

Referências Bibliográficas

ADAM, P.; HERZLICH, C. (1994). **Sociologia da Doença e da Medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

AKIL, H. et al. The Future of Psychiatric Research: genomes and neural circuits. In **Science**, vol. 327, n. 5973, p. 1580-1581, 26 march 2010.

ALBERTI, S.; ELIA, L. Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos. In **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, vol. 8, n. 3, p. 779-802, set. 2008.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders I**. Washington DC: APA, 1952.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II**. Washington DC: APA, 1968.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III**. Washington DC: APA, 1980.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-R**. Washington DC: APA, 1987.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV**. Washington DC: APA, 1994.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV TR**. Washington DC: APA, 2000.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5**. Washington DC: APA, 2013.

ANDREASEN, N. **The Broken Brain**: the biological revolution in Psychiatry. New York: Harper & Row, 1984.

_____. Linking Mind and Brain in the Study of Mental Illness: a project for a scientific psychopathology. In **Science**, vol. 275, p. 1586-1593, march 1997.

- _____. **Brave New Brain**: conquering mental illness in the era of genome. NY: Oxford University Press, 2001.
- _____. DSM and the Death of Phenomenology in America: an example of unintended consequences. In **Schizophrenia Bulletin**, vol. 33, n.1, p. 108-122, 2007.
- ANGELL, M. A Epidemia de Doença Mental. In **Revista Piauí**, edição 59, agosto 2011.
- ANSERMET, F. **As Promessas do DSM V**. In <http://noseocorpo.files.wordpress.com/2013/09/as-promessas-do-dsm-v.pdf>
- _____. Medicina e Psicanálise: elogio do mal-entendido. In **Opção Lacaniana online**, ano 5, n. 13, março 2014.
- ANSERMET, F.; GIACOBINO, A. (2012) **Autismo**: a cada um seu genoma. Petrópolis: KBR, 2013.
- BARATTO, G.; AGUIAR, F. A “Psicologia do Ego” e a Psicanálise Freudiana: das diferenças teóricas fundamentais. In **Revista de Filosofia**, vol. 19, n. 25, p. 307-331, jul./dez. 2007.
- BAYLE, A.-L. (1822). Pesquisas sobre Doenças Mentais. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, vol. 12, n. 4, p. 752-758, dec. 2009.
- _____. (1826) **Traité des Maladies du Cerveau et de ses Membranes**. Paris : Gabon et Compagnie Libraires. Disponível em <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76579h>. Acessado em 05 de setembro de 2013.
- BAUMAN, Z. (2001) **A Sociedade Individualizada**: vidas contadas e histórias vividas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.
- BECK, U. (1986) **Sociedade de Risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Ed 34, 2010.
- BERCHERIE, P. (1980). **Os Fundamentos da Clínica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

- BERRIOS, G. E.; HAUSER, R. O Desenvolvimento Inicial das Ideias de Kraepelin sobre Classificação: uma história conceitual. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, vol. 16, n. 1, p. 126-146, dez 2012.
- BEZERRA JR., B. C. A Diversidade no Campo Psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação? In **Cadernos IPUB** (UFRJ), Rio de Janeiro, n. 14, p. 135-144, 1999.
- _____. Naturalismo como Anti-Reduccionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade. In **Cadernos IPUB** (UFRJ), Rio de Janeiro, vol. 6, n.18, p. 158-177, 2000.
- _____. O Normal e o Patológico: uma discussão atual. In SOUZA, A. N.; PITANGUI, J. (org.) **Saúde, Corpo e Sociedade**. Rio de Janeiro: Ed UFRJ, 2006.
- _____. A Psiquiatria e a Gestão Tecnológica do Bem-Estar. In FREIRE F^o, J. (org.) **Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2010, p. 117-134.
- _____. **Projeto para uma Psicologia Científica: Freud e as neurociências**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.
- _____. A Psiquiatria Contemporânea e seus Desafios. In ZORZANELLI, R; BEZERRA JR, B.; COSTA, J. F. (org.) **A Criação de Diagnósticos na Psiquiatria Contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014 (no prelo).
- BIRMAN, J. **A Psiquiatria como Discurso da Moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- BORGES, J. L. (1952) O Idioma Analítico de John Wilkins. In **Outras inquisições**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- BOURDIEU, P. (1976). O Campo Científico. In ORTIZ, R. (org.). **Pierre Bourdieu - Sociologia**. São Paulo: Editora Ática, p. 122-155, 1983.
- BRACKEN, P.; THOMAS, P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. In **British Medical Journal**, n. 322, p. 724-727, march 2001.

- BREUER, J.; FREUD, S. (1893-1895) **Estúdios sobre la Histeria**. In Obras Completas de Sigmund Freud vol. II. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- BRIGANDT, I.; LOVE, A. Reductionism in Biology. In ZALTA, E. N. (ed.) **The Stanford Encyclopedia of Philosophy** (Summer 2012 Edition). <http://plato.stanford.edu/archives/sum2012/entries/reduction-biology/>. Acessado em 18 de dezembro de 2013.
- BRIOLE, G. O Futuro da Psiquiatria: a psicanálise. In **O Sintoma Charlatão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998.
- CALAZANS, R.; LUSTOZA, R. Z. Sintoma Psíquico e Medicina Baseada em Evidências. In **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, vol. 64, n. 1, p. 18-30, abr. 2012.
- CALIMAN, L. V. O TDAH entre as Funções, Disfunções e Otimização da Atenção. In **Psicologia em Estudo**, v. 13, p. 549-556, 2008.
- CAMARGO JR., K. R. **Biomedicina, Saber e Ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucite, 2003.
- _____. A Biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 15 (suplemento), p.177-201, 2005.
- CANGUILHEM, G. (1966). **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- _____. (1980). O Cérebro e o Pensamento. In **Natureza Humana**, vol. 8, n. 1. São Paulo, jun 2006.
- _____. (1990) A Saúde: conceito vulgar e questão filosófica. In **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CAPONI, S. Biopolítica e Medicalização dos Anormais. In **Physis**, Rio de Janeiro, vol.19, n.2, p. 529-549, 2009.
- _____. As Classificações Psiquiátricas e a Herança Mórbida. **Scientiae Studia**, São Paulo, vol. 9, n. 1, p. 29-50, 2011a.
- _____. A Hereditariedade Mórbida: de Kraepelin aos neokraepelianos. **Physis**, Rio de Janeiro, vol.21, n.3, p. 833-852, 2011b.

- CASTEL, R. (1977). **A Ordem Psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CASTIEL, L. D. **A Medida do Possível... Saúde, Risco e Tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / Editora Fiocruz, 1999.
- CHANGEUX, J. P. **L'Homme Neuronal**. Paris: Fayard, 1983.
- CHARCOT, J. M. **Sur les Divers Etats Nerveux Déterminés par L'hypnotisation chez les Hystériques**, 1882. Disponível em <https://sites.google.com/site/histoirepsychologie/documentsenmodetexte2>. Acessado em 02 de fevereiro de 2014.
- CONRAD, P. Medicalization and Social Control. In **Annual Review of Sociology**, n, 18, p. 209-32, 1992.
- _____. **The Medicalization of Society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- COSTA, J. F. Apresentação. In SERPA JR., O. D. de **Mal-Estar na Natureza**: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998.
- _____. **O Vestígio e a Aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- COWAN, W. M.; KANDEL, E. R. Prospects for Neurology and Psychiatry. In **JAMA Journal of American Medical Association**, vol. 285, n. 5, p. 594-600, feb. 2001.
- CROSS-DISORDER GROUP OF THE PSYCHIATRIC GENOMICS CONSORTIUM. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. In **The Lancet**, vol. 381, n. 9875, p. 1371-1379, 20 April 2013.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- DAVIDSON, D. Mental Events. In **Essays on Actions and Events**. New York: Oxford University Press, 1980.

- DECKER, H. How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? From Emil Kraepelin to DSM III. In **History of Psychiatry**, vol. 18, n. 3, p. 337-360, 2007.
- DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.
- DOUBLE, D. Critical Psychiatry. In **CPD Bulletin Psychiatry**, n. 2, p. 33-36, 2000.
- DUMONT, L. (1971). **Homo Hierarchicus**: o sistema de castas e suas implicações. São Paulo: Edusp, 1992.
- _____. (1983). **O Individualismo**: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1985.
- EHRENBERG, A. (1998). **La Fatiga de Ser Uno Mismo**: depresión y sociedad. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000.
- _____. Le Sujet Cérébral. In **Esprit**, n. 309, p. 130-155, 2004.
- _____. Le Cerveau “Social”: chimère épistémologique et vérité sociologique. In **Esprit**, s/n., p. 79-103, 2008.
- ELIAS, N. (1987[1939]) **A Sociedade de Indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.
- ELSTER, J. (1989) **Peças e Engrenagens das Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- ENGSTROM, E.; WEBER, M. Introduction to the Directions of Psychiatric Research by Emil Kraepelin. In **History of Psychiatry**, vol 16, n. 3, p. 345-364, 2005.
- ESQUIROL, J. E. **Des Maladies Mentales Considérées sous le Rapport Médical, Hygiénique, et Médico-Légal**. Paris: J-B. Ballière, 1838. Disponível em <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k765874>. Acessado em 05 de outubro de 2013.
- FARAH, M. J. Emerging Ethical Issues in Neuroscience. In **Nature Reviews Neuroscience**, vol. 5, n. 11, p. 1123-1129, nov 2002.

FARAH, M. J. et al. Neurocognitive Enhancement: what can we do and what should we do? In **Nature Reviews Neuroscience**, vol. 5, n. 5, p. 421-425, may 2004.

FALRET, J.-P. **Des Maladies Mentales et des Asiles d'Aliénés**. Paris: J. B. Baillière et fils, 1864. Disponível em <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k85072p>. Acessado em 10 de outubro de 2013.

FANTIN, J. C. Empirismo Ingenuo y Evidencia en la Psiquiatría Actual. In **Epistemologia y Psiquiatría: relaciones peligrosas**. Buenos Aires: Editorial Polemos, 2012.

FLANNAGAN, O. **The Science of the Mind**. Cambridge: The MIT Press, 1993.

FOLHA DE SÃO PAULO. **A Outra Face do Autismo**. Publicada em 04 de maio de 2014. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/marceloleite/2014/05/1448964-a-outra-face-do-autismo.shtml>

_____. **Estudo Acha Riscos Genéticos Comuns A Transtornos Mentais**. Publicada em 28 de fevereiro de 2013. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cienciasaude/96043-estudo-acha-riscos-geneticos-comuns-a-transtornos-mentais.shtml>

_____. **Mutações Genéticas Elevam Risco de Autismo**. Publicada em 06 de abril de 2012. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1072501-mutacoes-geneticas-elevam-risco-de-autismo-diz-pesquisa.shtml>

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento Difuso e Transtornos Mentais Comuns: uma revisão bibliográfica. In **Revista de Atenção Primária à Saúde**, vol. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008.

