

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E REDES DE ATENÇÃO
INTEGRAL

ARTUR LUÍS LINCK DE OLIVEIRA

PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL: o analista e sua inserção na Reforma
Psiquiátrica no Brasil

São Leopoldo

2015

ARTUR LUÍS LINCK DE OLIVEIRA

PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL: o analista e sua inserção na Reforma
Psiquiátrica no Brasil

Artigo apresentado como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista em
Saúde Mental, pelo Curso de
Especialização em Saúde Mental e Redes
de Atenção Integral em 2015 da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos -
UNISINOS

Orientador(a): Prof(a).Dra. Simone Bicca Charczuk

São Leopoldo
2015

PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL: o analista e sua inserção na Reforma Psiquiátrica no Brasil

Artur Luís Linck de Oliveira*

Simone Bicca Charczuk**

Este trabalho busca discutir a inserção da Psicanálise no campo da Saúde Mental brasileira, destacando desafios, articulações possíveis e diferenças encontradas em relação à clínica particular. Para realizar tal tarefa, foi feita uma revisão bibliográfica sobre intervenções de psicanalistas que estão inseridos como trabalhadores em serviços da rede de saúde mental. O objetivo é investigar de que modo as intervenções foram feitas e a partir daí analisá-las com base em autores do campo. Evidenciou-se o caso clínico como um dos dispositivos preponderantes na realização das análises, algo que é típico do meio psicanalítico e que possui implicações importantes no trabalho em equipe. Foi discutido que a ética psicanalítica de escuta do sujeito foi algo que perpassou todos os trabalhos, constituindo-se assim como uma das contribuições da Psicanálise para o campo. Também foi grifado o quanto a inserção cada vez maior de psicanalistas no serviço público proporcionou à Psicanálise interrogações sobre a clínica e suas bases teóricas, já que o fazer do analista ali inserido extrapola e muito o setting da clínica particular.

Palavras-chave: Psicanálise. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica.

1 INTRODUÇÃO

Instituir outros modos de cuidar e lidar com a loucura é uma tarefa que sem dúvida nos coloca muitos desafios como profissionais da saúde, já que até então o modelo conhecido (e praticamente o único) de internações em hospitais psiquiátricos estava bem enraizado/instituído tanto entre os próprios profissionais como na cultura em geral. Se essa tarefa em si já nos coloca questões, o que falar de uma Reforma Psiquiátrica que propõe irmos além, a saber, de tentar modificar/deslocar o lugar do louco na cultura? Sem dúvida alguma essa é uma árdua empreitada que, nos seus quase 15 anos desde a promulgação da lei 10.216, já produziu grandes avanços e vitórias. E aqui podemos colocar na conta dos avanços, não só o aumento do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por todo o Brasil, como também muitas outras coisas que a Reforma alavanca junto consigo, tais como as

* Psicólogo graduado pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

** Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva, Doutora em Educação. Professora do Curso de Psicologia e da Especialização em Saúde Mental e Redes de Atenção Integral da Unisinos.

reformulações nos currículos das profissões da saúde para atender essa demanda, a problematização das relações de trabalho, o repensar as redes de atenção e os seus fluxos de atendimento, a revisão do conceito de saúde e doença mental, a potencialização do controle social e da democratização dos espaços decisórios e outras questões.

Assim, com a instituição desse novo modelo no âmbito do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), podemos dizer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) inegavelmente ganharam destaque e protagonismo nesse cenário de mudanças, apesar de serem muito mais mobilizadores/fomentadores das redes do que os principais serviços de saúde mental (BRASIL, 2004). Por esse motivo, o Ministério da Saúde resolveu oficializar as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) através da portaria 3.088/GM, nomeando assim os diversos aparelhos de saúde que fazem parte das redes de saúde mental, ampliando e deslocando a responsabilização pelo cuidado e apostando na sua complexificação. Nesta ampliação, as equipes de saúde que fazem parte dos serviços também se diversificam, com a inclusão de profissionais tais como oficinheiros, assistentes sociais, professores de educação física, psicólogos, pedagogos e terapeutas ocupacionais, já que agora ao falarmos de saúde mental não estamos circunscritos a somente o campo biológico-psiquiátrico, mas também falamos de moradia, lazer, esportes, cultura, trabalho e renda, artes, questões de vulnerabilidades sociais, etc. Sem falar nas redes que expandem seus limites através do entendimento que igrejas, associações de bairro, ONGs, projetos sociais, universidades e outros atores também fazem parte desse tecido estratégico.

É neste novo panorama de cuidados em saúde mental que cada vez mais observamos a inserção do psicanalista nos mais diversos serviços da RAPS (ABREU, 2008, SIBEMBERG, 2011). Apesar disso, podemos dizer que existem certas dúvidas e estranhamentos quanto a essa inserção, já que para muitos a Psicanálise seria uma teoria da clínica individual e que não se encaixaria no novo modelo de atenção em saúde mental (DASSOLER, DA SILVA, 2011).

Este novo campo de trabalho do analista coloca para a Psicanálise novos desafios e reflexões, já que há muitas diferenças com relação ao âmbito da clínica de consultório particular que até então se estava habituado (FIGUEIREDO, 1997). Sabemos que o próprio precursor da Psicanálise vislumbrou a ampliação do seu

campo de intervenção para ambulatorios financiados pelo Estado, proporcionando seus benefícios para grandes camadas da população (FREUD, 1969).

Dessa maneira, a partir das problemáticas que o diálogo entre Psicanálise e Saúde Mental nos coloca, que tipos de desafios para a Psicanálise esse novo campo propõe? Como se dá o trabalho do analista inserido nas equipes de saúde mental? Será que se trata de repetir a clínica do consultório particular nos serviços de saúde? É com estas questões em mente que este artigo propõe fazer uma revisão bibliográfica de trabalhos publicados por analistas inseridos na Saúde Mental, analisando que tipos de intervenções são propostas e que outras questões surgem daí para que possamos avançar nesse interessante e produtivo diálogo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O advento da lei 10.216 de 6 de Abril de 2001 foi um marco e um grande avanço no que diz respeito ao modo como se pensa a atenção em Saúde Mental no Brasil. Seguindo experiências como a Italiana, que reformulou toda a sua lógica de atendimento a pessoas com sofrimento psíquico grave, o Brasil é considerado hoje como referência e um exemplo internacional no que diz respeito a sua legislação em Saúde Mental (VASCONCELOS, 2008). Muito além de somente retirar pessoas em condições sub-humanas dos grandes hospitais psiquiátricos e de pensarmos outros modos de cuidado do seu sofrimento, a Reforma Psiquiátrica no Brasil tem um objetivo muito mais ousado que vai além de uma questão que diz respeito somente à área da saúde: mudar o nosso olhar sobre a loucura e a diferença. (BEZERRA JR, 2007). Aqui a influência da reforma psiquiátrica italiana em Trieste é visível, já que, conforme nos traz Franco Rotelli, grande expoente desse movimento no país europeu, “a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio mas a loucura.”(ROTELLI, 2001, p.89).

