



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Marques, Natália Alvario; Pellegrino Toledo, Vanessa; Rigon Francischetti Garcia, Ana Paula
Significação da psicose pelo sujeito e seus efeitos para a clínica da enfermagem
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 65, núm. 1, enero-febrero, 2012, pp. 116-120
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267022810017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Significação da psicose pelo sujeito e seus efeitos para a clínica da Enfermagem

Meaning of psychosis by the subject and its effects on clinical nursing
Significado de la psicosis por el sujeto y sus efectos en la clínica de Enfermería

Natália Alvario Marques^I, Vanessa Pellegrino Toledo^{II}, Ana Paula Rigon Francischetti Garcia^{II}

^I Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas,
Departamento de Enfermagem. (Graduanda) Campinas-SP, Brasil.

^{II} Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas,
Departamento de Enfermagem. Campinas-SP, Brasil.

Submissão 29-11-2010 Aprovação: 09-02-2012

RESUMO

Objetivou-se identificar a apreensão do paciente acerca de sua experiência psíquica diante da psicose, indicando uma direção de tratamento à luz da leitura psicanalítica. Estudo qualitativo, realizado com nove pacientes. A análise ocorreu através de categorização dos discursos. Os sujeitos indicaram preocupação em construir um lugar onde sua experiência psíquica seja considerada em seu cotidiano. Com os profissionais de saúde mental, o sujeito pode encontrar um novo significante, criar novos significados, levando à estabilização dos sintomas, que provêm da criação da metáfora delirante. A sequência de perdas na psicose dá lugar a ganhos, em que o barramento do Outro proporciona a subjetivação de um novo lugar para esse sujeito, contribuindo para a construção de um novo projeto de vida.

Descritores: Processo saúde-doença; Esquizofrenia; Psicanálise; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to identify patients' apprehension about the psychic experience of psychosis, indicating a direction for treatment in the light of the psychoanalytic reading. This qualitative study involved nine patients. The analysis was accomplished through discourse categorization. The subjects indicated concern with building a place where their psychic experience is considered in daily reality. With mental health professionals, the subjects can find a new signifier; and create new meanings, leading to the stabilization of symptoms, deriving from the creation of the insane metaphor. The sequence of losses in psychosis makes room for gains, in which the exclusion of the Other provides for the subjectification of a new place for this subject, contributing to the construction of a new life project.

Key words: Health-disease process; Schizophrenia; Psychoanalysis; Nursing.

RESUMEN

La finalidad de este estudio fue identificar la aprensión del paciente acerca de su experiencia psíquica frente a la psicosis, indicando una dirección de tratamiento a la luz de la lectura psicoanalítica. Estudio cualitativo, llevado a cabo con nueve pacientes. El análisis fue efectuado mediante categorización de los discursos. Los sujetos indicaron preocupación en construir un lugar donde su experiencia psíquica sea considerada en su cotidiano. Con los profesionales de salud mental, el sujeto puede encontrar un nuevo significante, crear nuevos significados, llevando a la estabilización de los síntomas, que resulta de la creación de la metáfora delirante. La secuencia de pérdidas en la psicosis da lugar a ganancias, en que el impedimento del Otro proporciona la subjetivación de un nuevo lugar para ese sujeto, contribuyendo a la construcción de un nuevo proyecto de vida.

Palabras clave: Proceso salud-enfermedad; Esquizofrenia; Psicoanálisis; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia, na perspectiva da Psiquiatria Clínica se caracteriza por um transtorno psicótico que gera grande sofrimento ao doente e a sua família⁽¹⁾ e se manifesta por alterações do pensamento, da afetividade e do comportamento, sendo classificados como positivos ou negativos, e nomeados como alucinações, delírios, embotamento afetivo, apatia, entre outros⁽²⁾. A etiologia ainda é desconhecida. Mesmo com várias teorias existentes, nenhuma explica completamente a fisiopatologia, o que pode justificar a abordagem a esta doença por várias perspectivas terapêuticas.