FOUCAULT, M. (1961). **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. (1963). **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

- _____. (1966a). **As Palavras e as Coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- _____. (1966b). As Palavras e as Coisas (entrevista com R. Bellour). In **Ditos e Escritos VII Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- _____. (1969). **Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 8ª edição 2012.
- _____. (1975a). **Vigiar e Punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1977.
- _____. (1975b). **Os Anormais**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- _____. (1976). **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- _____. (1977). O Asilo Ilimitado. In **Ditos e Escritos I Problematização do Sujeito**: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- _____. (1997). Aula de 17 de Março de 1976. In **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FRANCES, A. A Warning Sign on the Road to DSM-V: beware of its unintended consequences. In **Psychiatric Times**, vol. 18, n. 8, 26 de junho de 2009. Disponível em <http://www.psychiatrictimes.com/articles/warning-sign-road-dsm-v-beware-its-unintended-consequences>
- _____. Opening Pandora's Box: the 19 worst suggestions for DSM 5. In **Psychiatric Times**, vol. ?, n. ?, 11 de fevereiro de 2010. Disponível em http://www.janusonline.it/sites/default/files/allegati_news/FrancesA_PsychiatricTimes110210.pdf
- _____. **Saving Normal**: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM 5, Big Pharma and the medicalization of ordinary life. New York: William Morrow, 2013.

- FREIDSON, E. **Profession of Medicine**: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd Mead, 1970.
- FREUD, S. (1893 [1888-93]) Algunas Consideraciones com Miras a um Estúdio Comparativo de las Parilisis Orgánicas e Histéricas. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1894) Las Neuropsicosis de Defensa. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. III. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1893-1895) Estudios sobre la Histeria. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. II. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1896) Carta 52. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1900) La Interpretación de los Sueños. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. IV e V. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1905a) Psicopatología de la Vida Cotidiana. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. VI. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1905b) Tres Ensayos de Teoria Sexual. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1905c) El Chiste y su Relación con lo Inconciente. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1910) La Perturbación Psicogénica de la Visión Según el Psicoanálisis. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XI. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1914) Introducción al Narcisismo. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1915a) Pulsiones y Destinos de Pulsión. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1915b) Lo Inconciente. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1917a) Duelo y Melancolía. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.

- _____. (1917b) El Sentido de los Síntomas. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1917c) Los Caminos de la Formación de los Síntomas. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1920) Más Allá del Principio de Placer. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1923) Yo y el Ello. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1924) El Problema Económico del Masoquismo. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1930) El Malestar en la Cultura. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu Ed., 2001.
- _____. (1937) Análisis Terminable y Interminable. In **Sigmund Freud Obras Completas** vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2001.
- FREIDSON, E. **Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge**. New York: Dodd Mead, 1970.
- GAINES, A. D. From DSM I to III R - Voices of self, mastery and the other: a cultural constructivist reading of U.S. Psychiatric Classification. In **Social Science and Medicine**, vol. 35, n. 1, p. 3-24, 1992.
- GALL, F. J.; SPURZHEIM, J. (1809). **Untersuchungen ueber die Anatomie des Nervensystems ueberhaupt, und des Gehirns insbesondere**. Paris e Strasburg: Ed. Treuttel e Würtz, reedição 2001.
- GALTON, F. **Hereditary Genius**. London: Macmillan, 1869. Disponível em <http://galton.org/books/hereditary-genius/>. Acessado em 15 de setembro de 2013.
- _____. **Inquiries into Human Faculty and Its Development**. London: J.M. Dent & Company, 1883. Disponível em <http://galton.org/books/human-faculty/>. Acessado em 15 de setembro de 2013.

- GASPARD, J.-L. Discurso Médico e Clínica Psicanalítica: colaboração ou subversão. In RUDGE, A. M. e BESSET, V. (org.) **Psicanálise e Outros Saberes**. Rio de Janeiro: Cia de Freud/Faperj, 2012.
- GAUCHET, M.; SWAIN, G. **La Pratique de l'Esprit Humain**. Paris: Gallimard, 1980.
- GOFFMAN, E. (1961). **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GONÇALVES, D. A. et al. Estudo Multicêntrico Brasileiro sobre Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. In **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 30, n. 3, p. 623-632, março 2014.
- GONON, F. La Psychiatrie Biologique: une bulle spéculative? In **Esprit**, p. 54-73, nov. 2011.
- GRIESINGER, W. (1845). Tratado sobre Patologia e Terapêutica das Doenças Mentais. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, vol. 10, n.4, p. 692-695, 2007.
- GROB, G. N. The Forging of Mental Health Policy in America: World War II to new frontier. In **Journal of the History of Medicine and Allied Sciences**, vol.42, n. 4, p. 410-46, oct. 1987.
- GUZE, S. Biological Psychiatry: is there any other kind? In **Psychological Medicine**, n. 19, p. 305-323, 1989.
- _____. The Future of Psychiatry and the Medical Model. In **The Journal of Nervous and Mental Disease**, vol 181, n. 10, p. 593-594, oct 1993.
- HEALY, D. **The Antidepressant Era**. Cambridge and London: Harvard University Press, 1997.
- _____. **The Creation of Psychopharmacology**. Cambridge and London: Harvard University Press, 2002.
- HEINROTH, J. C. A. **Lehrbuch der Seelengesundheitskunde**. Leipzig, 1823.
- _____. **Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens**. Leipzig, 1818 (2 volumes).

- HELMAN, C. (1984). **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HORWITZ, A. **Creating Mental Illness**. Chicago: The University of Chicago Press, 2002.
- HORWITZ, A.; WAKEFIELD, J. **The Loss of Sadness**: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press, 2007.
- HYMAN, S. E. A Glimmer of Light for Neuropsychiatric Disorders. In **Nature**, n. 455, p. 890-893, 16 oct 2008.
- _____. The Diagnosis of Mental Disorders: the problem of reification. In **Annual Review of Clinical Psychology**, vol. 6, n.1, p. 155-179, 2010.
- _____. Psychiatric Drug Development: diagnosing a crisis. In **Cerebrum**: the Dana Forum on Brain Science. Disponível em https://www.dana.org/Cerebrum/2013/Psychiatric_Drug_Development_Diagnosing_a_Crisis/ Publicado em 9 de abril de 2013 e acessado em 30 de setembro de 2013.
- ILLICH, I. (1975) **A Expropriação da Saúde**: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976.
- INSEL, T. Disruptive Insights in Psychiatry: transforming a clinical discipline. In **Journal of Clinical Investigation**, vol. 119, n. 4, p. 700-705, 2009.
- _____. Transforming Diagnosis. In **National Institute of Mental Health: Director's Blog**. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>. Publicado em 29 de abril de 2013 e acessado em 31 de maio de 2013.
- INSEL, T. R.; QUIRION, R. Psychiatry as a Clinical Neuroscience Discipline. In **Journal of American Medical Association**, vol. 292, n. 17, p. 2221-2221, nov 2005.
- INSEL, T. R.; WANG, P. S. Rethinking Mental Illness. In **Journal of American Medical Association**, vol. 303, n. 19, p. 1970-1971, may 2010.

JABLENSKY, A. Living in a Kraepelinian World: Kraepelin's impact on modern psychiatry. In **History of Psychiatry**, vol. 18, n. 3, p. 381-388, 2007.

JAMES, W. **Psychology**: briefer course. New York: Henry Holt, 1900.
Disponível em <https://archive.org/details/psychologybriefe00willuoft>

JASPERS, K. (1913). **Psicopatologia Geral**: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica. São Paulo: Atheneu, 2003.

JORNAL ESTADO DE MINAS GERAIS. **Brasileiro gasta R\$ 1,8 bi com antidepressivos e estabilizadores de humor**. Matéria publicada em 26/01/2013. Disponível em http://www.em.com.br/app/noticia/economia/2013/01/26/internas_economia,346135/brasileiro-gasta-r-1-8-bi-com-antidepressivos-e-estabilizadores-de-humor.shtml

KANDEL, E. R. A New Intellectual Framework for Psychiatry. In **American Journal of Psychiatry**, vol 155, n. 4, p. 457-469, april 1998.

KAWA, S.; GIORDANO, J. A Brief Historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. In **Philosophy, Ethics and Humanity in Medicine**, n. 7, p. 1-9, jan 2012.

KENDLER, K. S. Psychiatric Genetics: a methodologic critique. In **American Journal of Psychiatry**, vol 162, n. 1, p. 3-11, jan 2005.

KLERMAN, G. L. The Evolution of a Scientific Nosology. In J. D. Shershow (ed) **Schizophrenia: science and practice**. Cambridge and London: Harvard Univ. Press, p. 99-121, 1978.

KLERMAN, G. L. et al. Debate on DSM-III. In **American Journal of Psychiatry**, n 141, p. 539-53, 1984.

KRAEPELIN, E. 1883. **Compendium der Psychiatrie**. Leipzig, Abel.

_____. (1899). **Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte**. Leipzig: J. A. Barth, Leipzig. Leitura feita a partir da tradução inglesa *Clinical Psychiatry: a text-book for students and physicians*. London: The McMillan Co, 1902. Disponível em

<https://archive.org/details/clinicalpsychia00kraegooq>. Acessado em 20 de outubro de 2013.

_____. (1904). **Lectures on Clinical Psychiatry**. New York: Hafner Pub. Co, 1968. Disponível em <https://archive.org/details/lecturesonclini00kraegooq>. Acessado em 20 de outubro de 2013.

_____. (1920). As formas de manifestação da insanidade. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, vol. 12, n. 1, p. 167-194, mar. 2009.

KUTCHINS, H.; KIRK, S. **Making Us Crazy**. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York: Free Press, 1997.

LACAN, J. (1955a). **O Seminário Livro 2** O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

_____. (1955b). A Coisa Freudiana. In **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1957). A Instância da Letra no Inconsciente ou a Razão desde Freud. In **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1958) A Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder. In **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1960). **O Seminário Livro 7** A Ética da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. (1964). **O Seminário Livro 11** Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

_____. (1966). O Lugar da Psicanálise na Medicina. In **Opção Lacaniana** Revista Internacional de Psicanálise, n. 32, dez 2001.

_____. (1973). **O Seminário Livro 20** Mais Ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1982.

LAIA, S. A Classificação dos Transtornos Mentais pelo DSM-V e a Orientação Lacaniana. In **CliniCAPS**, vol. 5, n. 15, 2011.