No Brasil, o contexto de gestação da reforma foi um período de grandes contestações e questionamentos das grandes formas de repressão. Nossa reforma, em tempos de redemocratização pós-regime militar, foi um verdadeiro movimento social composto por usuários, familiares e profissionais da área da saúde (VASCONCELOS, 2008). Pode-se dizer que foi esta característica, ou seja, de ser um movimento de iniciativa, não só de profissionais da saúde, mas também da população e não do Estado, que configurou sua potência e alcance de

transformação das lógicas de exclusão e abandono vigentes até então no lidar com o sofrimento mental grave. Apesar dos notáveis avanços que foram produzidos nesses últimos anos, há necessárias discussões e reflexões sobre os rumos e desafios que temos pela frente, no que diz respeito ao andamento da reforma (PITTA, 2011).

Foi o filósofo francês Michel Foucault em seu livro chamado “História da Loucura” que apontou como a humanidade lidou com a questão da loucura no decorrer dos séculos (FOUCAULT, 2009). Desde as chamadas “naus dos loucos”, onde pessoas eram colocadas em barcos e içadas a uma viagem sem destino, até o manicômio moderno instrumentalizado pela Psiquiatria, o movimento de exclusão do louco, do leproso, do criminoso ou daquele que era considerado muito desviante da norma foi uma constante. Em outro texto de Foucault, ele nos mostra como os hospitais, nos confins do século XVIII, eram vistos como um local privilegiado para que a verdadeira doença eclodisse, já que se o doente estivesse em liberdade, misturado aos seus familiares ou na comunidade, poderia dificultar muito a identificação do que realmente o afligia. Eis a lógica que até pouco tempo prevaleceu (e muitas vezes ainda faz eco nos dias de hoje) no tratamento da loucura, onde o hospital psiquiátrico, além de ter essa função, era o local onde o saber médico psiquiátrico era legitimado (FOUCAULT, 1979).

Com a ideia de transformar a noção de cuidado e a concepção de saúde mental, a Reforma Psiquiátrica no Brasil introduziu ferramentas importantes tanto no campo das ideias (teóricas/conceituais), como proposições mais concretas e objetivas, vinculadas às práticas em saúde. Um dispositivo central que procura ir no sentido contrário da lógica da internação do modelo hospitalocêntrico, propondo uma atenção com uma lógica mais comunitária e de portas abertas, são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Regulamentados pela portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, estes equipamentos substitutivos aos manicômios têm como objetivo

oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004, p.13)

Esta inserção do serviço no próprio território possui um objetivo estratégico, já que “[...] o movimento de luta antimanicomial visa tornar possível um convívio real entre a loucura e a sociedade, criando enlaces no campo da saúde, da cultura e do trabalho, colocando em cena a família e o Ministério Público.” (AMANCIO, 2012, p.37). Além de serem serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, trabalhando para a diminuição das internações, os CAPS são organizadores da rede de saúde dos municípios no que diz respeito à atenção em saúde mental, assim como importantes articuladores estratégicos em alianças intersetoriais (BRASIL, 2004).

Apesar da importância dos CAPS para a Reforma, a atenção em saúde mental não se resume a somente este dispositivo (ou pelo menos não deveria). Teoricamente todos os serviços que fazem parte da rede de saúde de uma cidade deveriam oferecer atendimento aos usuários da saúde mental. O Ministério da Saúde, através da portaria 3.088/GM de 23 de Dezembro de 2011, propôs uma formalização dessa rede nomeando-a de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nessa portaria fica claro que serviços como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Hospitais Gerais, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Consultórios de Rua, Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Cooperativas e outros dispositivos são também responsáveis pelo cuidado com essa população. Igualmente, há outros locais nos territórios que estão nessa possível rede de atenção, mas que não são serviços propriamente ditos de saúde, como igrejas, ONGs, associações de bairro, projetos sociais e escolas.

Os serviços que fazem parte da RAPS necessitam de profissionais de várias especialidades, compondo equipes multiprofissionais que irão pensar uma atenção em saúde mental de uma forma ampliada e complexificada. Podem fazer parte dessas equipes profissionais como assistentes sociais, médicos, psicólogos, enfermeiros, oficinairos, professores, artistas, terapeutas ocupacionais e outros que se façam necessários de acordo com a realidade dos municípios e serviços. A equipe constituída pelos mais diversos saberes é justificada pela noção de que nenhuma disciplina irá dar conta da questão da loucura, dessa forma complexificando a noção de saúde mental e questionando que seria somente a psiquiatria que daria conta da questão a partir de um aparato conceitual puramente biológico (SILVEIRA, 2011).E é nesse complicado terreno composto por várias

concepções de saúde mental e direções de tratamento que cada vez mais vemos a inserção do psicanalista (ABREU, 2008, SIBEMBERG, 2011).

Apesar desse fato, a Psicanálise ainda assim possui, no senso comum, a imagem de uma prática reservada exclusivamente aos consultórios privados e de ser um tratamento demorado e custoso. Há também uma concepção mais ou menos disseminada, pelo campo da Saúde Coletiva, de que a Psicanálise seria uma teoria individualista e que não levasse em conta aspectos socioculturais na compreensão do sofrimento mental, ficando assim à margem da nova ideia de cuidado em Saúde Mental que se pretende. Como os novos dispositivos propõem ações no sentido da reabilitação psicossocial e do resgate da dimensão de protagonismo e cidadania dos sujeitos, a Psicanálise seria então herdeira das práticas segregadoras que a reforma psiquiátrica contesta (DASSOLER, DA SILVA, 2011).

A despeito das questões acima, hoje temos psicanalistas trabalhando em diversos serviços de saúde do SUS, desde Unidades Básicas de Saúde até hospitais super especializados, fazendo parte de equipes multiprofissionais de saúde, coordenando serviços, etc. Dessas experiências e construções singulares, surgem publicações que tentam pensar diversas questões sobre a inserção da psicanálise nesse campo, assim como suas contribuições. (FIGUEIREDO, 2004, ABREU, 2008, RINALDI, 2015, SIQUEIRA, QUEIROZ, 2014). Sabemos que Freud em um de seus artigos já vislumbrava que talvez no futuro o analista pudesse exercer seu trabalho em instituições vinculadas ao Estado e que pudesse atender uma parcela maior da população. (FREUD, 1969).