Uma abordagem possível é através da reabilitação psicossocial, na qual os profissionais de saúde mental têm como papel contribuir para a restituição dos direitos civis desses sujeitos, e ainda, de uma identidade, de um lugar no grupo a que pertenciam, de um espaço na instituição em que pudessem conservar consigo seus pertences pessoais⁽³⁾, ou seja, ajudar os sujeitos a construir um novo projeto de vida⁽⁴⁻⁷⁾.

As ações de reabilitação psicossocial estão diretamente relacionadas a como o processo saúde-doença é entendido. Porém esse entendimento percorreu caminhos diversos, sempre se relacionando com o momento histórico⁽⁸⁾.

A relação adoecimento mental e cura sofreu modificações durante a história da humanidade, baseada no momento político e econômico vigente. As tecnologias de cuidado foram desenvolvidas a partir dessa relação. Assim, o tratamento imposto visava resolver o problema evidenciado, substituindo o erro, completando o que faltava, ou retirando o que havia em excesso⁽⁸⁾. O desenvolvimento da Psiquiatria segue nesse caminho biológico, com a criação de manicômios, terapias medicamentosas, entre outros, com a finalidade de se descobrir o lugar da loucura no indivíduo. Os exames de imagem e a classificação internacional das doenças (CID-X) classificam os sujeitos com transtorno mental, visando assim um tratamento fragmentado e uniforme para todos⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Porém, essa forma de cuidar nega a singularidade do sujeito. A descoberta do inconsciente por Freud permitiu a visão do adoecimento mental pelo campo psicossocial, que tem bases na filosofia, nas ciências sociais e humanas, ou seja, nas relações sociais^(4,6). A Psicanálise inaugurou uma nova forma de compreender o funcionamento psíquico⁽⁸⁾, em que a separação existente entre mente e corpo, foi entendida como um conjunto, uma relação, na qual mente é sintoma do corpo, e pode ser conhecida pelo discurso do sujeito⁽¹⁰⁾.

O exercício da Enfermagem também passou por tais modificações, já que, antes da reforma psiquiátrica, o cuidado era caracterizado por atividades de observação do paciente, vigilância e anotações dos comportamentos e falas dos mesmos que são usados para subsidiar o trabalho médico, em que, através dos olhos da enfermagem, conhece-se o momento da doença para propor intervenções⁽³⁻⁴⁾.

Porém, há outros modos de cuidar, que tem como proposta transcender o acolhimento com garantias, nesta perspectiva, tratar caracteriza-se pela produção de novos efeitos terapêuticos sustentados pela informação sobre o sujeito, que a enfermagem como profissão pautada na permanência e não na

visita pode elaborar durante o processo de cuidar, o que chamaremos de clínica da enfermagem^(3,11).

Uma possibilidade da construção desta clínica se apóia no referencial teórico metodológico da Psicanálise^(3,12-13), que fundamenta a assistência de enfermagem através da leitura do inconsciente entendida como determinante da estruturação psíquica de um sujeito^(14,15), e se apresenta nas quebras do discurso do mesmo. Tal reconhecimento e leitura do inconsciente favorece a identificação da estruturação psíquica⁽¹²⁾, que pode ser classificada como neurótica, psicótica, perversa, ou inclassificável⁽³⁾.

A psicose pode ser definida como “uma estrutura que se revela no dizer do sujeito e que corresponde a um modo particular de articulação dos registros do real, simbólico e imaginário”⁽¹⁶⁾. O que isso significa? O psicótico é um sujeito caracterizado pela ausência, que pode ser entendida pela forclusão do significante Nome do Pai⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, o que tem como efeito o sujeito se manter como objeto completo, sem contornos, ele é ou não é o falo para aquele que sustenta uma relação estruturante com o mesmo⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Assim, ele se relaciona diretamente com o outro, sendo totalmente identificado com a imagem que tem sobre si, ou seja, como alguém completo, o que é caracterizado pela certeza delirante⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Esse trabalho de construção exercido com o sujeito pode ser entendido como reabilitação psicossocial. Para o esquizofrênico, a reabilitação pode surgir de vários modos, respeitando os equipamentos de saúde mental existentes. Assim sendo, a reabilitação pode ocorrer através de psicoterapia, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico, orientação familiar, abordagem psicossocial em instituições, grupos de autoajuda, ou seja, atividades que visam reinserir o sujeito na família e na sociedade, exercendo papéis anteriormente desenvolvidos^(4,7,20). Já para o psicótico, a reabilitação psicossocial tem a mesma finalidade, porém perpassa caminhos diferentes. A Psicanálise propõe estratégias de acompanhamento do sujeito, auxiliando-o a se posicionar diante da sociedade incluindo sua diferença decorrente da estruturação organizada pela forclusão, em que ao se interessar pelos sintomas positivos, a equipe de referência secretaria o sujeito para que ele próprio crie um novo significante para substituir o desejo da mãe⁽²¹⁾.