LANDMAN, P. Why Does the Publication of the DSM-5 Concern European Psychiatry? In **DxSummit.org** The Global Summit on Diagnostic Alternatives: an online platform for rethinking mental health. Disponível em <http://dxsummit.org/archives/1053> Publicado em 16 de julho de 2013. Acessado em 30 de dezembro de 2013.

LAURENT, E. **Lost in Cognition**: el lugar de la pérdida en la cognición. Buenos Aires: Colección Diva, 2005.

_____. A Sociedade do Sintoma. In **A Sociedade do Sintoma**: a psicanálise hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007a.

_____. Princípios Diretores do Ato Psicanalítico. In _____ **A Sociedade do Sintoma**: a psicanálise, hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007b.

_____. L'Evaluation comme Symptôme et comme Ravage. In **La Petit Girafe** 19, 2008.

_____. O Delírio da Normalidade. In _____ **Loucuras, Sintomas e Fantasias na Vida Cotidiana**. Belo Horizonte: Sriptum, 2011b.

_____. **Fim de uma Época**. In Boletim da Escola Brasileira de Psicanálise. Disponível em http://www.diretorianarede.com.br/ebp_deb/ebP_deb001/laurent.html/ Acessado em 25 de maio de 2013.

_____. **A Batalha do Autismo**: da clínica à política. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LE BRETON, D. (1990). **Antropologia do Corpo e Modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

LECOURT, D. Normas. In RUSSO, M; CAPONI, S. (org.) **Estudos de Filosofia e História das Ciências Médicas**. São Paulo: Discurso Editorial e UFSC, 2006.

LEGUIL, F. A Psicanálise e o Pessoal da Medicina. In **ASephallus** – Revista Eletrônica do Núcleo Sephora. vol. 3, n. 5, nov 2007.

- LOCK, M.; NGUYEN, V.-K. **An Anthropology of Biomedicine**. Singapore: Wiley-Blackwell, 2010.
- LOMBROSO, C. **L'Uomo Delinquente**. Milano: Hoepli, 1876. Disponível em <https://archive.org/details/luomodelinquente00lomb>. Acessado em 20 de outubro de 2013.
- LUZ, M. T. **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MACHADO, R. **Ciência e Verdade: a trajetória da arqueologia de Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MARTIN, J. B. The Integration of Neurology, Psychiatry and Neuroscience in the 21st Century. In **American Journal of Psychiatry**, vol. 159, n. 5, p. 695-704, 2002.
- MATUSEVICH, D.; PIECZANSKI, P. Qué es la Post-Psiquiatria? Escenarios y encrucijadas de la psiquiatria atual. In **Epistemología y Psiquiatria: relaciones peligrosas**. Buenos Aires: Ed. Polemos, 2012.
- MAUSS, M. (1938). Uma Categoria do Espírito Humano: a noção de pessoa, a noção do “eu”. In **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária, 1974.
- MAYES, R.; HORWITZ, A. DSM III and the Revolution in the Classification of Mental Illness. In **Journal of the History of the Behavioral Sciences**, vol. 41, p. 249-267, 2005.
- MENNINGER, K. **The Vital Balance: the life process in mental health and illness**. New York: Viking Penguin, 1963.
- MEYER, A. **The Collected Papers of Adolf Meyer** (E. E. Winters, ed.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1951. vol. 2: Psychiatry.
- MILLER, G. The Seductive Allure of Behavioral Epigenetics. In **Science**, vol 39, p. 24-26, jul 2010.
- MILLER, J-A. O Sintoma e o Cometa. In **Opção Lacaniana**, nº 19, 1997.
- _____. Biologia Lacaniana e Acontecimentos de Corpo. In **Opção Lacaniana**, nº 41. São Paulo: Eolia, 2004.

- _____. A Arte do Diagnóstico: o Rouxinol de Lacan. In **Curinga**, n. 23, p. 15-33, nov. 2006.
- _____. **Coisas de Fineza em Psicanálise**. Seminário de Orientação Lacaniana, 2008, inédito.
- _____. Do Neurônio ao Nó. In **Revista aSEPHallus**. Rio de Janeiro, vol. VII, n. 13, nov. 2011 a abr. 2012.
- MILER, J-A, MILNER, J-C. **Você Quer Mesmo Ser Avaliado?** São Paulo: Manole, 2006.
- MLODINOW, L. **Subliminar**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.
- MOREIRA, V. A Contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a Psicopatologia Fenomenológica. In **Revista da Abordagem Gestáltica**, vol.17, n.2, pp. 172-184, 2011.
- MOREL, B.-A. **Traité des Dégénérescences**. Paris: J. B. Baillière, 1857. Disponível em <https://archive.org/details/traitedsdg1857more>. Acessado em 10 de outubro de 2013.
- _____. **Traité des Maladies Mentales**. Paris: J. B. Baillière, 1860. Disponível em <https://archive.org/details/traitedsmaladie00moregoog>. Acessado em 10 de outubro de 2013.
- MOYNIHAM, R.; CASSELS, A. Os Vendedores de Doenças. In **Le Monde Diplomatique Brasil**, 01 de maio de 2006.
- MOYNIHAN, R., HEATH, I.; HENRY, D. Selling Sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. In **British Medical Journal**, vol. 324, n. 7342, p. 886–891, april 2002.
- MOYNIHAN, R.; HENRY, D. The Fight Against Disease Mongering: generating knowledge for action. In **Public Library of Science Medicine (PLOS Medicine)**, vol. 3, n. 4, p. 425-428, 2006.
- NAGEL, T. Reductionism and Antireductionism. In: BOCK, G.; GOODE, J. (org.). **The limits of reductionism in biology**. Chichester: J. Wiley, p.3-14, 1998.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **Research Domain Criteria** (RDoC). Disponível em <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>. Acessado em 06 de abril de 2014.

NESSE, R.; STEIN, D. Towards a Genuinely Medical Model for Psychiatry Nosology. In **BMC Medicine**, vol. 10, n. 5, p. 1-9, 2012.

NOVAS, C.; ROSE, N. Genetic Risk and the Birth of the Somatic Individual. In **Economy and Society** vol. 29, n. 4, p. 485-513, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe sobre a Saúde no Mundo 2001**. Saúde Mental: novos conhecimentos, novas esperanças. OMS: Genebra, 2001.

_____. **Depression: a global public health concern**. In http://www.who.int/mental_health/management/depression/ Publicado em 09 de outubro de 2012. Acessado em 30 de janeiro de 2014.

ORR, J. Biopsychiatry and the Informatics of Diagnosis. In **Biomedicalization: technoscience, health and illness in the US**. Durham: Duke University Press, 2010.

ORTEGA, F.; VIDAL, F. Mapeamento do Sujeito Cerebral na Cultura Contemporânea. In **RECIIS – Rev. Eletrônica de Comunicação, Informática e Inovação em Saúde**, vol.1, n.2, p. 257-261, jul-dez, 2007.

PEREIRA, M. E. C. Formulando uma Psicopatologia Fundamental. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol. 1, n. 1, p. 60-76, set. 1998.

_____. O DSM-IV e o Objeto da Psicopatologia: um estudo crítico. In PEREIRA, M. E. C. (org.). **Psicanálise e Universidade / Temas Conexos**. Belo Horizonte: Passos, 1999.

_____. A Loucura Circular de Falret e as Origens do Conceito de Psicose Maníaco-Depressiva. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol. 5, n. 4, p. 125-129, dez. 2002.

- _____. Morel e a Questão da Degenerescência. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol. 11, n. 3, p. 490-496, set. 2008.
- _____. Bayle e a Descrição da Aracnoidite Crônica na Paralisia Geral: sobre as origens da Psiquiatria Biológica na França. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol. 12, n. 4, p. 743-751, dez. 2009.
- PIGNARRE, P. **Comment la Dépression est Devenue une Epidemie**. Paris: La Découverte, 2001.
- PIMENTEL, C. P.; VAZ, P. Visualizando o Eu: considerações sobre a dimensão política das imagens cerebrais. In **E-compós Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação**. Brasília, vol.12, n.2, p. 1-16, maio-ago 2009.
- PINEL, P. **Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale**. Paris: Brosson, 1801 (2ª edição 1809). Segunda edição do livro disponível no site da Medical Heritage Library. Endereço eletrônico do livro: <https://archive.org/details/traimdicoph00pinel>. Acessado em 03 de setembro de 2013.
- PORTIN, P.; LEHTONEN, J; ALANEN, Y. Mental Illness Requires a Multidisciplinary Plan. In **Science**, vol. 328, n. 5983, p. 1229, 4 June 2010.
- PRICE, B. H.; ADAMS, R. D.; COYLE, J. T. Neurology and Psychiatry: closing the great divide. In **Neurology**, vol. 54, n. 1, p. 8-14, jan. 2000.
- QUINET, A. **A Descoberta do Inconsciente: do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.
- REVISTA VEJA. **Cérebro: as imagens que revelam a origem biológica do pensamento e das emoções e vão revolucionar o tratamento das doenças mentais**. Publicada em 06 de março de 2013. Disponível em <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>
- _____. **Estudo Identifica 13 Alterações Genéticas Envolvidas na Esquizofrenia**. Publicada em 26 de agosto de 2013. Disponível em

<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/estudo-identifica-13-alteracoes-geneticas-envolvidas-na-esquizofrenia>

_____. **Estudo Mostra como Alterações Genéticas Podem Levar ao Autismo.** Publicada em 12 de agosto de 2012. Disponível em <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/estudo-mostra-como-alteracoes-geneticas-podem-levar-ao-autismo>

_____. **Identificados Fatores Genéticos Comuns A Cinco Doenças Psiquiátricas.** Publicada em 28 de fevereiro de 2013. Disponível em <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/identificado-fator-genetico-comum-a-cinco-doencas-mentais>

_____. **Pesquisas Aprofundam Conhecimento sobre as Causas Genéticas do Autismo.** Publicada em 04 de abril de 2012. Disponível em <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/tres-pesquisas-aprofundam-conhecimento-sobre-causas-geneticas-do-autismo>

_____. **Depressão: a promessa de cura.** Publicada em 28 de novembro de 2012. Disponível em <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>

RODRIGUES, A. C. T. Karl Jaspers e a Abordagem Fenomenológica em Psicopatologia. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. 8, n. 4, p. 754-768, 2005.

RORTY, R. **Objectivity, Relativism and Truth.** Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

ROSE, N. Neurochemical Selves. In **Society**, vol. 41, n. 1, p 46-59, nov/dec 2003.

_____. Disorders Without Borders? The expanding scope of psychiatric practice. In **Biosciences**, n. 1, p. 465-484, 2006.