O que aconteceu foi mais além de uma simples oferta de atendimento no setor público, pois a Psicanálise se fez presente inclusive na concepção de políticas de saúde em nível nacional (RIBEIRO, 2011). Ana Cristina Figueiredo, uma autora muito atuante nessas discussões e que produz muitos trabalhos a respeito, escreveu sua tese de doutorado sobre o tema (FIGUEIREDO, 1997). Já no final dos anos 90 ela discutia a inserção da Psicanálise nos ambulatórios públicos de saúde mental, falando sobre suas potencialidades e limitações da clínica nestes espaços. Um aspecto importante que ela traz para pensarmos as diferenças entre o setting privado e o público é o fato de que no privado o paciente procura o psicólogo ou psicanalista no consultório para tratamento de suas questões. Já no âmbito do SUS o paciente inicialmente procura o serviço em si e não um profissional em específico.

Para a Psicanálise, esse é um detalhe muito importante e necessário de ser problematizado, já que se trata de pensarmos em como se dará o estabelecimento da transferência nestes casos. Mas o que é a transferência? Para tentarmos trazer um pouco sobre esse conceito e seus efeitos no campo da Saúde Coletiva, precisaremos agora dar um pequeno desvio e assim resgatar algumas pontas teóricas.

No início de sua prática clínica, Freud irá se dar conta do lugar especial em que era colocado pelos seus pacientes na relação terapêutica e o quanto isso de início o atrapalhava na condução do processo. O paciente transferia para a sua pessoa características de referências importantes de sua vida, como pai, mãe, avó/avô, professor e tratava-o como se assim fosse, com todas as peculiaridades que isso pressupunha.

Ele também repete suas reações defensivas de então sob nossos olhos, gostaria muito de repetir todas as vicissitudes daquele período esquecido da vida em sua relação com o analista. O que ele nos mostra é, portanto, o âmago de sua história íntima, ele a reproduz de forma palpável, como algo presente, em vez de recordá-lo (FREUD, 2014, p.146)

Pressupor uma relação de tal nível colocou alguns percalços para Freud, já que o risco de apaixonamento/idealização do paciente pelo analista estava presente. Muitos analistas desavisados se aproveitaram dessa demanda de amor própria do tratamento e iniciaram relacionamentos amorosos baseados nesse engodo, assumindo o lugar que lhes fora designado e inviabilizando a continuação do processo (FREUD, 2010). Ou ainda, conforme critica Lacan, com o analista se colocando nessa relação como um modelo correto que o paciente tem a seguir ou como um bem-feitor que só quer o seu bem (LACAN, 1998a).

Portanto, podemos perceber o quanto a noção de transferência é fundamental para pensarmos a direção de um tratamento e o modo como podemos intervir.

A transferência propicia uma torção na visão, que implica uma atualização do inconsciente. Nessa perspectiva, a psicanálise não é uma mera valorização do passado, como aqueles que não a conhecem costumam dizer, mas a evidência de que a cronologia — passado, presente e futuro — é alheia à lógica singular que age na dinâmica inconsciente do nosso psiquismo. A transferência é, portanto, a mola mestra do tratamento e ao mesmo tempo seu obstáculo, terreno onde ele arrisca fracassar (MAURANO, 2006, P.23).

Este investimento feito pelo paciente no analista, imputando a ele um lugar especial em sua economia psíquica, pressupõe alguém que acolha/escute essas questões e que ajude o sujeito a dar um destino ao seu sofrimento. Ou como dirá Lacan em seus avanços sobre a transferência, o sujeito pressupõe que o analista saiba o que se passa com ele, o que o faz sofrer, o que ele deve fazer para ser feliz, etc. É essa suposição de verdade que Lacan chama de “Sujeito Suposto Saber”, que seria o motor ou o que instauraria a transferência no tratamento, sendo um engano que o analista efetivamente ocupasse esse lugar de mestria (LACAN, 2010, 1998b). Aliás, devemos deixar claro que existe transferência nas mais diversas relações humanas, como por exemplo, na relação usuário-profissional de saúde de um determinado serviço. A diferença a ser marcada aqui é que, de princípio, o analista se valeria desse investimento feito pelo usuário para fazer suas intervenções, já que é uma das suas principais ferramentas de trabalho. Já um médico, por exemplo, se concentraria em apaziguar os sintomas do sujeito que o procura, deixando de lado os fenômenos transferenciais (MAURANO, 2006).

A partir desses conceitos sobre a transferência, podemos refletir sobre seus efeitos além das paredes do consultório de um analista. Conforme a quem se dirija para lidar com o seu sofrimento, o usuário traçará diferentes caminhos para lidar com suas questões, já que as diferentes disciplinas da área da saúde atuam de formas distintas em suas abordagens. Notamos então que há uma grande diferença quanto ao estabelecimento da transferência quando passamos a pensá-la no terreno da Saúde Mental e da reforma psiquiátrica. Será que podemos pensar essas questões além do nível de uma análise clássica, considerando como isso se daria no nível da Saúde Coletiva?

De alguma forma, os serviços da rede de saúde acabam recebendo demandas por tratamento das mais variadas formas no seu dia a dia. De acordo com os modos que a equipe se coloca perante o que chega, diferentes destinos serão dados para essa demanda. Mesmo quando falamos sobre serviços substitutivos como os CAPS, ainda assim estes podem correr o risco de trabalhar numa lógica próxima as instituições totais que criticam, centrando, por exemplo, as ações somente no serviço e criando uma dependência do usuário ao mesmo sem investir em outras possibilidades (PANDE, AMARANTE, 2011). Sobre essa questão, podemos dizer que a especificidade do trabalho em uma instituição pressupõe que estas deveriam ser flexíveis e atentas às criações e invenções dos sujeitos que ali

frequentam, constituindo-se em espaços acolhedores. “A instituição deve caber ao paciente e não este caber na instituição”. (ABREU, 2008, p.78). Sem falar na invenção das próprias práticas das equipes no que diz respeito as suas intervenções, inventando alternativas outras de atenção ao usuário (ABREU, 2008).

Analisando as demandas por tratamento que chegam aos serviços, conforme já dito anteriormente, num primeiro momento o usuário endereça sua demanda ao serviço como um todo, não para um profissional em específico. Temos assim, conforme nos traz Pinheiro (2002), inicialmente uma transferência com a instituição/serviço de saúde, algo que perdurará mesmo após o estabelecimento transferencial com o profissional que o atenderá. Para o analista que exerce seu trabalho no serviço público de saúde, essa nova dinâmica transferencial coloca o desafio do trabalho com outros profissionais, retirando-o do trabalho solitário e independente dos consultórios particulares (FIGUEIREDO, 2011). Há também certa dificuldade, por parte dos analistas, em “compartilhar com outros profissionais as discussões sobre a qualidade dos fenômenos psíquicos, interpretados e determinados, exclusivamente pela ótica freudiana”. (DASSOLER, DA SILVA, 2011, p.23).

