a Constituição de 1988, marco inicial da redemocratização do país, pode ser considerada uma vitória no campo dos direitos sociais e políticos e uma nova etapa do processo que já havia se iniciado nos anos 80, no campo da saúde mental, e

ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica. No texto da Carta Magna foram incorporadas aspirações decisivas do chamado Movimento Sanitário, especialmente a determinação “Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado”, conceito fundante da universalidade do acesso e responsabilidade do Estado, que vieram a constituir o SUS – Sistema Único de Saúde, em 1990 (DELGADO, 2011).

A Reforma Brasileira orientou-se em dois sentidos: seguindo as tendências dos movimentos franceses e ingleses, propunha a melhoria das técnicas psiquiátricas e a humanização dos tratamentos, e de par com as ideias dos reformistas italianos propunha a radical extinção das instituições manicomiais, desviando-se do modelo clínico para uma perspectiva pluralística e complexa, pautada pela negociação entre diversos atores, na gestão de situações caracterizadas pela ausência de saúde mental.

O movimento político que originou a Reforma Brasileira iniciou-se com a problematização do modelo manicomial e de sua articulação com o regime militar na medida em que este modelo funcionava como prática de exclusão e tortura de presos políticos. Outro marco do início da Reforma foi a denúncia da situação precária e desumana de instituições públicas, do tipo asilar, mantidas pela Divisão Nacional de Saúde Mental

Em 1987 foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental que, entre outros temas, debateu os direitos e deveres do doente mental. Mesmo ano da criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que assumira o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, além de promover várias denúncias contra a política nacional de saúde mental (AMARANTE, 1995).

A participação ativa dos pacientes na luta antimanicomial só começou a ocorrer a partir da década de 90, pela força de um projeto de lei que propunha reconstruir a ordem da assistência psiquiátrica no Brasil (DELGADO, 2011). Só então os primeiros conselhos de usuários foram formados e suas reivindicações passaram a ecoar nos fóruns de Saúde Mental por todo o país. Drástica mudança na forma de enxergar os loucos que antes não tinham sequer racionalidade (VILHENA; ROSA, 2012 a).

CAPS para quê?

Ao analisar o histórico da “assistência psiquiátrica”, que mais tarde passaria a se chamar “saúde mental”, percebemos um quadro em que os grandes manicômios

prestavam um “belo serviço” à comunidade geral, excluindo do convívio e das preocupações sociais aqueles que não possuíam as condições necessárias para o bom andamento da sociedade produtiva. Com o advento da reforma psiquiátrica e a consequente redução drástica dos leitos manicomiais, foram 30 mil leitos a menos no período de 1992 a 2005 (MS, 2005), o Estado passa a ter um grave problema em suas mãos: dar conta do contingente populacional que estava encarcerado e controlado à base de psicotrópicos, amarras e câmaras escuras.

Nosso ponto de vista é que, com a extinção dos manicômios o Estado precisa responder à população sobre o que dever ser feito com “os loucos” que foram soltos e voltaram para suas casas ou para as ruas. Nesse ponto as propostas de criação dos “serviços substitutivos em saúde mental” aparecem como a resposta do Estado para este grave problema. Mas os CAPS e demais equipamentos do Estado (Ambulatório, CRAS, NASF, etc.) não se constituíram da noite para o dia. A implantação do primeiro CAPS surge em São Paulo em 1986 (MS, 2005), em meio a muitas dúvidas e problemas de adequação.

Para demonstrar as dificuldades da Reforma com o domínio do modelo asilar podemos afirmar que em 1992, segundo dados do Ministério da Saúde, funcionavam no Brasil 208 CAPS; no entanto, apenas 7% dos recursos destinados pelo governo à saúde mental eram empregados em sua manutenção (em 2004 esse número chegou a 36%), o restante ainda era destinado aos hospitais psiquiátricos. Somente em 2001 é aprovada a Lei Federal 10.216, cujo texto redireciona a assistência em saúde mental para os serviços de base comunitária e são aprovados financiamentos específicos para os agora “serviços substitutivos” em saúde mental (MS, 2005).

A Lei 10.216/2001 afirma a cidadania plena dos pacientes e elenca nove direitos básicos, entre os quais o da prioridade no tratamento comunitário. Restringindo a internação como uma modalidade de tratamento, a ser utilizada apenas nos casos em que é indispensável. No entanto, observamos que sua aplicação, na prática, ainda não segue as orientações normativas. Vemos muitos pacientes sendo internados para que a família se livre do problema ou porque o estado ressarcir os gastos que as clínicas virão a ter; então, a instituição opta pela via mais cômoda: a da internação.

A sigla CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é uma das muitas siglas que nomeiam a descentralização do cuidado e da assistência aos pacientes do sistema

público de saúde. A proposta é que cada um desses setores seja responsável por uma parcela das demandas da sociedade. Este é o conceito de Rede de Atenção Básica em Saúde de base comunitária, que foi instituído pelo governo brasileiro na década de 90.

O objetivo é regular e organizar os serviços de saúde dando autonomia às diferentes esferas do poder público (estadual, federal e municipal), porém mantendo um único direcionamento pautado pela universalidade e equidade na oferta de serviços à população. A ideia do governo (MS, 2005) é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou “equipamento” (nome dado pelo governo às instituições integrantes da Rede de Saúde), é capaz de fazer frente à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. “É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (MS, 2005, p.26).