_____. Beyond Medicalization. In **The Lancet**, vol. 369, p. 700-702, february 2007a.

_____. **Politics of life itself:** biomedicine, power, and subjectivity in the twentieth-first century. London: Princeton University Press, 2007b.

- _____. **Will Biomedicine Transform Society?** The political, economic, social and personal impact of medical advances in the twenty first century. London: BIOS, 2008.
- _____. The Human Sciences in a Biological Age. In **Theory, Culture and Society**, vol. 30, n. 1, p. 3-34, jan 2013.
- ROSEN, G. (1958). **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec/Unesp, 1994.
- _____. (1974). **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ROSENBERG, C. Contested Boundaries: psychiatry, disease and diagnosis. In **Perspectives in Biology and Medicine**, vol. 49, n. 3, p. 407-424, summer 2006.
- ROSENHAM, D. On Being Sane in Insane Places. In **Science**, vol. 179, n. 4070, p. 250-258, 1973.
- RUSSO, J.; PONCIANO, E. O Sujeito da Neurociência: da naturalização do homem ao re-encantamento da natureza. In **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 12, n. 2, p. 345-373, 2002.
- SABSHIN, M. Turning Points in Twentieth-Century American Psychiatry. In **The American Journal of Psychiatry**, vol. 147, n. 10, p. 1267-1274, oct 1990.
- SADLER, J. Z.; FOSTER, D. W. Psychiatric Molecular Genetics and the Ethics of Social Promises. In **Journal of Bioethics Inquire**, vol 8, n. 1, p. 27-34, march 2011.
- SAINT CLAIR, E. Os Antidepressivos e o Jornalismo Brasileiro: breve histórico de uma relação ciclotímica (1990-2010) In **Em Questão - Revista da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da UFRGS**. Porto Alegre, vol. 19, n.1, p. 275-293, jan./jun. 2013.
- SALEM, T. A Despossessão Subjetiva: dos paradoxos do individualismo. In **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 18, ano 7, 1992.

- SANDIN, S. et al. The Familial Risk of Autism. In **JAMA**, vol. 311, n. 17, p. 1770-1777, 2014.
- SANTIAGO, J. A Querela Atual do Sintoma: o realismo lógico da psicanálise em face do nominalismo contemporâneo. In **Curinga Os Nomes do Amor**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise-MG, n. 24, p. 11-19, 2007.
- SAYER, A. **Reductionism in Social Science**. Department of Sociology at Lancaster University, sept. 2005.
- SCHWARTZ, S.; CORCORAN, C. Biological Theories of Psychiatric Disorders: a sociological approach. In SCHEID, T. AND BROWN, T. (ed.) **A Handbook for the Study of mental Health: social contexts, theories and systems**. New York: Cambridge University Press, p. 64-88, 2010.
- SERPA JR., O. D. de. **Mal-Estar na Natureza**: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Te Corá, 1998.
- _____. Clínica e Evidência: em que se baseiam as nossas decisões? In **Cadernos Ipub**, n. 15, p. 61-79, 1999.
- _____. Mente, Cérebro e Perturbação Mental: a natureza da loucura ou a loucura na natureza. In **Cadernos IPUB (UFRJ)**, Rio de Janeiro, vol. 18, p. 144-157, 2000.
- _____. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de "o normal e o patológico" de Georges Canguilhem. In **Psicologia Clínica**, vol. 15, n. 1, p. 121-135, 2003.
- _____. Psiquiatria e Neurociências: como redescobrir o cérebro sem eclipsar o sujeito. In **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol. VII, n.2, p. 110-124, 2004.
- _____. O Degenerado. In **História, Ciência e Saúde - Manguinhos**, vol.17, suppl. 2, p. 447-473, 2010.
- SHORTER, E. **A History of Psychiatry**: from the era of the asylum to the age of prozac. New York: John Wiley & Sons, 1997.
- _____. **Before Prozac**: the troubled history of mood disorders in psychiatry. New York: Oxford University Press, 2009.

- SIMMEL, G. Individual and Society in Eighteenth and Nineteenth Century: views of life. In WOLFF, K. L. (ed.). **The Sociology of Georg Simmel**. New York: The Free Press, 1950.
- SOARES, G. B.; CAPONI, S. Depressão em Pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. In **Interface Botucatu**, vol.15 no.37, p. 437-446, Apr./June 2011.
- SOARES, J.; CAMARGO Jr., K. A Autonomia do Paciente no Processo Terapêutico como Valor para a Saúde. In **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 11, n. 21, p. 65-78, 2007.
- STAGNARO, J. C. Nosografías Psiquiátricas Contemporáneas: descripción y perspectivas críticas. In **Epistemología y Psiquiatría: relaciones peligrosas**. Buenos Aires: Editorial Polemos, 2012.
- STOP DSM. **Manifesto por uma Psicopatologia Clínica Não Estatística**. In STOP DSM home page. Publicado em 11 de abril de 2014. Disponível em <http://www.stop-dsm.org/index.php/en/>. Acessado em 10 de março de 2012.
- STRIMBU K.; TAVEL, J. What are Biomarkers? In **Current Opinion HIV AIDS**, vol. 5, n. 6, p. 463-466, nov. 2010.
- SUGIZAKI, E. Da Anátomo-Política à Biopolítica. In SOUZA, R. T. de; OLIVEIRA, N. F. de (org.) **Fenomenologia Hoje III: bioética, biotecnologias, biopolítica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.
- SZASZ, T., 1961. **O Mito da Doença Mental**. Rio de Janeiro: Zahar Ed, 1979.
- TORREY, E. F. **Freudian Fraud: the malignant effect of Freud's theory on American thought and culture**. New York: Harper Collins Publishers, 1992.
- UNITED STATES OF AMERICA. Department of Energy Office of Science, Office of Biological and Environmental Research. **Human Genome Program**. Disponível em http://web.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/index.shtml. Acessado em 10 de dezembro de 2013.
- VALVERDE, L. **Análise Epidemiológica e Clínica do Ambulatório Central de Adultos do Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS)**. Trabalho de conclusão de Estágio Integrado em Saúde Mental. Rio de Janeiro, 2008.

- VIDAL, F. Le Sujet Cérébral: une esquisse historique et conceptuelle. **Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences**, vol. 3, n. 11, p. 37-48, 2005.
- VIEIRA, M. A. Dando Nome aos Bois: sobre o diagnóstico na psicanálise. In FIGUEIREDO, A. C. (org.) **Psicanálise: pesquisa e clínica**. Rio de Janeiro: Ipub/Cuca, 2001.
- WACQUANT, L. Toward a Social Praxeology: the structure and logic of Bourdieu's sociology. In BOURDIEU, P. e WACQUANT, L. (ed.). **An Invitation to Reflexive Sociology**. Chicago: The University Press of Chicago, 1992.
- WAKEFIELD, J. C. Diagnosing DSM-IV, Part 1: DSM-IV and the concept of mental disorder. In **Behavior Research and Therapy**, vol. 35, n. 7, p. 633-650, 1997.
- _____. Misdiagnosing Normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. In **Journal of Mental Health**, vol. 19, n. 4, p. 337-351, aug 2010.
- WAKEFIELD, J. C.; BAER, J. C.; SCHMITZ, M. F. Differential Diagnosis of Depressive Illness Versus Intense Normal Sadness: how significant is the "clinical significance criterion" for major depression? In **Expert Review of Neurotherapeutics**, vol. 10, n. 7, p. 1015-1018, 2010.
- WEAVER, I. C. et al. Epigenetic Programming by Maternal Behavior. In **Nature Neuroscience**, vol. 7, n. 8, p. 847-854, june 2004.
- WINOGRAD, M. O Sujeito das Neurociências. In **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 8, p. 521-534, 2010.
- _____. Psicanálise, Ciência Cognitiva e Neurociência: notas para uma interlocução sobre o corpo pensante. In **Psychê**, vol. 10, p. 179-195, 2006.
- WILSON, M. DSM III and the Transformation of American Psychiatry: a history. In **American Journal of Psychiatry**, vol. 150, n. 3, p. 399-410, march 1993.
- ZATZ, M. Projeto Genoma Humano e Ética. In **São Paulo em Perspectiva**, vol.14, n.3, pp. 47-52, jul 2000.

ŽIŽEK, S. (2006). **Como Ler Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

ZOLA, I. K. Medicine as an Institution of Social Control. In **The Sociological Review**, n. 20, p. 487-504, 1972.

ZORZANELI, R.; ORTEGA, F. Cultura Somática, Neurociências e Subjetividade Contemporânea. In **Psicologia e Sociedade**, vol. 23. n. especial, 2011.

Anexos

Grupos de recepção: uma porta de entrada para a experiência de análise?*

Deborah Uhr e Nuria Malajovich Muñoz

Resumo:

Os grupos de recepção constituem importante recurso na organização dos ambulatórios públicos. Seus efeitos advêm da aproximação entre tal dispositivo e as entrevistas preliminares. No presente artigo, esse tema é retomado a partir das questões levantadas pelos sintomas contemporâneos. Analisa as saídas possíveis para um cenário onde a vontade de gozo parece se impor ao desejo de saber.

Palavras-chave: grupo de recepção, ambulatório de saúde mental, psicanálise aplicada, entrevistas preliminares, sintomas contemporâneos.

Os grupos de recepção foram criados, no âmbito da reforma psiquiátrica, para atender à necessidade de reestruturação dos ambulatórios da rede pública de saúde, reorganizando o fluxo e a dinâmica dos serviços a partir de sua porta de entrada. Essa transformação responde à necessidade de diversificação e complexificação da rede de assistência em saúde mental que, ancorada no paradigma da atenção psicossocial, estabelece um novo modelo de cuidado e uma ampliação da clínica *stricto sensu*, que passa a ser situada entre a saúde e o bem-estar social. O foco do cuidado incide sobre o sofrimento psíquico, mas também sobre os problemas da vida cotidiana, dialogando com o contexto cultural e sócio-econômico dos sujeitos na composição do projeto terapêutico individual.

No início dos anos 1990, o fracasso do processo de ambulatorização da assistência iniciado nas décadas anteriores evidencia-se, destacando-se a baixa resolutividade terapêutica dos casos acompanhados, a produção de excessiva

* Artigo publicado em **Latusa** n. 18 O Início de uma Análise, o Fim e o Meio. Rio de Janeiro: EBP-Rio, agosto 2013.

medicalização do sofrimento psíquico, a formação de imensas filas de espera e a inexpressiva capacidade de absorção da clientela que procura os serviços. A partir de então, caberia aos profissionais dos ambulatórios a produção de acessibilidade e a qualificação da prática clínica.