Rinaldi (2015) em um trabalho sobre esta discussão irá colocar em análise alguns pontos sobre o trabalho do analista nos serviços de saúde mental. Ele diz que além das questões e dificuldades da própria clínica nestes locais, o analista terá que se haver com as dificuldades do trabalho junto com outros profissionais, que apesar de possuírem diferentes formações, estes estão amparados em uma mesma política comum. Coloca também que o trabalho do analista que se propõe a estar nesse campo não teria como ser solitário, “ainda que a experiência seja sempre de cada um, que deve se responsabilizar pelo seu ato”. (RINALDI, 2015, p.318).

Temos que lembrar também que, de acordo com Ribeiro (2011), não é algo comum, principalmente em serviços público de saúde, que a Psicanálise seja um eixo norteador de intervenções. O trabalho com profissionais que tenham concepções muito distintas da psicanálise é, portanto, algo corriqueiro quando se trata de saúde pública. Terão equipes de trabalho que serão mais perenes ao que a psicanálise propõe sobre a escuta inconsciente e outras nem tanto (RINALDI, 2015). Será que o analista teria algo a dizer num campo que extrapola em muito a prática da clínica individual? Como seria esse trabalho? Quais as suas especificidades/diferenças?

É claro que essa inserção deve ser pensada de uma forma um tanto diferente do que se está acostumado a realizar nos consultórios particulares. Freud no já citado texto chamado “Linha de progresso na terapia psicanalítica” chama a atenção que, caso a psicanálise tenha uma inserção diferenciada, atendendo pessoas em serviços públicos, o analista teria que repensar sua técnica apesar de conservar o que ele chamou de o essencial da teoria (FREUD, 1969). Nesse sentido, este movimento de repensar sua técnica também exigiria certo deslocamento de sua posição enquanto “analista tradicional” (puramente clínico, sem colocar nenhuma ideia sobre alguma questão social, de uma posição silenciosa e mais reservada), passando a uma posição que Laurent (1999) chama de analista cidadão.

Os analistas têm que passar da posição de analista como especialista da desidentificação à de analista cidadão. Um analista cidadão no sentido que temesse termo na teoria moderna da democracia. Os analistas precisam entender que há uma comunidade de interesses entre o discurso analítico e a democracia, mas entendê-lo de verdade! Há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora (LAURENT, 1999, p.08)

Assim, diante das questões introduzidas acima sobre esse imbricado lugar da psicanálise no campo da saúde mental, este trabalho teve como objetivo investigar na literatura nacional registros de intervenções realizadas por psicanalistas em qualquer serviço de saúde mental que faça parte da rede de saúde mental e analisar de que modo estes profissionais realizaram estas ações.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada na base de dados on-line Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde se buscou artigos que falassem sobre a prática do psicanalista em serviços da rede de Saúde Mental no Brasil. A escolha por esta base se justifica pelo seu reconhecimento e por ser uma das mais utilizadas pelos profissionais e pesquisadores do campo da Saúde Coletiva no Brasil.

Para realizar tal tarefa, foram inseridas no campo de busca as palavras “PSICANÁLISE” E “SAÚDE MENTAL”, sendo que estas palavras poderiam estar presentes no Título, resumo ou assunto. Os resultados da busca foram filtrados,

selecionando apenas trabalhos nacionais, em Português, em formato de artigo, com texto completo disponível e que tivessem data de publicação entre os anos de 2010 e 2014.

Foi encontrado um total de 71 trabalhos e estes foram exportados para um programa organizador de referencias chamado *Zotero*, sendo ali registradas as sínteses de cada artigo. Do total de trabalhos foram selecionados 26, tendo como critério de exclusão aqueles que eram apenas reflexões teóricas, textos completos não encontrados ou inacessíveis, que não tratassem explicitamente de uma prática realizada pelo autor ou que não deixassem claro o contexto da intervenção tratada.

4 RESULTADOS

Do total de 26 trabalhos selecionados, 8 artigos são do ano de 2010, 6 artigos de 2011, 4 de 2012, 4 de 2013 e 4 de 2014. Foi feita uma leitura de todos os artigos selecionados para analisar de que tipo de intervenção se tratava, resultando nas seguintes categorias de Intervenção nomeadas pelo presente autor em: Caso Clínico, Experiência Institucional, Grupo, Oficina Terapêutica e Acompanhamento Terapêutico (AT).

Como fica claro, conforme o Quadro 1 abaixo, houve uma grande preferência dos autores em utilizar o Caso Clínico (18 artigos) como articulador das discussões sobre o tema/problemática. Os demais trabalhos trataram de Intervenções com Grupos (3 artigos), Oficinas Terapêuticas (3 artigos), Experiência Institucional (1 artigo) e Acompanhamento Terapêutico (1 artigo) respectivamente.

Quadro 1 – Artigos Selecionados e tipos de intervenção utilizados

Autor /Ano	Intervenção
1) CARMO, POLLO, 2010	Caso Clínico
2) HUR, 2010	Grupo
3) MELGAÇO, 2010	Caso Clínico
4) MEYER, BRAUER, 2010	Caso Clínico
5) ROSA, 2010	Caso Clínico
6) SANTOS, 2010	Caso Clínico
7) VILELA, SILVA, DE OLIVEIRA, 2010	Caso Clínico

8) ZANOTTI et al, 2010	Oficina
9) CÂMARA, AMARAL, DE FARIAS, 2011	Caso Clínico
10) FERREIRA, 2011	Caso Clínico
11) LIMA, PARAVADINI, 2011	Caso Clínico
12) MONTANARI, DE CARVALHO, 2011	Caso Clínico
13) RABELO, RIVELLI, SIMÕES, 2011	Caso Clínico
14) TEIXEIRA, 2011	Caso Clínico
15) BRANDÃO JUNIOR, BESSET, 2012	Caso Clínico
16) GENEROSO, GUERRA, 2012	Caso Clínico
17) RODRIGUES, 2012	Caso Clínico
18) SERENO, 2012	AT
19) CEDARO, DO NASCIMENTO, 2013	Caso Clínico
20) COSTA et al, 2013	Oficina
21) MORETTO, TERZIS, 2013	Grupo
22) RIBEIRO, FERNANDES, 2013	Caso Clínico
23) CONTE et al, 2014	Oficina
24) KYRILLOS NETO, SANTOS, 2014	Caso Clínico
25) LERNER et al, 2014	Exp. Inst.
26) ZAGO, TERZIS, PADILHA, 2014	Grupo

Fonte: Elaborado pelo Autor.