Porém, é importante frisar que a Reforma Psiquiátrica ocorrida em países nos quais o Brasil se inspirou para construir seu próprio modelo lidavam com manicômios sustentados pelo estado, enquanto em nossa realidade atual o processo de lutas pela descentralização dos atendimentos nos Grandes Hospitais Psiquiátricos abriu espaço para o surgimento de instituições privadas de contenção e “tratamento” da loucura nos moldes manicomial. Em Goiânia, só para citar um exemplo, atualmente existem mais de dez clínicas particulares que atendem, em regime de internação, os pacientes com transtornos mentais ou usuários de álcool e drogas.

É preciso que se valorize a reabilitação destes pacientes. O objetivo deve ser a promoção de alguma melhora para o sujeito, de forma que não criemos um novo cenário em que os processos estáticos da segregação manicomial, vão se transformando, aos poucos, na dinâmica de circulação de pacientes entre os novos serviços especializados (CASTEL, 1987). Tal dinâmica, ironicamente se assemelha à Nau dos Loucos – barcos onde os desvairados eram despachados para locais distantes através do mar com a expectativa de que o mar os curasse ou os matasse; o importante era se ver livre do problema.

A reabilitação de pacientes foi pensada como um processo articulado de práticas que dariam ao usuário a devida noção de sua participação na dinâmica institucional e da importância da instituição na sua recuperação. Prova disso são as diversas atividades

idealizadas para os usuários e pelos mesmos, garantindo a participação integral destes no processo. Apenas como um dado histórico vale comentar que a própria sigla CAPS foi criada, em São Paulo, pelos pacientes da Instituição, quando de seu início na década de oitenta (GOLDBERG, 1996).

Uma palavra corrente nos debates sobre a reabilitação é “contratualidade”, ou seja, a capacidade que o sujeito tem de trocar valores em sua vida com os demais integrantes do corpo social (SARACENO, 1996). No entanto, para trocar é preciso primeiramente possuir valores. Para tanto se faz necessário devolver ao sujeito a responsabilidade, na medida do possível para cada caso, sobre os principais aspectos de sua vida (residência, grupo social e familiar, trabalho); criando condições para uma volta progressiva deste sujeito à sociedade como agente do processo. É a expressão do que Pitta (1996) chamou de “protagonismo do sujeito”.

Dentro da rede, os CAPS promovem o cuidado terapêutico ao paciente com transtorno mental que seja atendido em uma das unidades de pronto atendimento da rede pública de saúde. O procedimento usual adotado em nosso estado é o seguinte: quando um paciente entra em crise (psicótica, de agitação ou agressiva) ele é encaminhado ao Pronto Socorro Psiquiátrico ou Hospital Geral, onde é medicado e acolhido. Passado o período de crise, este paciente é encaminhado ao CAPS para ser atendido, em regime de atenção diária, por uma Equipe Multiprofissional que possui técnicos competentes para lidar com “todas” as facetas de sua subjetividade, pelo menos em teoria. Goiás ainda não possui CAPS III que oferece atendimento 24 horas.

Os CAPS diferenciam-se pelo porte, capacidade de atendimento, perfil de usuário atendido e são distribuídos de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de atender aos municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes, têm equipe mínima de nove profissionais, de níveis médio e superior, e têm como usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Assim como todos os demais CAPS à exceção do CAPS III, funcionam durante os dias úteis da semana, normalmente em horário comercial, e têm capacidade para cerca 240 pessoas por mês. Os CAPS II são serviços de médio porte, e

dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. Atendem também a adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês (MS, 2005).

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Deveriam dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, mas estão presentes hoje, em sua maioria, apenas em algumas das grandes metrópoles. São serviços de grande complexidade e funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a, no máximo, sete dias). Estes serviços têm equipe mínima de 16 profissionais, entre níveis médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês (MS, 2005).

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são geralmente necessários em municípios com mais de 200.000 habitantes e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais. Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas), necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. A equipe mínima é composta por 13 profissionais (MS, 2005).

O perfil populacional dos municípios é um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental, mas é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que tem condições de definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental daquele município. O Ministério da Saúde determina como função dos CAPS o atendimento clínico em regime de atenção diária, o acolhimento dos portadores de transtorno mental com vistas a preservar seus laços sociais e reforçar os laços familiares, a inserção social através de ações intersetoriais e o acesso ao trabalho, ao lazer e aos direitos civis (MS, 2011).

É difícil traçar um perfil dos CAPS no Brasil, dada a diversidade de realidades existente em todo o território nacional. Podemos comentar alguns exemplos que

ilustrem essa variabilidade e assim tentar entender o quadro geral dos serviços substitutivos em saúde mental. Se tomarmos a dimensão macroscópica das regiões brasileiras o Sul e o Nordeste são os locais onde existe o maior número de CAPS por habitante, com destaque para os estados de Sergipe, Paraíba e Rio Grande do Sul, cada um com mais de um CAPS para cada 100.000 habitantes. É na região Norte que observamos o pior índice do país, com o agravante de que nesta região só existem dois CAPS III, sendo um no Amazonas e outro no Pará (MS; IBGE, 2011).