Nesse contexto, a atuação dos analistas que haviam ingressado na rede pública de saúde já se tornara alvo de duras críticas. Elas se referiam principalmente à inadequação das técnicas propostas na abordagem dos problemas de saúde mental dos casos mais graves, como as psicoses, mas também em relação à dificuldade de alguns analistas em receber pacientes cujo contexto sócio-econômico e cultural diferia radicalmente de seu universo referencial. Diziam respeito também à impossibilidade de transposição do modelo de atendimentos individuais em consultório particular para as instituições de saúde, pois geraria efeitos terapêuticos inexpressivos com alto índice de abandono dos tratamentos, além da hierarquização e seleção da clientela atendida (Costa, 1987; Bezerra Jr., 1987). Eram salientadas ainda as dificuldades desses profissionais em se adaptar ao trabalho em equipe multiprofissional (LoBianco et al, 1994).

A psicanálise aplicada à saúde mental

A inserção de analistas lacanianos no campo público contribuiu para a modificação desse cenário, com a oferta de um novo tipo de resposta clínica que viabiliza a aplicação da psicanálise às instituições de saúde mental, produzindo alterações positivas na atenção em saúde (Figueiredo, 2005; Greco, 2008).

O trabalho com as psicoses, o autismo e a debilidade mental, além dos novos sintomas apresentadas na contemporaneidade (uso abusivo de substâncias psicoativas, sintomas alimentares ou ainda situações que envolvem risco psicossocial), passa a ser sustentado a fim de responder à necessidade postulada pelo próprio Freud (1919/1996) de adaptação da técnica psicanalítica às condições produzidas pelas transformações da sociedade. A atuação na rede pública de saúde implica uma conexão com o social que exige dos analistas a atualização de suas coordenadas de tratamento, de modo a produzir efeitos que incidam sobre as novas configurações assumidas pelo mal estar.

A inclusão daqueles para quem o dispositivo clássico não funciona só ocorre com a preservação dos princípios éticos que sustentam a clínica psicanalítica. Lacan (1953/1998) enfatizou a importância de os analistas alcançarem “em seu horizonte a subjetividade de sua época”, dando a eles a tarefa de refabricar suas ferramentas de modo a produzir novas articulações da psicanálise com o social. Essa orientação não abre mão de seus operadores lógicos e toma como foco o sujeito, considerado como produto da linguagem e da forma como esta se articula para cada um. Trata-se de valorizar a dimensão daquele que experimenta o sofrimento psíquico, construindo o conhecimento e a direção do tratamento a partir das indicações do próprio sujeito.

A psicanálise de orientação lacaniana é regida por princípios e não por *standards*. Opera através de um modo específico de intervenção e dos efeitos que dele derivam. A transferência é tomada como o ponto de partida, apostando-se que um laço de trabalho se estabeleça no caso a caso, independente de sua gravidade ou do tipo de sintoma apresentado. Como afirma Laurent (2007), a particularidade do lugar do analista se define pela sustentação do enigma no sujeito que vem ao seu encontro.

O uso da psicanálise na instituição se aproxima do que Lacan (1964/2003) concebeu como psicanálise aplicada. Definida como uma das seções de trabalho da Escola Freudiana de Paris, ela se refere à terapêutica e à clínica médica. Diferentemente da psicanálise pura, a psicanálise aplicada não tem como efeito necessário a produção de um analista, mas porta um caráter terapêutico – não psicoterápico – na medida em que leva o sujeito ao trabalho analítico. É importante destacar que a psicanálise aplicada é sustentada por um analista “cuja qualidade profissional não depende do terreno apropriado do consultório, nem da natureza da clientela, e sim da experiência em que ele se engajou” (Miller, 2008, p. 8).

Sendo assim, sua posição na instituição deve ser a de alguém advertido quanto aos limites dos ideais, especialmente quando, a seu serviço, se exclui o sujeito da cena clínica. Laurent (1999) se refere a essa posição como a do ‘analista-cidadão’, ou seja, de alguém que, na fronteira entre o clínico e o político, faz de seu ato um instrumento que visa incidir na difícil articulação entre as normas universais e aquilo que é próprio de cada sujeito. Trata-se de,

reconhecendo e referendando a necessidade de fazer valer os direitos de cidadania e a exigência das instituições de proteção social, sustentar a particularidade subjetiva. Isso porque, no âmbito da reforma psiquiátrica, há um risco corrente de que as palavras de ordem, a tentação de ‘fazer o bem’ incidam como um imperativo que apaga a singularidade.

O grupo de recepção e o desafio de leitura dos sintomas contemporâneos

O grupo de recepção é um dispositivo criado para acolher as pessoas que procuram os serviços de saúde mental. Funciona em pequenos grupos com cerca de seis a oito pacientes e um ou dois técnicos de nível superior, com um número determinado de entrevistas. Tem por objetivo agilizar e qualificar o atendimento e, em geral, tem sido usado na transformação da assistência ambulatorial.

Os grupos foram implantados no início dos anos 1990 partindo da premissa de que o modo de acolhimento do paciente na instituição aponta a direção de seu tratamento. Com esse propósito, organizam-se em três tempos que se desdobram em acolhimento, avaliação e encaminhamento. A aproximação com a psicanálise se deu pela assunção de que o dispositivo poderia assumir o valor de entrevistas preliminares (Maron, 2000). Ao suspender o modo de resposta imediata oferecida na triagem, abria-se a possibilidade de que uma pergunta pudesse vir a ser formulada pelo sujeito a respeito das razões que o fizeram procurar o serviço. O grupo de recepção tem como objetivo realizar um tratamento da demanda de modo a viabilizar a construção de uma interrogação do sujeito acerca de seu sofrimento que dê lugar à retificação subjetiva e à histericização do discurso.

No entanto, o aumento progressivo de pessoas que procuram os ambulatórios sem apresentar uma demanda de tratamento que venha a se constituir como um desejo de saber tem levado os analistas a problematizarem sua atuação no dispositivo de recepção e também o estatuto contemporâneo da demanda. Nesse sentido, Brousse (2009) aponta que a dificuldade se coloca do lado da transferência, ou seja, em relação ao laço que o paciente estabelece no tratamento na medida em que muitos sujeitos “estão mais preocupados com o seu modo de gozo do que com o saber do qual são efeito”. A instauração de um tempo prévio torna-se, nessa situação, pré-condição para que o analista, com a sua

manobra, restaure a possibilidade de um endereçamento do sintoma como mensagem a ser decifrada e de sua reconexão à estrutura simbólica da linguagem.

Miller (1997), a partir dos casos clínicos discutidos na *Conversação de Arcachon*, propõe uma investigação acerca de situações que apontam para um desligamento do Outro, visando recolher as evidências do gozo e de seu retorno fora do discurso. Mostra, por essa via, que o trabalho clínico se torna mais complexo, já que se trata de empreender uma leitura que parte de signos não evidentes, por vezes ínfimos. Essa perspectiva evidencia a decisão do analista, pois se trata não apenas de recolher pistas, mas de considerar que há, a partir delas, uma entrada possível. Nesse mesmo sentido, Laurent (2007) assinala que o programa de ação do analista na atualidade consiste em fazer acreditar no sintoma como algo que pode ser lido. Essa leitura inclui o não sentido de modo a contorná-lo, produzindo uma borda a partir da qual os pequenos traços deixados pelos sintomas contemporâneos podem se por a falar.

As entrevistas de retorno nos grupos de recepção e o fato de o dispositivo funcionar regularmente e de forma aberta são uma aposta e um convite nessa direção. Para sustentar esta posição tomamos emprestadas as considerações de Di Ciaccia (2003) segundo as quais os analistas não avaliam a possibilidade de um tratamento valendo-se de um sintoma, de sua gravidade ou do diagnóstico, mas tendo por base a relação do sujeito com o significante.

A psicanálise oferece um novo modo de tratamento que não visa promover a identificação do sujeito a um significante específico, mas sua divisão, apontando para aquilo que, no sintoma, articula-se ao gozo e ao real. Introduce um modo de conceber o sintoma que, agindo como um ponto-de-basta, propicia uma reconexão com o social. Objetiva assim a formação de um modo de laço que se apoia na particularidade do sintoma e em sua irredutibilidade (Laurent, 2011).

Cabe frisar que os grupos de recepção vão, nesse sentido, na contramão da urgência assumida na atualidade, da pressa em obter uma resposta que obture a falta aberta por aquilo que não funciona no sintoma. Cava-se assim a possibilidade de os sujeitos experimentarem outro tempo, o de um trabalho preliminar que aposta na instauração de um enigma. Não é incomum que os sujeitos retornem ao dispositivo após um período longo de tempo – por vezes anos

– a fim de retomar uma pergunta que havia ficado em aberto desde o primeiro contato, mas que havia permanecido à espera de um acontecimento que precipitasse o desejo de se engajar na experiência de análise.

A busca de um tratamento de saúde mental no ambulatório pode indicar que a resposta dada pelo sujeito ao real, de algum modo, se esgotou ou se tornou insuficiente. Esse é o ponto nodal e estar advertido disso faz com que, nos grupos de recepção, não se procure fornecer sentidos para o sintoma, mas mobilizar e incluir o sujeito naquilo que o acomete. É preciso, como aponta Brousse (2007), deixar de lado as certezas doutrinárias de modo a aceitar o real que está em jogo nas novas marcas deixadas pelo sintoma na atualidade.

Se a busca por uma análise não é o primeiro passo de quem chega ao grupo de recepção, isso não significa que ele não possa responder a um convite para que, a partir da palavra, se pergunte sobre sua responsabilidade em relação ao próprio gozo, seus excessos, e sobre sua relação com o Outro. Nesse sentido, o analista assume uma posição um pouco à margem, de lado, na instituição. Não se trata de fornecer sentidos, mas tampouco de tentar restituir o bom modo de funcionamento, mas de uma aposta na existência do inconsciente e na possibilidade de o sujeito situar seu sintoma como uma resposta singular – e não *prêt-à-porter* – à angústia.

Passar da posição de falado para a de quem fala de seu sofrimento é um percurso árduo, seja em atendimentos individuais no consultório ou no ambulatório, seja nos dispositivos grupais. A experiência de atendimento nos grupos de recepção indica que esse deslizamento diz respeito mais à adesão do sujeito ao seu modo de gozo do que ao fato de o dispositivo ser grupal ou individual. O atendimento em grupo coloca riscos que concernem prioritariamente à proliferação de identificações imaginárias que tendem a obscurecer o que há de particular no sofrimento de cada um. Isso instaura um desafio a mais para o analista, que precisa descompletar o grupo. Por outro lado, tem sido interessante observar o quanto o atendimento no coletivo favorece que as pessoas relativizem seu sofrimento pessoal e tirem consequências da sua própria fala, da dos demais e das pontuações feitas por aquele que o sustenta. Ao término das entrevistas nos grupos de recepção não são poucos os pacientes que, mantendo um pedido de tratamento, optam por um acompanhamento grupal.