5 DISCUSSÃO

Conforme ilustra o quadro acima, podemos perceber o quanto o Caso Clínico é preponderantemente utilizado como disparador para as discussões a que se propõe em cada trabalho. Como já dito anteriormente, foram 18 do total de 26 trabalhos que se utilizaram desse dispositivo, corroborando uma prática já classicamente conhecida de elaboração psicanalítica. São conhecidos os 5 grandes casos clínicos que Freud trouxe para demonstrar suas construções teóricas e descobertas a cerca das questões inconscientes (O Caso Dora, O Homem dos Ratos, O Homem dos Lobos, O Pequeno Hans e o Caso Schreber). Eram descrições minuciosas e detalhadas sobre a história do paciente, sonhos contados em sessões e outras questões. Lacan também retomou os casos freudianos para falar sobre

suas ideias em seus seminários e escritos, assim como casos de outros autores, como Melanie Klein e Winnicott.

Sobre esta questão, Ana Cristina Figueiredo nos traz que a construção do caso clínico é uma das principais contribuições da Psicanálise para este campo tão complexo, mesmo quando estamos falando sobre equipes que não teriam uma formação analítica. A autora nos coloca a importância dessa construção que seria conjunta, partilhada com os colegas que fazem parte de uma determinada equipe. E aqui o termo construção é no sentido de ser artesanal, daquilo que pôde ser ouvido pelo profissional em questão e diferenciando da simples história ouvida:

Nunca é demasiado lembrar que o caso não é o sujeito, é uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso, que também nos permitem inferir sua posição subjetiva, isto é, se fazemos uma torção do sujeito ao discurso, podemos retomar sua localização baseando-nos nesses indicadores colhidos, do dito ao dizer (FIGUEIREDO, 2004, p.79)

Evidencia-se assim a dimensão singular dessa construção, tanto no ato de contar o caso em equipe, costurar o que pôde ser ouvido, trazer suas marcas e o que provocou questões, como também o singular do próprio caso. Dessa forma, ao fazer trabalhar a lógica de construção de caso, não temos como operar com práticas ou ações prontas, exteriores ao contexto de sua enunciação que desconsiderariam as produções do sujeito. Aqui o que fazemos trabalhar é o que o sujeito tem a dizer sobre o seu sofrimento, dando importância e reconhecimento a essa fala e saindo de certa posição de mestria sobre sua vida (TREVISAN, 2012).

Sibemberg (2011) ao discutir sobre a construção do caso em equipe traz que nessa discussão teremos presentes vários saberes sobre quem é o sujeito, do que sofre e como ele sofre. Ele frisa que essa tarefa é feita em transferência, ou seja, não está descolada do contexto em que se produziu a demanda por atendimento e o modo como isso foi acolhido. O autor irá ainda propor três elementos que estão presentes na discussão de casos clínicos em equipes multidisciplinares: a história do paciente, como ele se apresenta para a sua referência e equipe, e como a equipe intervém na transferência. Com relação à história do paciente, o autor demarca a dimensão de ficção desse ponto, já que se trata realmente de uma montagem tecida pela equipe que está envolvida no caso. Já sobre o modo como o sujeito se apresenta para a equipe e sua referência “é indissociável da maneira como a equipe se posiciona frente à sua demanda. Aqui temos constituído o fundamento da práxis

analítica: a transferência”. (SIBEMBERG, 2011, p.131). E por último, sobre a intervenção na transferência, trata-se de um constante questionamento da equipe no modo como se coloca perante o caso, como opera, se está proporcionando espaços de fala e reconhecimento do sujeito em questão ou está priorizando ações burocráticas/reducionistas.

Nota-se que a equipe, ao se dispor a costurar/construir/narrar um caso que esteja às voltas, produz um efeito de desnaturalização e invenção de práticas e entendimentos sobre o sofrimento do sujeito, já que se tende a sair das normas e protocolos. Ao invés de presos estritamente aos manuais como DSM-V, encaminhamentos fixos para oficinas pré-prontas ou um tratamento estritamente medicamentoso, por exemplo, abrem-se brechas ao novo e ao inventivo, já que o principal ator é o sujeito em pauta incentivado a falar. É ele que vai mobilizar toda a equipe à desnaturalização de suas práticas, provocando certa desterritorialização dos saberes sobre ele:

O momento da construção, portanto, se torna um espaço privilegiado para isso, em que diferentes disciplinas se encontram e tentam construir a melhor forma possível de se conduzir o caso, a partir das indicações próprias do sujeito. Não há uma norma pré-estabelecida. Torna-se imprescindível que a equipe se abra ao não conhecido, e que rompa, em determinados momentos, com o que se está solidificado, criando-se novas pretensões, que não se limitam ao que é circunscrito por cada saber instituído (DIAS, SILVEIRA, 2012, p.175).

Essa importância da construção do caso clínico aparece de forma mais explícita em alguns dos trabalhos selecionados nessa pesquisa, com os autores justificando teoricamente essa importância (MELGAÇO, 2010, SANTOS, 2010, LIMA, PARAVIDINI, 2011). Uma das diferenças entre os trabalhos que se utilizaram do caso clínico é o modo como cada um conduziu o caso em estudo, pelo menos se tomarmos por base somente o registro escrito. Em alguns trabalhos ficou bem claro que houve um trabalho maior de equipe na sua condução, assim como ações em rede e até mesmo intersetoriais. Em um deles, por exemplo, a autora coloca que “Considera ainda a influência da psicanálise no que concerne à reinvenção da clínica, na escuta do sujeito e na pluralização dos saberes, propiciando a construção de redes e o trabalho interdisciplinar”. (MELGAÇO, 2010, s/p). Quando conclui o artigo e descreve os resultados da intervenção, coloca que

A criação de uma rede, que se iniciou com o movimento do psicólogo da paciente, foi fundamental para seu tratamento, visto que, com o auxílio da Assistência Social, A. conseguiu um emprego numa casa de família na região Metropolitana de Belo Horizonte (MELGAÇO, 2010, s/p)

Em outros trabalhos selecionados essa condução de caso ampliado e interdisciplinar não fica aparente, tendo os autores se concentrado em apenas contá-los e articulá-los com conceitos teóricos da Psicanálise. Como um exemplo, um dos trabalhos termina dizendo que “é importante mencionar que a conduta terapêutica neste caso se orientou por suportar, por parte da analista, a debilidade da paciente, no sentido de refrear o desejo terapêutico, respeitando a solução estabilizadora encontrada pela paciente”. (ROSA, 2010, s/p). Em nenhum momento aparece qualquer tipo de articulação com outros colegas de equipe ou até mesmo com outros serviços da rede, parecendo que o profissional não faz parte de uma equipe de um serviço. Em outros trabalhos essa articulação é registrada e vemos que ocorreu, embora não há um destaque maior por parte dos autores (GENEROSO, GUERRA, 2012, MONTANARI, DE CARVALHO, 2011).