No entanto, podemos tomar como referência o Distrito Federal que possui a pior média individual entre todos os estados da federação, ou olhar mais detidamente para municípios como Campinas, no estado de São Paulo, que possui três CAPS III na cidade e uma das melhores redes de assistência do Brasil (MS; IBGE, 2011).

De igual maneira, não parece ser possível estabelecer um procedimento padrão existente nos CAPS de todo o país, devido às mesmas especificidades regionais e também ao fato da proposta do serviço ser flexível o suficiente para adequar-se às demandas dos usuários. Um bom exemplo dessa diversidade é a forma de acolher o paciente que chega a instituição. Em alguns CAPS existe o acolhimento feito em grupos, com vários pacientes e alguns profissionais, em outros locais faz-se o acolhimento individual e o paciente é colocado sob a tutela de um “técnico de referência”, há locais que utilizam uma “equipe de referência”; estas são subdivisões da equipe técnica criadas para aproximar os trabalhadores dos usuários. Cada equipe (ou profissional) fica responsável por determinado número de pacientes, podendo ter uma atenção mais específica àqueles pacientes.

A consulta médica quando do ingresso do paciente é obrigatória para alguns CAPS e para outros é facultativa. O fato é que essas diferenças são características de adaptação do serviço. Se os números apresentados e as trocas de experiências ocorridas em Fóruns de Trabalhadores e Congressos da Área também levam a crer que o ideal de inclusão e socialização não se expressa de forma uniforme em todos os pontos do país, pelo menos o que se percebe é que ele se presta a ser um norte nas práticas. Já é um começo!

No estado de Goiás no ano de 2010 funcionavam 32 CAPS, sendo que oito deles na capital Goiânia. Temos ainda um CAPSi e um CAPSad, funcionando também na capital do estado (GOIÁS, 2010). O que trazemos de nossa experiência em um CAPS II

é que se trata de um local que não difere muito de uma casa, com amplas áreas abertas, cozinha, espaços comuns para repouso ou outras atividades, salas de trabalho (atendimento), uma farmácia e um espaço separado para a equipe técnica (algo, às vezes, contestável segundo os ideais reformistas).

As atividades desenvolvidas no local são todas supervisionadas pela equipe de profissionais e consistem em oficinas laborais, terapêuticas, de atividades físicas e atendimentos psicoterápicos. A grande maioria das atividades é feita em grupos. Os pacientes passam os dias úteis da semana na instituição e retornam para suas casas à noite, e à medida que vão se recuperando passam a frequentar o CAPS menos vezes por semana.

A equipe Multiprofissional do CAPS conta com os conhecimentos de psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, enfermeiras, farmacêuticos, arte-terapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores etc. O objetivo é que ocorra ali um trabalho pautado pela interdisciplinaridade onde o paciente, que é tratado como um “usuário” do serviço, receba o tratamento do qual necessita. Essa tentativa de interdisciplinaridade, que ideologicamente se apresenta como a melhor forma de lidar com a pluralidade subjetiva, acaba sendo atravessada por duas questões.

A primeira diz respeito à dificuldade que se encontra quando diferentes especialidades, com diferentes recortes do mesmo objeto tentam se unir; isso gera um estranhamento natural entre os profissionais e suas ideias. Figueiredo (1996) traz relatos de experiências em que as reuniões de área, que são feitas em muitas instituições, conseguem minimizar o impacto deste “estranhamento” entre os diferentes profissionais. Essas reuniões caracterizam-se por um momento, em que profissionais de diferentes especialidades, mas pertencentes à mesma área clínica (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, psicanalistas) se reúnem para debater e trocar informações sobre os pacientes e o andamento dos trabalhos. São discutidos os casos clínicos mais complexos e todos os profissionais podem opinar sobre o direcionamento a ser dado para cada caso.

Outra questão importante trata da diluição das especialidades em uma prática técnica superficial, em que todos os profissionais acabam por fazer a mesma coisa (RINALDI, 1999). Pensamos que a interdisciplinaridade deve ocorrer desde que os

diferentes profissionais não percam de vista a natureza do dispositivo com o qual operam.

O dispositivo caracteriza-se pelas estratégias e relações de força que suportam diferentes tipos de saber. É um conjunto heterogêneo que engloba discursos, organizações, leis, filosofias, moral etc. Acaba por ser aquilo que estabelece uma rede entre esses diferentes elementos, estando inscrito em um jogo de poder e ligado a configurações de saber, que nele se originam e também o condicionam (FOUCAULT, 1986).

Desta maneira o psicanalista continuará sendo psicanalista e tendo o viés da psicanálise como referência, tanto no trabalho com os pacientes quanto no trato com os demais colegas. Assim ocorrendo também com todos os outros profissionais.

Uma situação que ilustra tal ponto de vista ocorreu em nossa realidade quando foi solicitado ao psicanalista atender individualmente a um paciente com o qual, de acordo com a equipe, “tudo já havia sido tentado”. Na reunião de equipe o caso deste paciente foi apresentado em meio à grande angústia por parte dos técnicos, pois os colegas se sentiam incapazes de conseguir alguma melhora para a condição daquele paciente. Era perceptível que muitos colegas chegavam a expressar certa raiva pelo fato de o paciente não responder a nenhum tipo de abordagem.