Diante do exposto acima, pode-se apreender que existem diferentes formas de conceber o homem em seu contexto sócio-cultural, inaugurando diferentes dimensões éticas que por sua vez determinam diferentes formas de oferecer o cuidado, expressas pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS) no panorama atual da assistência à Saúde Mental no país⁽²²⁾.

No entanto, tem-se que ter em vista a necessidade de compreender como o sujeito que adoece apreende sua condição, a fim de implementar ações que vão ao encontro da demanda singular de cada um. Sendo assim, este trabalho objetiva identificar a apreensão do paciente acerca da sua experiência psíquica diante da psicose, indicando uma direção de tratamento à luz da leitura psicanalítica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial, modalidade III⁽²³⁾, da cidade de

Campinas, interior do Estado de São Paulo. Para o desenvolvimento desse trabalho foi utilizada a pergunta aberta: “Me conte sobre sua vida”.

A coleta de dados aconteceu em dez encontros, nos quais, entrevistou-se 9 sujeitos, cujos critérios de elegibilidade foram: ter diagnóstico médico de esquizofrenia (CID F.20)⁽²⁴⁾, que estivessem no CAPS no dia da coleta de dados e que não estivessem em crise. Reconhece-se que a escolha do critério de inclusão relacionado ao diagnóstico de esquizofrenia (CID F.20) não corresponde diretamente ao diagnóstico estrutural da psicose observado pela Psicanálise, no entanto, o diagnóstico médico é legitimado nos serviços de saúde mental para fins administrativos e terapêuticos. A coleta de dados concluiu-se a partir da saturação, entendida como a repetição das informações que foram compartilhadas entre os sujeitos da pesquisa e o pesquisador, tal justificativa aponta que a inclusão de outros participantes não resulta em idéias novas⁽²⁵⁾.

As entrevistas foram gravadas com gravador digital e posteriormente transcritas na íntegra. Após a transcrição, foi realizada a leitura flutuante, que deu origem aos temas, que posteriormente foram categorizados⁽²⁶⁾ em *História de vida e os efeitos na psicose* e *Família no processo saúde-doença*. Neste trabalho iremos discutir a primeira categoria.

Após a categorização temática, utilizou-se o referencial psicanalítico para fundamentar os discursos, pois reconhecemos que esse referencial teórico poderia trazer contribuições para a assistência em saúde mental, porque aponta direções de tratamentos possíveis quando se olha para os efeitos que a psicose causa no cotidiano de um sujeito, uma vez que a Psicanálise apreende o inconsciente estruturado tal como uma linguagem, que se mostra através do discurso do sujeito pelos atos falhos, sonhos, entre outras formações do inconsciente⁽²⁷⁾.

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação no estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sob o parecer 296/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A categoria escolhida para a análise dos dados foi a História de vida e os efeitos na psicose, devido a importância desse fator na elaboração da metáfora delirante do sujeito, como construção de um novo lugar a ele pertencente^(16,18,19). Como pode-se observar no excerto abaixo:

Trabalhava em casa, fazia unha, cortava cabelo. Aí depois não deu certo, separei, perdi meus filhos, (...). Perdi a casa, tudo. Eu fiquei triste, porque eu gostava muito da casa. Mas não deu pra, pra fazer como eu queria (...). Sou uma, uma beneficiante (...). É.. é um dinheiro muito complicado, nem eu sei como te explicar. Só sei que eu recebo R\$320,00 todo mês dia 23. (Paciente 1)