A problemática do trabalho do psicanalista nas equipes retorna neste ponto e ainda requer mais reflexões. Isso porque, por mais que exista a responsabilidade de cada profissional nos casos em que atende, não há como, em serviços como os CAPS, o analista trabalhar sozinho, pois seu trabalho também depende dos demais (RINALDI, 20015). Articulando a construção do caso com o trabalho interdisciplinar Viganò (1999) irá dizer que

A decisão não é tomada pela maioria, mas se impõe a partir do saber que é extraído do paciente. Naturalmente isso requer um grande e longo exercício, mas requer, sobretudo, uma transferência de trabalho entre os membros da equipe. Ou seja, a ideia de que seja um bem, igual para todos, produzir a verdade do paciente (VIGANÒ, 1999, p.48)

O conceito de transferência de trabalho é valioso para entendermos melhor o trabalho em equipes de saúde e novamente trazemos Ana Cristina Figueiredo para as discussões (FIGUEIREDO, 2005). De acordo com ela, a transferência de trabalho advém do próprio conceito de transferência, conforme colocado anteriormente, mas a via imaginária do fenômeno não estaria presente, ou seja, o amor ou o ódio entre pares ficaria de fora. No conceito de transferência de trabalho quer se enfatizar a via simbólica da transferência, onde a suposição de saber no outro aparece e faz o trabalho acontecer.

Seria a condição do estabelecimento de um laço produtivo entre pares visando, por um lado, o fazer clínico e, por outro, a produção de saber que lhe é consequente. A transferência que deve operar no trabalho em equipe deve ser norteada pelo fato de que há um objetivo comum às diferentes profissões, que é uma determinada concepção da clínica pautada no sujeito (FIGUEIREDO, 2005, p.47-48)

Também pensando em como abordar esta problemática do trabalho do analista em equipes tão diversas e como sustentar o trabalho nessas situações, Ribeiro (2011) irá citar uma proposta viável de trabalho e de constituição de uma transferência de trabalho. Seria algo da construção de algo em comum nas equipes, algo que daria certo norte nas ações, mas sem ditar rumos fixos ou *a priori*. Ao invés da equipe amparar sua prática em um saber determinado (psiquiátrico, psicológico, social ou outros que esteja presente), ela teria uma ética em comum: a escuta e consideração pelo que o sujeito tem a dizer sobre o seu sofrimento e o respeito pelo entendimento que o colega de equipe tem do mesmo caso. “Há um deslocamento da suposição de saber, da equipe para o sujeito que procura ajuda, e é a singularidade de cada caso que orientará a ação da equipe”. (RIBEIRO, 2011, p.26). O que seria o “em comum” da equipe seria justamente essa posição de não saber perante os casos que chegam, deixando trabalhar a palavra do sujeito em questão.

Seguindo na discussão sobre os artigos encontrados, houve também registros de intervenções que foram por outros caminhos como Grupos e Oficinas com usuários. Tanto nos trabalhos com Grupos como nas Oficinas, notou-se que os dispositivos utilizados são variados, mas um objetivo manteve-se como primordial como direção dessas intervenções: a criação de espaços onde a fala ou qualquer outra atividade criativa dos sujeitos pudesse ser reconhecida, testemunhada e trabalhada. Objetivo esse condizente com o que a Psicanálise procura trabalhar, como já exposto anteriormente, dentro dos serviços públicos de saúde. Um dos artigos, onde se buscou a criação de um Jornal do CAPS através de uma oficina, os autores citam que:

A proposta foi possibilitar a verbalização livre a partir de palavras, visando estimular a fala de referências individuais na construção de sentidos e possibilitar re-significação dessas referências. Esse procedimento revelou-se um importante canal de comunicação para o grupo, favorecendo a expressão da subjetividade e o compartilhamento de idéias, sentimentos e emoções (ZANOTTI et al, 2010, p.280).

Outro trabalho também refere que a escolha por uma oficina terapêutica de contos infantis “foi determinada, fundamentalmente, porque implicava uma relação que estrutura a produção de saber do sujeito a partir da escuta de sua singularidade”. (COSTA et al, 2013, p.237). Em uma intervenção em formato de oficinas com meninas adolescentes que sofreram algum tipo de violência, os autores grifam que

(...) essa metodologia História de Vida, da forma como foi utilizada na presente pesquisa e amparada pela perspectiva da psicanálise, colabora com as adolescentes mobilizando recursos para o exercício de uma posição de protagonismo em relação à fala, com criatividade e ficção, facilitando a retomada da relação com a alteridade e com o lúdico, suspensa ou interrompida em função das experiências vividas (CONTE et al, 2014, p.776).

Já nos trabalhos que registraram experiências de grupos, por mais que estejam presentes análises teóricas dos fenômenos grupais que se produziram, evidencia-se a preocupação dos autores em ir além dessas questões e notamos registros que nos falam disso. Podemos ver isso em um deles ao descrever como seriam os encontros, propondo um espaço que vai além do serviço:

Os participantes se uniam para praticar atividades físicas de maneira coletiva em um Centro de Convivência (Unidade vinculada a um Serviço Público de Saúde Mental do Município de Campinas, São Paulo), isto é, fora do ambiente formal de tratamento. Como dito anteriormente, por tratar-se de um espaço público, havia a possibilidade de aproximação das pessoas da comunidade, cujos limites foram construídos pelo grupo (ZAGO, TERZIS, PADILHA, 2014, p.9)

Neste mesmo artigo ainda há registros em que se nota um trabalho com outros profissionais não analistas e ressaltando a importância disso para o grupo, já que poderiam ouvir de um outro lugar.

Em outro artigo sobre o mesmo tema, também há reflexões teóricas acerca do que se produziu nos grupos, porém se deixa grifado que possuem a preocupação para questões além-grupo, dizendo que “a tarefa que propusemos aos grupos tinha como objetivos a troca de representações entre as participantes e a formação de vínculos e redes que transcendessem os limites do setting grupal para que pudessem se propagar para a região”. (HUR, 2010, p.39). Intenção interessante de ser colocada, já que muitas vezes intervenções que se pretendem coletivas acabam

produzindo outra coisa, já que possuem bases de cunho individualistas (ALENCAR, 2012).