Ouvindo a demanda da equipe o psicanalista coloca-se à disposição para atender ao paciente, mas faz a seguinte observação: se um paciente não responde ao tratamento e todos os demais respondem, isso não invalida trabalho que está sendo realizado pela equipe, muito pelo contrário. Enquanto equipe, precisamos abrir mão da onipotência e da crença que todos os pacientes melhorarão -, é importante ter em mente que isso não ocorrerá jamais. Disse ainda que, provavelmente, ele não teria maior sucesso que os colegas que já haviam tentado ajudar aquele paciente e talvez o melhor fosse encaminhá-lo. Tal fato acabou se confirmando, e o paciente foi encaminhado para o acompanhamento ambulatorial.

Parece que a possibilidade de encaminhar o paciente não era vista como opção pela equipe, pois o que se tem no cotidiano destes trabalhadores, devido à gravidade dos sofrimentos ali experimentados, são demandas complexas e urgentes com as quais “é preciso dar conta” de uma maneira ou de outra (SIGAL, 1989).

Os trabalhadores que atuam nas instituições de saúde mental têm que lidar sempre com tais “problemas complexos” e precisam ter equilíbrio para não se deixarem arrastar pela “loucura” que se instaura à sua volta (ONOCKO-CAMPOS, 2006). Em nosso trabalho no CAPS temos uma grande demanda no sentido de preparar melhor os profissionais que ali atuam, tanto com relação ao cuidado com a saúde mental desses trabalhadores, quanto relacionado às capacitações que provenham recursos técnicos a estes profissionais. Nos atendimentos norteados pela perspectiva da reabilitação psicossocial, os profissionais sentem-se mais próximos dos pacientes e compartilham de forma mais estreita seus sofrimentos. Devido a essa proximidade ocorre um aumento na tensão diária experimentada pelos trabalhadores.

Vivenciar proximamente a loucura pode ser mais desgastante e adoecedor do que o trabalho em outros setores da saúde. Não desejamos fazer uma comparação do tipo “qual setor é mais difícil para se trabalhar”, mas sim pensarmos nas soluções para minimizar tais desgastes. As ações possíveis para prevenir o adoecimento dos profissionais que atuam nos novos serviços de saúde mental passam exatamente pela maior provisão de subsídios técnicos para o trabalhador que lida com tais pacientes.

É preciso estar atento ao cuidado com a saúde destes profissionais, seja através de conversas em que o trabalhador pode expressar suas angústias, seja através de momentos voltados para a “qualidade de vida no trabalho”; termo comum nas grandes empresas do setor privado, que designa atividades voltadas para o bem estar dos profissionais. Pensando no ideal do serviço, que se propõe a não tornar-se institucionalizante (nem para pacientes e tampouco para profissionais), lembramos aqui da advertência de FOUCAULT (1986), quando afirma que todo o social que não é discursivo pode ser considerado instituição.

Uma questão que atravessa a clínica asilar, com graves prejuízos ao paciente, e que os serviços posteriores à reforma ainda lutam para se desvencilhar é a centralidade do diagnóstico médico e do tratamento farmacológico (CAMPOS; ROSA; CAMPOS, 2010). É lugar comum afirmarmos que a história das práticas em saúde mental tem todo o seu passado marcado pelo modelo médico, mas essa justificativa não resolve as questões atuais das relações entre os profissionais do cuidado na instituição.

Não se trata de deixar de lado o que está referido à patologia social, nem de apagar as diferenças; mas sim de estar atento à irredutibilidade do sujeito a qualquer

registro. Seja qual for o recorte escolhido - psicológico, antropológico, sociológico ou político -, este será sempre insuficiente, fragmentário; não há como reduzir o ser humano - em toda a sua complexidade -, a apenas uma categoria representacional (VILHENA, 2008).

Neste sentido o trabalho analítico não deve obedecer a um modelo psiquiátrico que tenha uma resposta já catalogada nos seus manuais de classificação, mas constituir-se numa aposta no discurso do sujeito.

Freud (1937) abriu tal precedente quando afirmou que depende exclusivamente de o trabalho analítico obter sucesso em trazer à luz o que está completamente oculto; completando aquilo que foi esquecido, a partir dos traços que deixou atrás de si. Ou seja, formulando uma construção que sirva ao paciente para que este possa ressignificar sua própria existência. Desejamos aqui apostar no trabalho analítico como veículo capaz de lidar com as estruturas que apareçam na clínica institucional (VILHENA; ROSA, 2012 b).

Cabe ressaltar que os serviços substitutivos em saúde mental têm no papel o emblema das práticas humanistas e interdisciplinares, e conseguem em alguns casos, não sem a dedicação dos profissionais que lá atuam, aplicar tais princípios de forma a humanizar os tratamentos, mas suas demandas, por parte do governo, ainda são de controle e gestão da loucura como desviante.

Não sem razão, existem em todos os serviços públicos dessa natureza as “Folhas de Acompanhamento de Pacientes” que são preenchidas mensalmente pela equipe e servem para o Estado destinar os recursos disponíveis para este ou aquele setor de atendimento. Todo e qualquer procedimento no CAPS é regulado pela Portaria 189/2002 do Ministério da Saúde, que especifica o valor e o público alvo de cada serviço dentro da Instituição. Esse controle é feito através dos formulários de APAC (Autorização para Procedimento de Alta Complexidade).