Ao contar sobre sua vida, a paciente acima elege primeiramente falar sobre a perda do trabalho, dos filhos e da casa. Dessa forma pode-se pensar que esta paciente ao começar seu

discurso elegendo a perda quando interrogada sobre sua vida, pode demonstrar que sua inscrição se dá por uma falta de lugar⁽¹⁸⁾. Lugar esse que deixa de existir quando ela perde a condição de dona de casa, de esposa. A instalação de uma outra posição abre a possibilidade de uma direção possível para o tratamento das psicoses, pela metáfora delirante, e instala uma outra posição, a qual nomeia-se pelo significante “beneficiente”^(16,17). A metáfora delirante é a criação de um novo significante para substituir a metáfora paterna, pois não houve a inserção desta na cadeia de significantes. Esta criação aponta a possibilidade de instalação do barramento da invasão que o Outro exerce sobre o paciente e que podemos observar na clínica pelo aparecimento dos fenômenos elementares (alucinações). A metáfora delirante permite, então, o surgimento de significações que contribuam para a estabilização dos sintomas alucinatórios, pois organiza de forma delirante uma diferenciação de sua experiência psíquica e a expressão da realidade por intermédio do Outro^(17,18,19).

Sabe-se que na psicose a origem da estruturação psíquica se dá pela não inscrição do significante Nome-do-Pai que reflete na perda de um lugar subjetivo para a existência do sujeito^(17,18,19). Sujeito é entendido como um efeito do inconsciente, diferente do indivíduo, é a dinâmica contínua de aproximação dos objetos que elege para satisfazer seu desejo sempre reimpresso no cotidiano, é o deslizar da cadeia significativa na tentativa de significar sua vida^(13,15).

Portanto para essa paciente, ser “beneficiente” significa uma possibilidade de uma inscrição como sujeito, pois pode apontar para a criação de uma metáfora delirante. Pode-se identificar o efeito dessa criação estabilizadora nas ações cotidianas que a paciente relata, que puderam ser desenvolvidas com o decorrer do tempo, como observamos abaixo:

Ajudo, pago luz, faço compras, é.. faço unha também. (Paciente 1)

Encarar a ação do sujeito como a possibilidade da inscrição de um lugar subjetivo favorece que a prática do profissional de saúde mental transcenda a dimensão da adaptação que pode ser observada quando concebemos a doença em uma dimensão de equilíbrio – desequilíbrio. É necessário contextualizar o adoecimento como a possibilidade da construção de um percurso em que o sintoma e a significação sejam incluídos na própria biografia do sujeito, como efeito para a sua condição de sofrimento. Assim, o discurso é utilizado para compreender como se deu a significação do adoecer para esse sujeito, desta forma, pode-se prestar uma assistência individualizada, na qual o sujeito é o centro para a construção do projeto de vida⁽⁹⁾, e também o docente na elaboração de seu caso clínico⁽¹⁰⁾.

No entanto, algumas histórias de vida são apresentadas cheias de cortes, repetições de palavras e frases, e interrupções, como se pode evidenciar no excerto abaixo:

A minha vida foi tachada, arrebatada, operada... ai meu deus do céu, o que eu passei. Duro hein? Olha aqui a minha cirurgia. Duro hein? Resistir. Cirurgia mata, né? Esses homens aí vem só pra comer. (...) Os homens... a

homaiada. Que nojo né? As vezes acho que eu... A cirurgia que eu fiz foi pra... desligar... Claro que foi! Só que é duro né, o ponto. Eu não vi! Não vê né? Não pode ver, da anestesia, geral. (Paciente 2).

Observa-se que existe uma diferença no modo em que o dois pacientes supracitados falam de sua vida. O primeiro fala de forma sintaticamente mais ordenada, e pode-se inferir que isso é resultado do apontamento que o sujeito fez em seu discurso da metáfora delirante, assim os sintomas encontram estabilidade. De outra forma, o segundo paciente fala de sua vida com muitos cortes, repetições, perdas de sentido e interrupções, o que também marca a expressão de uma subjetividade. Logo, ambas caracterizam-se como integrantes da significação de sua experiência na psicose. Esta experiência é compreendida pelo discurso, evidencia as falhas (ou superações) no desenvolvimento das forças produtivas de cada sujeito⁽⁸⁾, expressando as concepções de mundo e das relações sociais subjetivas⁽⁹⁾.