Importante ressaltar que muitos pacientes não fazem a passagem de um ensaio preliminar (1913/1996) para a construção de uma demanda de saber. As razões são várias e podemos resumi-las em três grandes grupos: as entrevistas têm um efeito terapêutico e o sujeito opta por concluir sua participação ao fim do número de encontros propostos; a suspensão da resposta imediata coloca para os sujeitos a exigência de um questionamento mínimo de sua queixa e muitos deles não o desejam, abandonando os grupos; os pacientes não se repositionam em relação à demanda de cura, mas não deixam os grupos. Parte da clientela que assume esta última postura chega motivada pelo desejo de encontrar um modo de restituição do funcionamento anterior do sintoma, muitas vezes fazendo uso de medicação e sustentando-se no grupo de recepção visando sua obtenção. Em alguns desses casos há um prolongamento das entrevistas como uma aposta de que o sujeito possa fazer um deslocamento mínimo em sua posição subjetiva.

Há situações em que isso não ocorre e é preciso suportar a escolha do sujeito, pois de outro modo incorremos no ideal de que todos devem se analisar. Na linha assinalada por Gueguén (2007), não é incomum que os sujeitos procurem os grupos de recepção e que essa experiência sirva para verificar que não desejam, por enquanto, abrir mão de seus sintomas. A liberdade do sujeito deve ser levada em conta, todavia, a oferta deve ser sustentada para todo aquele que o desejar. Seldes (2004) aponta, nessa direção, que as contra-indicações devem ser tomadas, na psicanálise aplicada, enquanto indicações daquilo que não convém fazer em determinadas ocasiões. Esse posicionamento não desobriga o analista, que não pode abrir mão de sua responsabilidade, orientando sua ação a partir daquilo que recolhe do encontro com cada caso, avaliando os riscos e a pertinência de suas intervenções.

Referências Bibliográficas

- BEZERRA JR., B. Considerações sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental. In TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs.). **Cidadania e Loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.
- BROUSSE, M. H. A Transferência nos Dispositivos de Psicanálise Aplicada (parte 2). In **Entrevários:** revista do Clin-a, n. 4, 2009.

- _____. Três Pontos de Ancoragem. In ASSOCIAÇÃO DO CAMPO FREUDIANO (org.) **Pertinências da Psicanálise Aplicada**. Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- COSTA, J. F. Consciência da Doença como Consciência do Sintoma: a "doença dos nervos" e a identidade psicológica. In **Cadernos do IMS/UERJ**, n. 1, 1987.
- DI CIACCIA, A. Inventar a Psicanálise na Instituição. In ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE (org.) **Os Usos da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Associação Mundial de Psicanálise, Editora Contracapa, 2003.
- FIGUEIREDO, A. C. Uma Proposta da Psicanálise para o Trabalho em Equipe na Atenção Psicossocial. In **Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC**. Barbacena, ano III, n 5, 2005.
- GUÉGUEN, P. G. Quatro Pontuações sobre a Psicanálise Aplicada. In ASSOCIAÇÃO DO CAMPO FREUDIANO (org.) **Pertinências da Psicanálise Aplicada**. Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- FREUD, S. 1913. Sobre o Início do Tratamento. In **Obras Completas de Sigmund Freud** vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. 1919 [1918]. Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. In **Obras Completas de Sigmund Freud** vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- GRECCO, M. Psicanálise e Saúde Mental: o "e" da questão. In FIGUEIREDO, A. C. (org). **Corpo, Sintoma e Psicose: leituras do contemporâneo**. Rio de Janeiro, Contra Capa livraria, 2006.
- LACAN, J. 1953. Função e Campo da Fala e da Linguagem. In **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. 1964. Ato de Fundação. In **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- LAURENT, E. Princípios Diretores do Ato Analítico. In **A Sociedade do Sintoma: a psicanálise hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.

- _____. O Analista Cidadão. In **Curinga** n. 13: Psicanálise e Saúde Mental. Belo Horizonte: EBP-MG, 1999.
- _____. A Sociedade do Sintoma. In **A Sociedade do Sintoma: a psicanálise hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.
- _____. O Delírio de Normalidade. In **Loucuras, Sintomas e Fantasias na Vida Cotidiana**. Belo Horizonte: Scriptum livros, 2011.
- LO BIANCO, A. C. et al. Concepções e Atividades Emergentes na Psicologia Clínica: implicações para a formação. In CFP (org.). **Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a profissão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- MARON, G. Grupos de Recepção: interrogando (n)os grupos. In **Cadernos do Ipub** n 17: Grupos de Recepção. Rio de Janeiro: Ipub/Cuca, 2000, p. 47.
- MILLER, J-A. Rumo ao PIPOL 4. In **Correio** – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise, n. 60: Clínica e pragmática. Escola Brasileira de Psicanálise, mar/2008.
- _____. (org.) **La Conversation d’Arcachon. Cas Rares: les inclassables de la clinique**. Paris: Seuil, 1997.
- SELDES, R. La Urgencia Subjetiva: um nuevo tiempo. In BELLAGA, G. (org.). **La Urgencia Generalizada: la práctica en el hospital**. Buenos Aires: Grama, 2004, p. 39.

Psicanálise aplicada à instituição de saúde mental: o grupo de recepção como tratamento da demanda^{*}

Deborah Uhr

A articulação entre psicanálise e psiquiatria/saúde mental não é recente no país, remontando às primeiras décadas do século XX. Naquele contexto e ao longo do século, a psicanálise se apresentou como instrumento de adaptação social e subjetiva. Na realidade, toda a prática psiquiátrica servia a este fim, que podia se realizar tanto no contexto asilar quanto nas práticas preventivas disseminadas socialmente.

Uma das novidades decorrentes do processo de reforma psiquiátrica, iniciado no final dos anos 1970, foi a tentativa de rompimento com o viés adaptativo e segregador da psiquiatria. Nesse sentido, se estabeleceu como bandeira de luta a reivindicação do estatuto de cidadania para o louco, o que contribuiu para transformações tanto no âmbito assistencial quanto nos níveis político, jurídico e cultural. Tratava-se de construir uma nova relação entre sociedade e loucura que permitisse a reinserção social do louco e a substituição do modelo asilar. Essa proposta tem levado à progressiva diversificação e complexificação da rede de assistência em saúde mental, agora ancorada no paradigma da atenção psicossocial¹.

Esse cenário tem sido especialmente profícuo para a aplicação da psicanálise nas instituições de saúde mental a partir de um novo viés. Trata-se de, reconhecendo e referendando a necessidade de fazer valer os direitos de cidadania do louco e a exigência das instituições de proteção social, sustentar a particularidade do sujeito. Isso porque, no âmbito da reforma psiquiátrica, há um risco corrente de que as palavras de ordem, a tentação de ‘fazer o bem’ incidam sobre o sujeito como um imperativo que abafa sua particularidade.

Sendo assim, a posição do psicanalista na instituição é a de alguém advertido quanto aos limites dos ideais, especialmente quando, a seu serviço, se exclui o sujeito da cena clínica. Laurent (1999) se refere a essa posição como a do

^{*} Artigo escrito como conclusão do curso regular do Instituto de Clínica Psicanalítica. Mimeo, 2006.

‘analista-cidadão’, entendido como aquele que procura impedir que, em nome da universalidade, se esqueça a particularidade de cada um.

O uso da psicanálise na instituição se aproxima do que Lacan (1964) concebeu como ‘psicanálise aplicada’. Definida como uma das seções de trabalho da Escola Freudiana de Paris, a psicanálise aplicada se refere à terapêutica e à clínica médica. Diferentemente da ‘psicanálise pura’, não tem como efeito necessário a produção de um psicanalista, mas porta um caráter terapêutico – não psicoterápico – na medida em que leva o sujeito ao trabalho analítico.

A tese deste artigo é que a inserção de um psicanalista nos grupos de recepção de um ambulatório de saúde mental abriu a possibilidade de tratar a demanda ao instaurar uma escuta centrada na particularidade do acontecimento subjetivo, ao interrogar o sujeito acerca de sua posição frente ao seu sofrimento.

O ambulatório de saúde mental – circunscrevendo o problema:

O ambulatório de adultos do Instituto Nise da Silveira² fica na zona norte do Rio de Janeiro, na AP 3.2. Trata-se de um serviço de grandes proporções, seja do ponto de vista da clientela (aproximadamente 4000 pacientes) seja do ponto de vista da equipe (cerca de 20 técnicos de nível superior). Desde os anos 1980 ele atua como um ambulatório de referência na cidade, atendendo neuróticos e psicóticos. Nos anos 1990, a crescente demanda sobre o serviço produziu o seu fechamento para novos pacientes. Com a municipalização do hospital, em 2000 a porta de entrada do ambulatório foi reaberta, utilizando-se para isso o grupo de recepção.

O grupo de recepção é um dos dispositivos criados no âmbito da reforma psiquiátrica para acolher os pacientes que procuram os serviços de saúde mental. Funcionam em pequenos grupos com cerca de seis a oito pacientes e um ou dois técnicos de nível superior, com um número determinado de entrevistas. Têm por objetivo agilizar e qualificar o atendimento e, em geral, têm sido usados na transformação da assistência ambulatorial.

O ponto de partida do funcionamento dos grupos de recepção é a idéia de que o modo de acolhimento do paciente na instituição aponta a direção de tratamento. Neste sentido, eles se desdobram em três tempos: acolhimento,

avaliação e encaminhamento. A aproximação entre os grupos de recepção e a psicanálise se dá pela assunção de que eles podem assumir o valor de entrevistas preliminares (Maron, 2000). Neste sentido, têm como objetivo principal a análise da demanda e, para isso, operam uma suspensão da resposta imediata e convidam o sujeito a se perguntar sobre sua implicação naquilo de que se queixa, a se responsabilizar pelos seus ditos e por sua escolha, inclusive a de tratamento.

Um dos impasses dos grupos de recepção deste ambulatório era que eles, a despeito do nome e da prática multidisciplinar, funcionavam mais como uma triagem do que como uma recepção, ancorando-se predominantemente nos sintomas e na ação médica. A resposta habitual à queixa do sujeito era farmacoterápica e, quando o quadro clínico permitia, indicava-se psicoterapia ou terapia ocupacional, sem qualquer implicação do sujeito nesta indicação de tratamento. O paciente era imediatamente acolhido na instituição, que estava sempre sem vagas. Por conta disso, ele se mantinha em consultas mensais no grupo de recepção por seis meses, até poder ser acolhido por seu médico assistente. No caso do atendimento psicológico ou de terapia ocupacional, não havia agendamento regular e a absorção da clientela era errática. Todo esse quadro produzia desistências do tratamento e grande absenteísmo.