Podemos interrogar com Carneiro (2012) se as políticas públicas estão interessadas nas possíveis causas do sofrimento dos pacientes, ou apenas em seu “saneamento”, expressão utilizada na administração para o cálculo de custo-benefício entre despesas com e sem tratamentos. Este cálculo não questiona se tais patologias talvez se associem ao fato de o próprio cálculo ter se transformado no pensamento político hegemônico na esfera social.

Os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica, suas ideologias e práticas, e o consequente desenvolvimento e implantação de equipamentos e dispositivos que atendam às demandas sociais só pode ocorrer a contento na medida em que o poder público, principal gestor e articulador do processo, buscar no saber acadêmico e no saber de quem vivencia a realidade, o auxílio necessário para dar continuidade a esta tarefa. Vários autores (ALBERTI 2005; GOLDBERG, 1996; ONOCKO-CAMPOS, 2006) defendem a urgência da participação das universidades na formação de profissionais e nos debates que se relacionam ao campo da saúde mental, formando um campo complexo de investigação para pesquisadores especializados.

Entretanto, incluir o saber universitário nos direcionamentos técnicos da reforma não exclui, de maneira alguma, a participação dos movimentos populares representados pelos conselhos de classe e pelas conferências de saúde mental, muito pelo contrário.

Uma das esferas do protagonismo do sujeito é o desafio de fazer com que o conhecimento técnico e científico seja apreensível por todos, no sentido de aumentar a autonomia da sociedade, dos pacientes, dos familiares, da sociedade como um todo, de modo que o debate sobre a saúde mental não seja um debate ideológico, tecnocêntrico, não seja marcado pelo desamparo, por nossas próprias fantasias e preconceitos em relação à experiência humana designada como loucura. O que se pretende é agregar o saber dos especialistas e o “saber de experiências feitas”, produzindo laços dialogais e produtivos que propiciem uma autonomia cada vez maior por parte dos usuários do serviço (DELGADO, 2011).

É preciso que se diga quão inestimável é a contribuição da Reforma Psiquiátrica para a saúde mental e todos os seus atores. Apesar de fazermos críticas ao sistema vigente, não podemos deixar de mostrar que era necessário tanto uma ruptura radical com o modelo hospitalocêntrico, como a criação de novas formas de atendimentos menos individualizadas. As áreas do saber “psi” que atuavam na instituição precisavam sair de dentro de seus consultórios (onde exerciam a função jocosa, dada por Foucault, de “porteiros de loucos”) e atuarem nos espaços abertos e comuns das novas instituições criadas para substituir o manicômio (sejam elas CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência etc.). Nesse campo de possibilidades, a prática psicossocial se apresentou como a saída que melhor atendia aos interesses tanto de familiares, quanto de profissionais e do próprio Governo. Até mesmo a importância da família no processo

de recuperação do paciente com transtorno mental é um fator muito melhor explorado pela dinâmica dos serviços que funcionam em regime aberto, sem o isolamento do paciente.

A clínica e seu percurso

Da mesma maneira que a instalação dos CAPS não ocorreu de forma linear, a conquista do espaço institucional pela clínica também foi repleta de percalços. Figueiredo (1996) narra um pouco dessas lutas em seu livro, cujo título “Vastas confusões e atendimentos imperfeitos”, já diz muito sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais de Saúde Mental e em especial pelos psicanalistas, que se aventuraram nesse campo recém-criado. Não obstante, a participação dos adeptos da psicanálise no movimento de abertura da clínica em saúde mental tem seu quinhão de importância.

Quando a Reforma Psiquiátrica conseguiu iniciar a extinção dos manicômios e a implantação dos chamados serviços substitutivos em saúde mental, o que se viu foi uma grande diluição das especialidades em prol da proposta de interdisciplinaridade que ora vigorava. Os psicólogos, psicanalistas e todos os demais “técnicos” foram trabalhar com os “usuários” do sistema público, em uma perspectiva social e privilegiando as abordagens coletivas. Rinaldi (1999) afirma que no início dessa fase social da Reforma chegou a se pensar na extinção das práticas clínicas, com o intuito de eliminar o estigma dos manicômios e seu histórico. Essa postura claramente não levava em conta as diferenças entre as práticas clínicas utilizadas nos manicômios (marcadas pela violência, pelo assujeitamento e pela exclusão social) e a clínica da subjetividade que agora estava sendo proposta (baseada na reinsertão social e na valorização do sujeito).

A questão é que no decorrer da instalação dos trabalhos orientados pela temática social, com vistas à reinsertão do portador de transtorno mental no convívio com seus familiares e sociedade em geral, percebeu-se que uniformizar atendimentos não bastava para dar conta da singularidade do *pathos*. Então, a clínica volta à cena como uma via de acesso ao subjetivo, apoiada agora pela prática da psicologia social.

Esta uniformização de intervenções é um risco discutido desde a implantação do CAPS, mas que precisa ser revista constantemente para que não voltemos a incorrer no mesmo equívoco do passado pré-reformista. Ter uma rotina funcional e efetiva dentro

da instituição não pode ser o mesmo que criar “receitas de bolo” do tipo “tratamos pacientes depressivos desta maneira e esquizofrênicos desta outra”.