Reconhecendo esta característica, adota-se a posição de que a criação de um contorno realizada pelo paciente denota a tentativa do sujeito de tomar a sua condição de vida como questão e a partir do modo de funcionamento dele, o qual inclui a desorganização, se construa um lugar para seu adoecimento e para sua estabilização, como pode-se observar na fala abaixo:

(...) foi quando eu pensei em ir. A l saiu, ele pegou e estendeu uma, ela pegou e estendeu uma roupa lá no meu varal. Agora... eu não quero que não estenda roupa, não, para não haver mal entendimento, e ela pegou e estendeu. Ela estendeu a roupa. (...) Você acha que isso é lei do inquilinato? Não é lei do inquilinato. (...) O promotor de justiça falou assim: eu vou comprar um varal. Disse que vai comprar, que vai colocar assim (...) Numa casa que tem 3 cômodos, que eu moro ali, naquele lugar muito tempo (...). (Paciente 3)

Evidencia-se no excerto acima a reivindicação de seu lugar pela justiça através da necessidade da colocação de um varal, o qual denominamos contorno⁽¹⁰⁾ que separaria esse sujeito dos demais que vivem na mesma pensão. Quando ele reclama a “lei do inquilinato”, ele coloca o objeto varal como uma construção delirante que convoca um limite, que substitui a metáfora paterna para cumprir uma função artificial de separação. Esse paciente busca através da significação da separação física de seus vizinhos, criar sua metáfora delirante^(16,18-19), seu lugar dentro de um território que não o pertence, pois a casa é alugada, tentando impedir assim, uma invasão no espaço que vem tentando construir. Essa montagem reflete a estruturação psíquica da psicose, o que nos leva a reconhecer que os cortes e as interrupções não são necessariamente sinais da doença, mas a forma de subjetivação desta pessoa. Suprimir seu sintoma é retirar a pessoa de seu próprio processo de vida^(16,18-19).

O sintoma é evidente no discurso, e mostra a relação entre um conflito psíquico e a forma de resolução do mesmo. Existem diferentes formas de organizar a cadeia significativa quando balizamos a estruturação psíquica pela falta que gera a angústia, fundamental à existência do conflito psíquico. A

forma percebida na psicose é a forclusão, a não inscrição da falta, em que o sintoma aparece como a apreensão da realidade sob a forma delirante que se apresenta no discurso do sujeito. Esse sintoma é particular, pois expressa o uso singular do significante por cada sujeito, e no caso da psicose o sintoma delirante traz a possibilidade de um remendo na realidade e a estabilização da ordenação simbólica pela metáfora delirante^(10,19,28).

Este posicionamento diante do adoecimento indica aos profissionais de saúde mental um caminho a ser percorrido na assistência ao paciente com transtorno mental, favorecendo que o sujeito possa reconstruir sua história de vida articulando a inclusão de sua diferença em sua relação com o mundo. Um exemplo é como um paciente tentou buscar uma posição subjetiva ao contar sobre sua vida, trazendo elementos jurídicos associados a figuras que tomam o lugar de perseguidores no seu delírio persecutório, esta tentativa poderia ser lida como uma produção de contorno ou barramento da perseguição pelo chamado da lei de forma exterior, marcada no real pela apelação jurídica, pois falta uma lei simbólica devido a forclusão⁽²⁸⁾.

Olha só o que que ele faz, torcia o varal, pra chamar, torcia o varal, a luz, torcia a luz. (...) Aí o promotor de justiça pegou, tirou um alicate do carro, pegou, distorceu, distorceu... Aí o promotor falou: agora você vai falar com o G. G, você por favor não torcer mais o varal, viu? (Paciente 3)

Encarar a significação do adoecimento como uma perspectiva válida sobre a história de vida do paciente vai ao encontro da experiência que o paciente nos traz, colocando o profissional de saúde mental numa posição de secretário do alienado^(3,18-19). Secretariar o alienado é ser seu acompanhante. É favorecer que o sujeito tenha condições de percorrer seu próprio caminho para que se reconheça^(16,18).