Outro efeito deste tipo de funcionamento era uma longa espera pelo primeiro atendimento no grupo de recepção, que girava em torno de nove meses. Durante este tempo, o paciente que se dirigia ao ambulatório era atendido na emergência psiquiátrica. Não havia acompanhamento regular do paciente por um único profissional, as consultas eram espaçadas e a resposta ao sofrimento era exclusivamente medicamentosa. Dito de outro modo, na emergência *não havia tratamento* e a equipe do ambulatório não se implicava nessa situação, pois aqueles pacientes eram da emergência e não seus³. Ela resistia a qualquer proposta de mudança na recepção porque imaginava que se produziria um aumento da demanda. Eximia-se de sua responsabilidade pelo território e levava a cabo uma recepção medicalizante.

A questão que se colocava era como alterar esse cenário. Como produzir acesso e, ao mesmo tempo, tratar a demanda? Duas estratégias diferentes foram colocadas em marcha. A primeira dizia respeito à ‘tomada de responsabilidade’

pela área de abrangência do serviço⁴ e a segunda à aplicação rigorosa da idéia de que o grupo de recepção servia à análise da demanda.

Grupo de recepção como tratamento da demanda

O primeiro passo para fazer valer o valor de entrevistas preliminares dos grupos de recepção foi a modificação do seu modo de funcionamento. Eles foram se transformando ao longo do tempo até adquirir sua configuração atual⁵. Hoje existem dois grupos de recepção, que são realizados por uma psicanalista e uma psiquiatra. Os pacientes da área de abrangência do serviço têm acesso imediato aos grupos, que acontecem duas vezes por semana.

A recepção se divide em três momentos: acolhimento, avaliação e encaminhamento. No primeiro momento é feita uma espécie de triagem ou hierarquização da demanda para reencaminhamento de pacientes cujo problema deve ser tratado em outra unidade (uso de álcool e outras drogas, casos neurológicos, retardo mental etc.).

A partir daí, os pacientes passam a um segundo momento, o da análise da demanda. Parte dos pacientes, em geral os psicóticos, são referidos para a psiquiatra para entrevistas individuais. A outra parte da clientela, a que compõe o maior número de pacientes, é encaminhada para os grupos de retorno, que se desdobram em três entrevistas. Na última entrevista é feito o encaminhamento.

Cabe ressaltar que acorrem ao ambulatório, em sua maioria, pacientes com queixas de ansiedade e depressão, sujeitos tomados pela angústia e que portam uma urgência na solução de seu sofrimento. O pedido de tratamento vem inicialmente vinculado ao pedido de medicação e desconectado de qualquer implicação do sujeito no seu sintoma, sendo colocado no médico ou em outro profissional *psi* o papel de agente da cura. Poucos são os casos em que o paciente vem em busca de psicoterapia ou em que ele se indaga sobre o sentido de seu mal-estar.

É a decisão ética do psicanalista de que há sujeito no sintoma que transforma a recepção em um ato clínico. Caberá ao paciente a decisão de se implicar nesse sintoma para, a partir daí, construir a possibilidade de um tratamento. As entrevistas de retorno nos grupos de recepção são uma aposta nessa direção. Para

sustentar esta posição tomamos emprestadas as considerações de Di Ciaccia (2003) que considera que os psicanalistas não avaliam a possibilidade de um tratamento valendo-nos de um sintoma, de sua gravidade ou do diagnóstico. A possibilidade de tratamento, segundo o autor, é analisada com base na relação do sujeito com o significante, e a bússola do psicanalista é a demanda do sujeito e sua posição de desejo decidido em relação ao tratamento.

Esse desejo decidido do analisante tem a chance de se instaurar a partir do Desejo do Analista, que, frente à demanda por restituição da satisfação perdida, silencia a fim de que “reapareçam os significantes em que sua frustração está retida” (Lacan, 1958: 624). Onde o sujeito espera encontrar um significante que possa representá-lo, que possa recompor o seu sintoma e produzir alívio, encontra um vazio que o remete a uma questão sobre seu próprio desejo, a partir do desejo do Outro.

A operação de instauração de um enigma para o sujeito e de sua localização frente ao desejo do Outro constitui um dos níveis das entrevistas preliminares. Outro nível é o da retificação subjetiva, que diz respeito à passagem de uma posição eminentemente queixosa em relação ao outro, como se ele fosse o responsável pelo mal-estar do sujeito, para a posição de suspeita em relação a sua própria participação na produção desse sofrimento. Nessa implicação há a assunção de uma responsabilidade da parte do sujeito e é a ela que se dirige a psicanálise (Miller, 1987).

A abertura para o inconsciente operada pelas entrevistas preliminares constitui um tempo de trabalho prévio à análise propriamente dita, mas já é tratamento. Há entre elas e a análise o ato analítico de aceitar ou recusar o pedido de tratamento, mas as entrevistas preliminares, de algum modo, já se inscrevem na ‘cura’ do sujeito.

Cabe ressaltar que o que está em jogo em todo esse processo é a transferência, na medida em que a transformação do sintoma como queixa em um ‘sintoma analítico’ é correlata do estabelecimento da transferência. A partir daí se instaura a suposição de saber que permite a entrada em análise.

Feita essa breve discussão sobre a função das entrevistas preliminares e sua relação com a entrada em análise, resta-nos perguntar como isso se opera em uma instituição, e mais, como isso se realiza em um contexto em que não há um endereçamento prévio a um psicanalista e a demanda de alívio costuma incluir o pedido de medicação, em que as entrevistas são realizadas em grupo e limitadas a três encontros e onde aquele que faz as entrevistas não é quem leva adiante o tratamento.

Se pensarmos em um uso *standard* da psicanálise, a resposta imediata será a de que não é possível aplicá-la nesse cenário. Nos grupos de recepção se coloca com toda intensidade a premissa de que a psicanálise lacaniana é regida por princípios e não por *standards*. E tem sido baseada nesses princípios que a atuação de um psicanalista é possível no ambulatório e que sua ação pode ter efeitos sobre os sujeitos e sobre o funcionamento institucional. Como afirma Laurent (2006), a particularidade do lugar do psicanalista se define pela sustentação do enigma no sujeito que vem ao seu encontro.

Os efeitos institucionais dessa posição podem ser identificados em algumas mudanças importantes do funcionamento institucional: aumento do número de grupos de recepção com o término da lista de espera; acolhimento automático nos grupos de recepção da clientela que procura o ambulatório; rompimento com a prática da triagem ancorada na avaliação diagnóstica e na medicalização do sofrimento; hierarquização da demanda, com rápida absorção quando a situação assim o exige, em especial nos casos de psicose; privilegiamento da clientela mais grave; e discussão de casos clínicos. Verificou-se que a ampliação do acesso ao ambulatório não incorreu em um inchamento do serviço porque a prática da recepção subverteu a equação ‘pedido de ajuda = oferta imediata de cuidado’. A articulação com outros recursos assistenciais favoreceu que o tratamento da clientela pudesse se dar em outros serviços da área. No percurso de implantação e desenvolvimento dos grupos de recepção, a psicanalista, que era chefe do serviço, deixou a função para se dedicar exclusivamente à clínica, nos próprios grupos e nos atendimentos individuais.

As conseqüências da sustentação da abertura e do enigma junto aos sujeitos tem sido, prioritariamente, a escolha de um tratamento pela palavra, a desistência do pedido de tratamento ou a “alta”. Para isso há uma orientação geral de que os

pacientes não obtenham, com a medicação ou com a compreensão / aconselhamento, uma resposta tampão para seu sofrimento. Não há um veto à medicação mas o seu uso é restrito e articulado à construção de uma interpretação do sujeito acerca de seu próprio mal-estar e não ao seu estabelecimento em uma posição de objeto do saber médico, que tudo conhece sobre seus sintomas e sua doença. Isso já representa certa torção em relação ao funcionamento institucional marcado pela mestria e ao pedido originário de socorro por parte do paciente.

Embora no ambulatório seja incomum a procura por uma análise, a busca de um tratamento indica que a resposta dada pelo sujeito ao real, de algum modo, se esgotou ou se tornou insuficiente. Esse é o ponto nodal e estar advertido disso faz com que, nos grupos de recepção, se procure não fornecer sentidos para o sintoma, tentando fazer surgir a questão do desejo. Se o primeiro passo do sujeito não foi a busca por uma análise isso não significa que ele não possa responder a um convite para que, a partir da palavra, se pergunte sobre sua participação no seu mal-estar.

Passar da posição de falado para a de quem fala de seu sofrimento é um percurso árduo, seja em atendimentos individuais no consultório ou no ambulatório, seja nos dispositivos grupais. A experiência de atendimento nos grupos de recepção indica que esse deslizamento diz respeito mais à adesão do sujeito ao seu gozo do que ao fato de o dispositivo ser grupal ou individual. O atendimento em grupo coloca riscos que concernem prioritariamente à proliferação de identificações imaginárias que tendem a obscurecer o que há de particular no sofrimento de cada um. Isso instaura um desafio a mais para o psicanalista se ele precisa descompletar o grupo. Por outro lado, tem sido interessante observar o quanto o atendimento no coletivo favorece que as pessoas relativizem seu próprio sofrimento e tirem conseqüências da sua própria fala, da dos demais e das pontuações feitas pela psicanalista. Ao término das entrevistas nos grupos de recepção não são poucos os pacientes que, mantendo um pedido de tratamento, optam por um acompanhamento grupal.

Outro desafio colocado para os grupos de recepção é o número determinado de três sessões. Isso de imediato coloca um limite para o dispositivo e o situa em uma posição, ao mesmo tempo, de tratamento e de passagem. Ou seja, ele constitui tratamento porque, como atesta Freud (1913), o ensaio preliminar é o

início do tratamento e deve conformar-se às suas regras e, ao mesmo tempo, porque, tendo um final anunciado desde o seu início, pode servir de meio para a construção de uma demanda de saber. O interessante é que muitos dos pacientes não fazem essa passagem. As razões são várias e podemos resumi-las em três grandes grupos: as entrevistas têm um efeito terapêutico em si mesmas e os pacientes pedem “alta” ao seu final; a suspensão da resposta imediata coloca para os pacientes a exigência de um questionamento mínimo de sua queixa e muitos deles não o suportam, abandonando os grupos; os pacientes se mantêm muito aderidos ao seu gozo e nem dão início a uma certa retificação subjetiva nem deixam os grupos. Parte da clientela que assume esta última posição chega ao ambulatório já medicada e sustenta-se nas entrevistas visando a obtenção da medicação. Em alguns desses casos há um prolongamento das entrevistas como uma aposta de que o sujeito possa fazer um deslocamento mínimo em sua posição.