Dentro da realidade dessa pesquisa e na base pesquisada, somente 1 artigo foi encontrado sobre o dispositivo de Acompanhamento Terapêutico (AT). Neste trabalho a autora fala sobre a experiência de formação em AT com alunos de Psicologia e defende uma posição ética sobre este trabalho no campo da Reforma Psiquiátrica. “O AT aparece como o articulador desta relação clínica/política, ou a figura “terapêutica” que mais encarnaria esta posição do “entre”. (...) O AT faz isso apostando na transferência, na relação que se estabelece a partir da escuta do sujeito”. (SERENO, 2012, p.230). É evidente novamente o eixo norteador já visto nos trabalhos anteriores que tratam da escuta do sujeito e sua singularidade, porém em circunstâncias diversas do conhecido. Nota-se o quanto o AT coloca desafios para a Psicanálise nesse sentido, já que é onde se extrapolam muitos dos limites conhecidos classicamente e forçam o profissional a efetivamente nunca trabalhar estritamente sozinho. Como está em constante trânsito e acompanhando o usuário nos mais diversos lugares do seu território, o analista se vê frente a um contínuo esforço de renovação/criação de sua prática e seu arcabouço teórico. Aqui não há como deixar de citar o reconhecido conceito de Clínica Peripatética introduzido por Antonio Lancetti, que seriam os atendimentos realizados caminhando/em movimento, transitando entre ruas, praças, lugares e bairros. Em vários momentos do seu livro, ele refere sobre o inusitado dessa clínica que empurra para movimentos criativos onde os protocolos e teorias falharam (LANCETTI, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos investigar com esse trabalho como se dá a prática do analista no campo da Saúde Mental no Brasil, utilizando-se de uma busca de publicações feitas em bases científicas indexadas nos últimos cinco anos. Não podemos deixar de assinalar o baixo volume de trabalhos encontrados com algum registro de intervenções de qualquer ordem feitas por analistas em Saúde Mental. O maior volume de trabalhos publicados foram os que são puramente teóricos, ficando assim de fora de nossos critérios de seleção. Esse quadro chamou a atenção, já que o meio psicanalítico é reconhecido como grande produtor de materiais escritos,

embora em sua maioria fiquem circunscritos ao próprio meio analítico. Sabemos que a prática clínica do dia a dia do analista é o que movimenta sua escrita e o compartilhamento desses registros entre seus pares. Porém, cremos que seria interessante que os analistas que trabalham na Saúde Mental registrassem e publicassem mais sobre o seu trabalho, compartilhando essas experiências com profissionais não analistas que pudessem se interessar por algo da Psicanálise. Além do mais, vivemos em tempos de questionamentos sobre a eficácia da Psicanálise como método de tratamento e registros dessa ordem talvez sejam subsídios para momentos de discussão em outros espaços.

Através dos trabalhos selecionados foi possível analisarmos vários tipos de registros de intervenções, destacando-se com maior volume o caso clínico. Este fato demonstrou estar em sintonia com o clássico método psicanalítico de trabalho, que desde Freud se utiliza da apresentação de casos clínicos para realizar reflexões teóricas sobre a clínica. Em trabalhos desse tipo houve aqueles nos quais a articulação em rede ou o trabalho em equipe ficou mais evidente e outros que esse “background” não foi citado pelos autores. Não temos como afirmar nada com base somente nestes trabalhos, já que muitas vezes o analista está implicado com algum ponto do caso que está lhe chamando a atenção e pode deixar de fora demais questões. Cremos que isso depende a quem esse analista se dirige ao produzir esta escrita, se é para outros psicanalistas ou se é para outros trabalhadores da Saúde Mental. No primeiro caso é plenamente justificável que o autor se detenha aos aspectos puramente psicanalíticos da sua intervenção e queira assim traçar algumas discussões com seus pares. Já se é uma escrita dirigida ao grande campo da Saúde Mental, não vemos motivos para serem utilizados termos técnicos, jargões e análises estritamente analíticas, já que estamos dialogando com vários profissionais/leitores que não são do meio e de nada irão se beneficiar dessa produção escrita.

Na leitura dos trabalhos também se pode identificar certo padrão ético de escuta e criação de espaços de fala junto aos usuários, algo que é inseparável do arcabouço teórico psicanalítico. A posição de não saber perante a demanda dos sujeitos em atendimento e como modo de operar em equipe também apareceu com frequência, demonstrando ser uma linha de trabalho produtiva que pode contribuir em muito no trabalho das equipes de saúde. É interessante notar também que quase todos os trabalhos encontrados nessa pesquisa são de base teórica

lacaniana, talvez ilustrando a grande inserção de analistas dessa corrente teórica nos serviços públicos.

Por fim, acreditamos que o diálogo entre Psicanálise e Saúde Mental é uma aposta fecunda e promissora. “Pois, para propor tal relação é preciso apostar nela”. (ALBERTI, FIGUEIREDO, 2006, p.9). Como quisemos deixar sublinhado durante todo o trabalho, a complexidade desse campo tão novo na realidade brasileira e das novas modalidades de atenção à loucura fundam novos espaços de trabalho para o psicanalista ao mesmo tempo em que o interrogam em sua prática. Não há como transferir a clínica particular para o serviço público, mas acreditamos que a Psicanálise possui ferramentas e conceitos teóricos importantes para que os avanços possam continuar e questões sejam possíveis de se colocar.

REFERÊNCIAS

ABREU, Douglas Nunes. A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde Mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia (UERJ)**, Rio de Janeiro, ano 8, n.1, p.74-82, 2008.

ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. Apresentação. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Org). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p.7-15.

ALENCAR, Sandra Luiza de Souza. Psicanálise e o SUS: uma experiência em saúde pública. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n.41-42, p.71-85, 2012.

AMANCIO, Valdene Rodrigues. **Uma clínica para o CAPS: A Clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica a partir da direção da psicanálise**. 1ª Edição. Curitiba: Editora CRV, 2012.

BEZERRA JR, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.243-250, 2007.

BRANDÃO JUNIOR, Pedro M.; BESSET, Vera L., Psicanálise e saúde mental: contextualizando o atendimento às demandas. **Psicologia USP**, São Paulo, v.23, n.3, 2012.

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

CAMARA, Yzy M. R.; AMARAL, João J. F.; DE FARIAS, Adriana Melo. Retrato de uma vida contida: estudo de um caso de autismo com internação prolongada. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.XI, n.2, 2011.

CARMO, Zélia; POLLO, Vera. O CAPSi Dom Adriano Hipólito: uma instituição atravessada pela psicanálise? **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v.4, n.2, 2010.

CEDARO, José J.; DO NASCIMENTO, Josiana P. G. Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. **Psicologia USP**, São Paulo, v.24, n.2, 2013.

CONTE, Marta et al. Oficinas de história de vida: uma construção metodológica no enlace entre psicanálise e saúde coletiva. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v.26, n.3, 2014.

COSTA, Alice M et al. Oficina terapêutica de contos infantis no CAPSI: relato de uma experiência. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.38, 2013.