CONCLUSÃO

A apreensão da experiência psíquica diante da psicose pelo sujeito foi reconhecida neste estudo de forma singular, evidenciando a própria estrutura da psicose na qual cada um organiza sua cadeia significativa de forma particular por meio da metáfora delirante. O custo da instalação da psicose permeia perdas nas relações que o sujeito tece junto aos demais que o circundam no contexto de sua vida, pois notamos que o psicótico coloca-se como um sujeito que sofre pela invasão do Outro.

Mas considerando a possibilidade da construção delirante apreendemos que existem ganhos quando este sujeito consegue um lugar no qual sua singularidade é levada em conta, seja por um significante (caso da “beneficiente”) ou pelo chamado da lei (pedido de um promotor).

Para que seja possível dar voz ao psicótico é necessário que o profissional de saúde mental crie condições para que alguns cortes sejam feitos: por parte do psicótico deve ocorrer o corte junto a sua relação com o Outro e por parte dos profissionais é necessário posicionar-se a partir da ética do inconsciente para que se possa constituir um tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Giacon BCC, Galera SAF. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2006;40(2):286-91.
2. Townsend MC. *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos e cuidados*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 864p.
3. Kirschbaum DIR. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? *Cad IPUB* 2000;6(19):15-36.
4. Villela SC, Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev Bras Enferm* 2004;57(6):738-41.
5. Kirschbaum DIR. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um centro de atenção psicossocial. *Rev Latinoam Enferm* 2009;17(3): 84-90.
6. Miranda L, Kirschbaum DIR. O desencadeamento da psicose e sua clínica nos equipamentos substitutivos de saúde mental: uma contribuição teórica na perspectiva freudiana. *Rev Latinoam Enferm* 2007;15(5):59-65.
7. Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. *Rev Bras Enferm* 2006;59(6):734-9.
8. Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. *Rev Latinoam Enferm* 2003;11(6):800-6.
9. Salles MM, Barros S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(1):73-81.
10. Viganò C. A construção do caso clínico. *Opção lacan* 2010;1(1):1-9.
11. Loyola CM, Rocha RM. Apresentação. In: *Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica*. Cad IPUB. 2000;19:7-10.
12. Pergola AM, Garcia APRF. O aprendizado da construção de caso clínico em Saúde Mental. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(2):383-8.
13. Silva TC, Kirschbaum DIR. Psicanálise como método de pesquisa que se desenha na prática clínica: contribuições para a enfermagem. [Artigo de reflexão]. *Rev Gaúch Enferm* 2008; 29(3):486-90.
14. Lacan J. O Seminário sobre a "Carta Roubada". In: Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998. p. 13-66.
15. Lacan J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998. p. 807-842.
16. Quinet A. Psicose: uma estrutura clínica. In: Quinet A. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1997. p.3-26.
17. Masagão ACBM. Orifeu: a mulher com pênis. A construção da significação sexual em um caso de psicose. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade de São Paulo; 2000. 214p.
18. Lacan J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998. p. 537-590.
19. Garcia APRF. *Aprendendo possibilidades de cuidar*. Campinas. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Estadual de Campinas; 2004. 158p.
20. Shirakawa I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22;Supl 1:56-8.
21. Guerra AMC. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Rev Latinoam Psicopat Fund* 2004;7(2):83-96.
22. Ministério da Saúde (Brasil) Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 60p.
23. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [portaria na internet] *Diário Oficial da União* 20 fev 2002 [acesso em 27 out 2010]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=20/02/2002&jornal=1&pagina=22&totalArquivos=56>
24. Ministério da Saúde, DataSUS [homepage na internet]. Classificação Internacional das Doenças (CID-10) [acesso em 19 out 2010]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>.
25. LoBiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. 330p.
26. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977. 229p.
27. Lacan J. O Seminário, livro 5. *As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1999. 536p.
28. Freud S. Neurose e psicose. In: Freud S. *O ego e o id. Uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago; 1924. p. 165-171.