Há casos em que isso não ocorre e é preciso suportar a escolha do sujeito, pois de outro modo incorremos no ideal de que todos devem se analisar. Nessa situação resta como questão o manejo da medicação e o lugar que ela assumirá no tratamento dos pacientes, caso ele ocorra no ambulatório.

Um último ponto diz respeito ao fato de que aquele que faz as entrevistas não é quem leva adiante o tratamento. Essa questão talvez seja a mais delicada porque a transformação do sintoma em questão está atrelada à transferência, ao endereçamento ao psicanalista como sujeito suposto saber. Mas como operar esse deslocamento quando não é a mesma pessoa que recebe os pacientes nos grupos de recepção, colocando em marcha o trabalho das entrevistas preliminares, e que faz o tratamento ou análise propriamente dita?

Duas diretrizes orientam o manejo desta questão: a idéia de que o trabalho de retificação e localização subjetiva é levado a cabo pelo sujeito, e a aposta de que a via de interrogação aberta pelos grupos de recepção possa se manter em outro lugar, seja com outro terapeuta seja em outra instituição. Caberá ao sujeito fazer valer seu desejo decidido de se tratar ou ao menos que possa sustentar a abertura do inconsciente...

Caso 1 – o efeito terapêutico das entrevistas

Maria procura o ambulatório em função de problemas familiares: o filho é esquizofrênico e o marido deprimiu desde que perdeu o emprego. A partir de então solicita constantemente sua presença e ela se diz pressionada por esta situação. Queixa-se de depressão e esquecimento.

Na segunda entrevista, Maria reclama que o marido não a deixa em paz e a psicanalista indaga o que a faz suportar esta situação. Ela responde que o casamento dura vinte anos e que foi arranjado pela mãe e pela avó. Casou-se jovem e foi impedida de estudar e trabalhar, o que a levou a ter filhos ‘para se ocupar’. Agora, adoecido, o marido requisita a atenção antes dispensada aos filhos e se queixa de que não é consultado para resolver questões cotidianas. Maria diz-se nervosa com toda essa situação e retoma a queixa em relação ao marido. A psicanalista recoloca sua pergunta e interrompe a entrevista.

Maria volta no encontro seguinte dizendo que procurou tratamento em função de uma crise de nervos que a impediu de se mexer e que a levou a se demitir de seu emprego há três anos. Sabe que tem problemas e às vezes pensa que não vai agüentá-los. Procura o ambulatório porque tem pressão alta ‘emocional’ mas não sabe como podemos ajudá-la. Veio encaminhada pelo clínico que lhe prescreveu um benzodiazepínico. Informa que o marido também tem problemas, mas não quer se tratar. Segundo a paciente, ele se sente ‘metade homem’ porque está impotente desde o desemprego e o adoecimento.

Na última entrevista Maria pede alta. Afirma que já fez de tudo para o marido se curar e que as entrevistas a ajudaram a dar um limite a ele. Agora quer cuidar de si. Pensa que pode fazê-lo sozinha porque a evocação da pergunta da psicanalista lhe permitiu dar um basta ao marido quando ele fez menção de sufocá-la com seus pedidos.

Caso 2 – os efeitos de grupo

Célia chega ao ambulatório com queixa de tristeza, desânimo e ansiedade. Relaciona os sintomas à situação dos filhos: um sofreu grave acidente que terminou por lhe desfigurar o rosto e o outro se casou. O ocorrido com o primeiro ‘acabou com ela’ e o casamento do segundo foi muito duro porque ela o queria

para si. Hoje se sente inútil porque não pode fazer nada. Pede diazepam porque ‘vive a base de remédios’. A psicanalista não responde sua demanda e convida-a para novas entrevistas. A paciente associa o acidente do filho à morte da mãe, frente aos quais não sabe como lidar. Ela tem que fazê-lo sozinha porque o marido fica paralisado. Refere que viveu para os filhos - um deles apresentou epilepsia na infância e a doença dele ‘caiu sobre ela’. Não a aceitou. Informa que tinha muitas expectativas em relação aos filhos e que se descontrola quando os filhos brigam entre si.

Na última entrevista Célia deixa de lado suas elaborações e vem decidida a conseguir a medicação. Afirma que seu problema é psiquiátrico e que precisa de remédio porque não tem mais saída. O calmante lhe dá sossego e faz dormir. A família tem problemas e ela ‘precisa entrar no meio dos filhos’, que lhe pedem socorro. A psicanalista pergunta se Célia tem que entrar no meio deles e ela volta a falar que fica insone e ansiosa. Diz que quer uma solução para o seu caso – a medicação – e a psicanalista afirma que ela não será medicada. A negativa deixa-a transtornada e Célia passa a desvalorizar o grupo e a minha formação da psicanalista. Afirma que falar não adianta e que pode fazê-lo em qualquer lugar. Ela mesma faz a ressalva de que lá não pode falar de seus problemas. A psicanalista indica que ali ela tem feito isso e convida-a para novo encontro. Célia não cede e afirma que vai procurar medicação em outro lugar.

Estava colocado um impasse. A recusa da medicação não visava o abandono das entrevistas. Por outro lado, havia se instalado uma tensão entre a paciente e a psicanalista, que atrapalhava seu retorno e, ao mesmo tempo, afetava o grupo. A psicanalista não sabia bem como encaminhar a situação e decidiu passar a palavra às outras pacientes (eram cinco mulheres). A segunda paciente a falar se identificou com Célia e também sublinhou seu desejo de ser medicada. No entanto, aceitou o chamado para nova entrevista. Foi a fala da terceira paciente que operou uma mudança na dinâmica do grupo. Tratava-se de uma senhora idosa que havia procurado o ambulatório em função de um quadro de constipação crônica relacionado à ansiedade. Ela afirma que fica muito nervosa por coisas bobas, da vida cotidiana. Dá como exemplo uma situação com o marido e a psicanalista lhe pergunta sobre a relação do casal. Ela diz que sente falta de sexo e

que talvez isso a deixe ansiosa. Sua afirmação provoca uma reviravolta no grupo, que passa a discutir o tema.

Célia, que havia ficado um tanto emburrada, muda de expressão e diz que já não se interessa por sexo há cerca de 15 anos (é uma mulher de 60 anos). Afirma que os problemas familiares a impedem de pensar nisso. Esse foi o mote para que a psicanalista resgatasse o percurso discursivo feito pela paciente até então e que havia sido atravessado pelo pedido de medicação. Convida-a para nova entrevista e, dessa vez, Célia aceita.

Referências Bibliográficas

DI CIACCIA, A. **Inventar a Psicanálise na Instituição**. In ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE (org.) **Os Usos da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Associação Mundial de Psicanálise, Editora Contracapa, 2003.

FREUD, S. (1913). Sobre o Início do Tratamento. In **Obras Completas de Sigmund Freud** vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LACAN, J. (1958). A Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder. In **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LACAN, J. (1964). Ato de Fundação. In **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

LAURENT, E. O Analista Cidadão. In **Curinga** n° 13: Psicanálise e Saúde Mental. Belo Horizonte: EBP-MG, 1999.

_____. **Princípios Diretores do Ato Analítico**. Proferidos no V Congresso da Associação Mundial de Psicanálise. Disponível em <http://www.ebp.org.br>. Acessado em 30 de setembro de 2006.

MARON, G. Grupos de Recepção: interrogando (n)os grupos. In **Cadernos do Ipub** n° 17: Grupos de Recepção. Rio de Janeiro: Ipub/Cuca, 2000.

MILLER, J.-A. 1987. O Método Psicanalítico. In **Lacan Elucidado**: palestras no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

ⁱ O paradigma da atenção psicossocial diz respeito a um novo ‘modelo’ de cuidados onde há uma ‘ampliação da clínica’ *stricto sensu*, agora situada entre a saúde e o bem-estar social. Propõe-se um cuidado que engloba tanto o sofrimento psíquico do sujeito quanto os seus problemas da vida cotidiana. Considera-se o contexto cultural e sócio-econômico na proposição do projeto terapêutico individual. Coerentes com esse novo modelo têm sido criados novos serviços, como caps, serviços residenciais terapêuticos etc.

² O Instituto Nise da Silveira é um complexo de assistência psiquiátrica localizado no bairro do Engenho de Dentro. É dividido em inúmeros serviços como hospitais-dia e caps, ambulatórios, enfermarias psiquiátricas de curta e média permanência, serviços residências terapêuticos e enfermarias de moradores. Até o início de 2006 prestava atendimento de emergência psiquiátrica, que atualmente é feito no Pam Del Castilho.

³ É importante destacar que, com a implantação de novas equipes de saúde mental na rede do município, cabia ao ambulatório somente o atendimento da clientela de sua área de abrangência (AP 3.2).

⁴ Tomada de responsabilidade diz respeito à responsabilização de um serviço pelo acolhimento da demanda saúde mental da sua área de abrangência. Isso não significa ter que assumir todos os pacientes em tratamento, mas implica em não se omitir frente à demanda porque a unidade está lotada, porque a equipe se preocupa com o acompanhamento dos usuários que já estão em tratamento ou porque o serviço não dispõe de recursos humanos e materiais. Para fazer valer sua responsabilidade pela área, o serviço se articula a outros serviços de saúde mental e a dispositivos sanitários e sociais, além de rever o modo de funcionamento, incluindo a recepção da clientela.

No caso do ambulatório, houve uma articulação com os hospitais-dia da área, que respondiam pela clientela psicótica e neurótica grave; com o Pam Del Castilho, que passou a responder por parte da AP 3.2; com a emergência, que progressivamente deixou de atender aos casos que não eram de urgência, o que diminuiu o número de casos que chegavam medicados ao ambulatório.

⁵ Inicialmente foram mantidos dois dos grupos de recepção originais e abertos mais quatro grupos. Assim, tornou-se possível atender a clientela represada na emergência do hospital. Em dez meses acabou-se com a fila de espera e o atendimento na recepção do ambulatório passou a ser imediato. Nos primeiros três meses de funcionamento dos novos grupos de recepção, eles foram feitos exclusivamente pela psicanalista (chefe do serviço na época), deixando os psiquiatras numa posição de retaguarda. Três meses mais tarde um terapeuta ocupacional se juntou ao trabalho e três meses depois uma médica passou a integrar a recepção. Com o tempo, os grupos iniciais acabaram e só se mantiveram na recepção a psicanalista e a médica que compartilhavam das novas orientações clínicas.