DASSOLER, Volnei A.; DA SILVA, Gilson M. Psicanálise e CAPS: considerações teórico-clínicas. **Correio da APPOA**, Porto Alegre, n.200, 2011. p.21-30.

DIAS, Diego A. S.; SILVEIRA, Renato Diniz. A construção do caso clínico e a noção de desterritorialização do saber. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, n.4, v.10, p.177-179, 2012.

FERREIRA, Cristiana M. R. Outro que engana: outro da transferência. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, v.5, n.13, 2011.

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

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A Construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, ano VII, n. 1, p. 75-86, 2004.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**, Barbacena, v.3, n.5, p. 44-55, 2005.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Psicanálise e Atenção Psicossocial: clínica e intervenção no cotidiano. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org.). **Psicanálise e Intervenções Sociais**. Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2011. p.45-62.

FOUCAULT, Michel. A casa dos loucos. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p.113-128.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: 8ª Edição. São Paulo: Perspectiva, 2009.

FREUD, Sigmund. Linha de progresso na terapia psicanalítica (1919[1918]). **Obras Completas ESB**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. vol. XVII.

FREUD, Sigmund. Observações sobre o amor de transferência (1915). In: FREUD, Sigmund. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia**: ("O caso Schreber"): artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.210-228.

FREUD, Sigmund. A questão da análise leiga: Diálogo com um interlocutor Imparcial (1926). In: FREUD, Sigmund. **Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. p. 100-186.

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

HUR, Domenico Uhng. Psicanálise de grupo no trabalho social: contribuições à intervenção psicossocial. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p.36-44, 2010.

KYRILLOS NETO, Fuad; SANTOS, Rodrigo A. N. Lógica diagnóstica em serviços abertos de saúde mental: Tensões entre psiquiatria e psicanálise. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.40, 2014.

LACAN, Jacques. A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a. p.591-652.

LACAN, Jacques. **O seminário, Livro 11**: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998b.

LACAN, Jacques. **O seminário, Livro 8**: A transferência. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LAURENT, Éric. O analista cidadão. **Revista Curinga**, Belo Horizonte, n.13, p.07-13, 1999.

LERNER, Ana B. C. et al. Plantão institucional: uma modalidade de intervenção face ao mal-estar contemporâneo na educação. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v.19, n.1, 2014.

LIMA, Carolina A. S.; PARAVIDINI, João L. L. Reflexões sobre a ética da psicanálise e sua contribuição para práticas de saúde mental. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v.16, n.2, 2011.

MAURANO, Denise. **A transferência**: uma viagem ao continente negro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

MELGAÇO, Paula. A Clínica na Saúde Mental: o Caso Clínico e a Construção de Redes. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, v.4, n.11, 2010.

MEYER, Gabriela R.; BRAUER, Jussara F. O desejo do analista e a clínica da psicose: análise de um caso. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.IX, n.1, 2010.

MONTANARI, Atilio J.; DE CARVALHO, Sandra M. O homem, sua psicose e a palavra cortada. **Mental**, Barbacena, ano IX, n.17, 2011.

MORETO, Cybele C.; TERZIS, Antonios. Uso de mitos gregos em um grupo psicanalítico com adolescentes. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, 2013.

PANDE, Mariana N. R.; AMARANTE, Paulo D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.2067-2076, 2011.

PINHEIRO, Nadja N.B. Enlaces transferenciais: reflexões sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.22, n.2, 2002.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4579-4589, 2011.

RABELO, Juliana L.; RIVELLI, Maria R. N.; SIMÕES, Willy M. B. Os dispositivos da clínica e as redes de atenção à saúde no enlaço de um caso clínico de saúde mental. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, v.5, n.13, 2011.

RIBEIRO, Arnaldo Mendes. A psicanálise nas instituições: clínica e política. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org.). **Psicanálise e Intervenções Sociais**. Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2011. p.21-31.

RIBEIRO, Cynara T.; FERNANDES, Andréa H. Os tratamentos para usuários de drogas em instituições de saúde mental: perspectivas a partir da clínica psicanalítica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, Barbacena, v.16, n.2, 2013.

RINALDI, Doris. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, Sonia, FIGUEIREDO, Ana Cristina (Org) **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p.141-147.

RINALDI, Doris Luz. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 315-323, 2015.

RODRIGUES, Patrícia Matos. Práticas psicanalíticas de regulação em urgências subjetivas no hospital. **aSEPHallus**, Rio de Janeiro, v.7, n.14, 2012.

ROSA, Aline Cristina. O delírio de hipernormalidade como estabilizador de uma psicose. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, v.4, n.11, 2010.

ROTELLI, Franco. A instituição Inventada. In: ROTELLI, Franco, DE LEONARDIS, Ota, MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p.89-99.

SANTOS, Ana Paula. A Clínica da frase: considerações sobre o invariante do sintoma na psicose. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, v.4, n.12, 2010.

SERENO, Deborah. Sobre a ética no acompanhamento terapêutico (AT). **Psic. Rev.**, Perdizes v.21, n.2, 2012.

SIBEMBERG, Nilson. Contribuições Psicanalíticas para a construção de equipes interdisciplinares nos equipamentos da reforma psiquiátrica. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org.). **Psicanálise e Intervenções Sociais**. Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2011. p.124-132.

SILVEIRA, Elaine R. Práticas que buscam superar a dissociação entre Saúde Mental e Saúde Pública. **Correio APPOA**, Porto Alegre, n.200, p.13-20, 2011.

SIQUEIRA, Elizabete R.A.; DE QUEIROZ, Edilene Freire. O singular do caso clínico: uma proposta metodológica em psicanálise. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.66, n.3, p.104-114, 2014.

TEIXEIRA, Antonio. Da inserção em saúde mental. **aSEPHallus**, Rio de Janeiro, v.6, n.11, 2011.

TREVISAN, Ester Luiza. Construções da clínica em um CAPS. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n.41-42, p.118-127, 2012.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma Psiquiátrica no Brasil: Periodização Histórica e Principais Desafios na Conjuntura Atual. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Abordagens Psicossociais, volume II: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares**. 3ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p.27-55.

VIGANÒ, Carlo. A construção do caso clínico em Saúde Mental. **Revista Curinga**, Belo Horizonte, n.13, p.39-48, 1999.

VILELA, Aline A. M.; SILVA, Celso R.; DE OLIVEIRA, Janette B. O AT como recurso clínico no tratamento da psicose. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, v.4, n.10, 2010.

ZAGO, Maria C.; TERZIS, Antonios; PADILHA, Bruneide M. Comunicação inconsciente entre singular e plural: grupo de pacientes psiquiátricos. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, 2014.

ZANOTTI, Susane V. et al. Jornal do CAPS: construção de histórias em Oficinas Terapêuticas. **Psico**, Porto Alegre, v.41, n.2, 2010.