A dimensão da alteridade incentivada pelo trânsito e atuação nos espaços comuns é fundamental no resgate da porção de individualidade que resta nos sujeitos aqui tratados, especialmente psicóticos. Entretanto, quando esta individualidade se apresenta ela precisa ser identificada e levada em consideração, no direcionamento dos tratamentos ou na confecção dos Projetos Terapêuticos de cada usuário. Rinaldi (1999) lembra ainda que se a função política – ou social – e a função terapêutica devem ser diferenciadas, não se pode esquecer que uma não existe sem a outra.

Para que a psicanálise se estabeleça dentro do espaço institucional é necessário que os profissionais abram mão do conforto de seus consultórios individuais e aproveitem as vastas oportunidades oferecidas pela clínica ampliada dos CAPS. Toda dinâmica institucional é atravessada por uma rede complexa na qual, múltiplos saberes se confrontam e interagem. A consequência disso é a produção de diversos efeitos em cada atendimento clínico. Na prática, desde o momento no qual o paciente chega à instituição procurando por atendimento, ele é identificado, protocolado, ficando registrado em seu prontuário o início e a evolução do seu tratamento. É nesse sentido que chamamos a atenção para a distância entre a clínica psicanalítica particular e a clínica institucional. Nesta última, “público e privado se interpenetram, se comunicam, se misturam, estabelecendo relações específicas que demandam o abandono de paradigmas clínicos pré-estabelecidos” (PINHEIRO; VILHENA, 2008, p.103).

É importante também o psicanalista ter a consciência que não é possuidor de uma verdade que os demais ignoram; colocar-se como mais um colaborador da equipe, sem perder de vista sua especificidade, e saber que lida com outras veleidades e singularidades que extrapolam seu cotidiano (FIGUEIREDO, 1996). Isso significa estar aberto a auxiliar onde quer seja necessária sua presença.

Nem todos os grupos formados dentro da Instituição possuem pacientes com capacidade de simbolização e elaboração. Não raro são grupos meramente operativos, cuja finalidade é dar ao sujeito a oportunidade de ter um contato mínimo com a realidade. Nesse sentido as oficinas de arte que trabalham com desenhos e reconstrução de imagens têm um papel singular. Ainda que se trate de um grupo com essa

característica é possível recolher algumas falas de pacientes e produzir algum trabalho terapêutico.

Note-se com satisfação que as práticas atuais caminham num sentido de retorno à clínica do singular, entretanto, agora com nova roupagem e sem o estigma das internações. Se no primeiro momento a prática psicossocial dominou integralmente as ações reformistas, hoje a singularidade cobra cada vez mais o saber da clínica, para evitar que a subjetividade seja institucionalizada, o que seria um verdadeiro “tiro no pé” da proposta de retorno dos pacientes à sociedade.

Goldberg (1996) relata que o grande desafio da implantação de novos espaços terapêuticos alternativos ao Hospital Psiquiátrico foi a adequação dos pacientes psicóticos ao tratamento. Era necessário que se construísse um local ao qual este tipo de paciente reconhecesse como terapêutico e acolhedor. Para tanto, os profissionais que participavam desta renovação tiveram que revisitar tanto as práticas que não lograram êxito, como as teorias correntes sobre a psicose e seus possíveis modos de funcionamento. Com este intuito, os CAPS foram criados para se tornarem a referência de vida e sociedade para pacientes que durante muito tempo foram privados de tais coisas (PITTA, 1996).

Ocorre que o CAPS não pode se tornar a única referência de vida dos pacientes, a tal ponto que estes não se sintam capazes de “seguir adiante” quando recebem “alta” ou tem seus sintomas em processo claro de remissão. O cuidado aqui é que a antiga “institucionalização do paciente psiquiátrico” não retorne em uma nova roupagem, como uma verdadeira “prisão sem muros”.

As equipes de trabalho se veem em dificuldades quando um paciente é encaminhado para um “grupo de alta” ou “grupo de projeto de vida” e, ao invés de continuar melhorando, regride em sua condição. Muitos são os relatos de pacientes que no auge de sua recuperação apresentam traços idênticos àqueles que ele possuía quando de sua chegada à instituição. Sabemos que tal processo está ligado à demanda de amor inconsciente dos pacientes, mas esta questão precisa ser trabalhada com bastante cuidado (e psicoterapia) para que o paciente consiga relançar suas demandas e desejos no mundo externo.

O CAPS precisa se apresentar para o paciente como uma “mãe suficientemente boa” que cria um ambiente acolhedor (possivelmente o primeiro de sua existência) onde

este possa sentir-se seguro e desenvolver-se sem sobressaltos, para que depois ele se dirija ao mundo externo com condições de experimentá-lo e suportá-lo em toda a sua aridez e pluralidade (WINNICOTT, 1978).

Essa diferenciação entre a clínica atual e aquela praticada antes da Reforma parece estar mais clara. O que permite a inserção de práticas que apostem na socialização dos pacientes, porém sem a intenção moralizante ou normatizadora que pode vir embutida nestes ideais. Uma proposta que defendemos em outro momento e que produz bons resultados na clínica é o atendimento em grupo, utilizando o dispositivo psicanalítico (ROSA, 2011).

Conclusões

Dentre todas as modificações ocorridas ao longo da Reforma a que nos interessa mais fortemente é a mudança na forma de compreender o fenômeno “loucura”. A ideologia dos serviços substitutivos agrega a questão da responsabilização do “louco” pela sua loucura, o que não ocorria com os pacientes trancados e “tratados” nos grandes manicômios. Se pudermos utilizar uma comparação, este processo de chamada à responsabilidade por parte do sujeito é similar ao conceito de loucura que existia nos tempos da Grécia antiga. No início existia a *Até*, que se caracterizava como um conceito de loucura que se abatia sobre o homem por interferência dos deuses, ou seja, não passava pelo controle ou pela vontade do doente; a esse cabia apenas aceitar seu triste destino. Mais tarde, a loucura passará a ser considerada como uma consequência da *Hybris*, ou o excesso de ambição por parte dos homens levando à arrogância desmedida e a atos de insensatez (PEREIRA, 2000).

A noção de *Hybris* leva embutido o caráter de implicação do sujeito no seu próprio sofrimento. Para que a clínica psicanalítica seja possível, a condição essencial é que o sujeito assuma a responsabilidade subjetiva pelo seu sofrimento. Da posição inicial da “bela alma”, descrita por Freud, que contempla a desordem do mundo, deve passar para a posição na qual aquilo de que se queixa é de sua inteira responsabilidade (GABBAY; VILHENA, 2010). Sua loucura agora pode ser associada ao seu mundo psíquico. Tal conceito é fundamental para a clínica que se baseia no protagonismo do sujeito, recentrando sempre sua singularidade na base dos desdobramentos de sua própria vida.

A perplexidade (e até raiva) que notamos nos pacientes que chegam aos grupos psicoterápicos quando confrontados com a questão “o que você fez para chegar até aqui?” – pergunta que o implica em seu padecer – mostra-nos que esses pacientes ainda se confortam com ideário popular e o saber médico que consideram o doente mental um pobre coitado ou uma vítima das circunstâncias. Por mais piedosa que possa parecer esta posição, ela é cruel na medida em que não concede ao sujeito a chance de revisitar suas próprias vivências e atitudes; tornando-o realmente passivo e desarmado, não frente ao destino, mas face às suas próprias pulsões que, à revelia da sua consciência, o encaminham a uma resolução bizarra e sofrível para suas questões.

Se falado - reconhecido e nomeado -, o sujeito pode então falar de si e do mal que lhe aflige. Porque falar - lembrar, repetir e elaborar - é também poder dar um testemunho, denunciar, visto que o “pacto de silêncio” é pacto de morte, condenando o sujeito ao apagamento psicossocial, ao trauma psíquico e à mortificação narcísica, provocada pela surdez e cegueira dos interlocutores -, seja a família, a sociedade ou o Estado (VILHENA; SANTOS, 2000).

O objetivo é reconhecer e respeitar, acima de tudo, a individualidade do paciente que não está ali para ser ordenada ou serializada, mas que possui uma demanda, por mais apagada ou encoberta que esta possa se encontrar no momento de sua chegada a instituição. Talvez assim procedendo, possamos nos colocar acima da severa advertência de Szasz (1978) acerca da clínica psiquiátrica tradicional, quando afirma que o louco é passível de cuidado, mas não de respeito.

FROM PSYCHIATRIC HOSPITAL TO PSYCHO SOCIAL CARE CENTRES. CONTAINMENT AND ACCOUNTABILITY

Abstract

This article aims a reflection on substitutive/alternative mental health services as a possibility of rehabilitation as well as promotion of citizenship concerning patients with mental disorders. The text provides an analysis, through relevant literature, of the institutional environment, from the psychiatric reform to the current status of the CAPS (Psychosocial Care Center) in the Brazilian Health System. It analyzes its creative process, its establishment as a practice favored by the government, its heterogeneity and its contradictions. The authors examine some actions taken by the teams working in the CAPS of Goiânia and their approach to the ideals of the psychiatric reform. Pointing out the issues which have the greatest impact on the dynamics between patient and

professional, they question the assumptions of the clinical care, its relationship to social practice emphasizing the value of singularity in attendance.

Keywords: Psychiatric Reform. CAPS. Clinic. Singularity.

HOSPITAL PSIQUIATRICO Y CENTROS DE ATENCIÓN PSYCHO SOCIAL. CONTENCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Resumen

Este artículo propone una reflexión sobre los servicios de salud mental sustitutivo alternativo como una posibilidad de rehabilitación, así como la promoción de la ciudadanía sobre los pacientes con trastornos mentales. El texto ofrece un análisis, a través de la literatura pertinente, del entorno institucional, de la reforma psiquiátrica en el estado actual de las tapas (centro de atención psicosocial) en el sistema de salud brasileño. Analiza su proceso creativo, su establecimiento como una práctica favorecida por el Gobierno, su heterogeneidad y sus contradicciones. Los autores examinan algunas acciones tomadas por los equipos que trabajan en las tapas de Goiânia y su enfoque a los ideales de la reforma psiquiátrica. Señalando los problemas que tengan el mayor impacto sobre la dinámica entre paciente y profesional, ponen en duda las hipótesis de la atención clínica, su relación con la práctica social, haciendo hincapié en el valor de la singularidad en asistencia.

Palabras clave: Reforma psiquiátrica. .CAPS. Clínica. Singularidad

Referências

ALBERTI, S. Um estudo, uma denúncia e uma proposta: a psicanálise na interlocução com outros saberes em saúde mental, como avanço do conhecimento sobre o sofrimento psíquico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, AUPPFano 8, n. 4, p. 721-737, 2005.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

CAMPOS, D. T. F.; ROSA, C. M.; CAMPOS, P. H. F. A Confusão de Línguas e os Desafios da Psicanálise em Instituição. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, v. 30, n. 3, p. 504-523. 2010.

CARNEIRO, H. F. Intervenções e limites no campo da saúde. In: VILHENA, J. ; NOVAES, J. (Org.). *Corpo para que te quero? Usos, abusos e desusos*. Rio de Janeiro/Curitiba: Ed. PUC/APPRIS, 2012, p.89-102.

- CASTEL, R.A *gestão dos riscos – da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- DELGADO, P. G. G. Saúde mental e direitos humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 63, p. 1-121, 2011.
- FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1996.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- FREUD, S. Construções em Análise. *Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 257-287, v. XXIII.
- GABBAY, R. Cidadania e Loucura: um paradoxo?. *Revista Eletrônica Polêmica*, v. 9, n. 3, p. 43-55, 2010. Disponível em: <http://www.polemica.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/viewFile/42/81> Acesso em: 23 fev. 2011.
- GABBAY, R.; VILHENA, J. O sujeito da Loucura. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line*. v. 7, n.23, p.40-53, 2010. Disponível em: http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v7_n2/o_sujeito_da_loucura.pdf. Acesso em: 25 fev. 2011.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- GOLDBERG, J. I. Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996, p.33-47.
- GOIÁS. Boletim anual das ações da área técnica de saúde mental da Secretaria de Estado da saúde de Goiás / Superintendência de políticas de atenção integral à saúde. 2010. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br>. Acesso em: 21 dez.2011.
- MÂNGIA, E. F. *Asilamento psiquiátrico no estado de São Paulo: Constituição do panorama contemporâneo e tendências do dispositivo da psiquiatria*. Tese de doutorado. Departamento de Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação Geral de Saúde Mental (MS) 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, nov.2005.
- Ministério da Saúde - (MS) (n.d.). *Portal da Saúde - Cidadão - CAPS*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1 Acesso em: 18 mar. 2011.

Ministério da Saúde MS; IBGE. Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_1_21caps_uf_dez.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. de Saúde Pública*, v. 5, n 22, p. 1053-1062, 2006.

PEREIRA, M. E. C. A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da Psicopatologia. In: PEREIRA, M. E. C. *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000, p.119-162.

PESSOTTI, I. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora34, 1996.

PINHEIRO, N.; VILHENA, J. Nem Público nem privado, muito pelo contrário: sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, UERJ, v. 1, n. 1, p. 101-109, 2008.

PITTA, A. M. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. M. (Org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996, p.19-26

RINALDI, D. L. Clínica e Política: A Direção do Tratamento Psicanalítico no Campo da Saúde Mental. 1999. Disponível em: www.interseccaopsicanalitica.com.br. Acesso em: 16 maio, 2011.

ROSA, C. M. Por uma psicoterapia psicanalítica de grupo. *Revista Eletrônica Polemica*. UERJ, v. X, n.4, 2011. Disponível em:
<<http://www.polemica.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/view/133/261>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 13-28.

SIGAL, A. M. Psicanálise, grupos, instituição pública. *Revista Percurso*, São Paulo, n. 2, p. 42-44, 1989.

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

VILHENA, J.; SANTOS, A. Clínica psicanalítica com comunidades. Um desafio contemporâneo. *Cadernos do Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro, SPID, n.32, p. 09-35. 2000.

VILHENA, Palavras sufocadas... atos desesperados. Violência, lei e subjetivação. *Latin American Journal of Psychopathology On Line*, v. 5, n. 2, p. 241-252, 2008. Disponível

em:<http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/artigos_e_livros/palavras_sufocadas.pdf> Acesso em: 10jun. 2011.

VILHENA, J.; ROSA, C. M. A clínica nos espaços abertos do CAPS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.63, n. 3, p. 130-147, 2012a.Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v63n3/11.pdf>>. Acesso em: 28dez. 2012.

VILHENA, J. ; ROSA, C. M. Na trama da cultura. A psicanálise para além das quatro paredes. In: BESSET, V.; RUDGE, A.M. (Org.). *Psicanálise e outros saberes*. Rio de Janeiro:FAPERJ/Cia de Freud, 2012b.p. 106-132.

WINNICOTT, D.W. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

Recebido em: 04-01-2012.

Aceito em: 11-12-2012.

Sobre os autores:

Carlos Mendes Rosaé Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, doutorando do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Especialização em Psicopatologia Clínica pela UNIP. Pesquisador Associado do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social - PUC - Rio. E-mail: carlosmendesrosa@gmail.com

*Junia de Vilhenaé*Doutora em Psicologia Clínica. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Coordenadora do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção Social da PUC-Rio. Pesquisadora da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Pesquisadora correspondente do Centre de RecherchesPsychanalyseet Médecine, CRPM-Pandora. Université Denis-Diderot Paris VII E-mail: vilhena@puc-rio.br