A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO DO MANEJO CLÍNICO NO INTERNATO EM SAÚDE MENTAL DO CURSO DE MEDICINA DA PUC MINAS-CAMPUS BETIM

Cláudia Maria Generoso¹

Renato Diniz Silveira²

RESUMO

Este artigo visa demonstrar a introdução da metodologia da construção do caso clínico como estratégia de ensino do manejo clínico no Internato em Saúde Mental para alunos do curso medicina da PUC Minas *campus* Betim. É uma metodologia de orientação da Psicanálise aplicada, que possibilita nortear a prática em equipe interdisciplinar em serviços e instituições. Na formação médica atual é cada vez mais necessária a inclusão de ferramentas de ensino que transmitam uma abordagem clínica mais humanizada e abrangente ao contexto de vida do paciente, especialmente com pessoas com sofrimento mental, assim como a prática em equipe interdisciplinar. Essa metodologia clínica possibilita aprofundar o entendimento sobre o funcionamento subjetivo do paciente, considerando suas relações com o mundo em que vive. Dessa forma, é uma estratégia que possibilita o aprimoramento do manejo clínico com pacientes com sofrimento psíquico, uma vez que se orienta na singularidade de cada caso, trazendo benefícios tanto para o paciente, ao alcançar melhor sua realidade psicossocial, quanto para o aluno, preparando-o para uma abordagem clínica mais apurada, assim como para a prática em equipe interdisciplinar, gerando a ampliação de conhecimentos.

Palavras-chave: manejo clínico; construção de caso; medicina; internato saúde mental; psicanálise aplicada.

The construction of the clinical case as a teaching strategy for clinical management in the Mental Health Internship at PUC Minas Medical School Betim *campus*

SUMMARY

This article aims to demonstrate the introduction of the clinical case construction methodology as a teaching strategy for clinical management in the Mental Health Internship for medical students at PUC Minas, Betim *campus*. It is a methodology for guiding applied psychoanalysis that makes it possible to guide the practice of interdisciplinary teams in services and institutions. In current medical training, it is increasingly necessary to include teaching tools that convey a more humanized and comprehensive clinical approach to the patient's life context, especially with people with mental suffering. This clinical methodology makes it possible to deepen the understanding of the patient's subjective functioning, considering their relationships with the world in which they live. Thus, it is a strategy that makes it possible to improve the clinical management of patients with mental suffering, since it focuses on the uniqueness of each case, bringing benefits both to the patient, by better understanding their psychosocial reality, and to the student, preparing them for a more refined clinical approach, as well as practice in an interdisciplinary team, generating the expansion of knowledge.

Keywords: clinical management; case construction; medicine; mental health internship; applied psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

A inclusão, pelo Ministério da Educação (MEC), do Internato de Saúde Mental nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) da graduação em Medicina em 2014 (Brasil, 2014)

¹ Professora do Internato em Saúde Mental do curso de Medicina da PUC Minas Betim e membro do Núcleo Apoio Pedagógico Medicina da PUC Contagem.

² Coordenador e Professor do Internato em Saúde Mental, professor de Semiologia Psiquiátrica e Saúde Mental no curso de Medicina da PUC Betim, coordenador do Programa de *Mentoring* e membro do Núcleo Apoio Pedagógico Medicina da PUC Betim.

indica a necessidade de uma nova perspectiva de educação para o campo da saúde mental que vai para além da psiquiatria, considerando essa área como um dos saberes que compõem esse diverso e imbricado campo. Tais diretrizes orientam uma formação para o médico generalista, o que supõe acolher as variadas experiências de sofrimento humano a partir de sua vivência com a doença.

Embora as DCNs de 2024 ainda não estejam formalmente publicadas até a data de conclusão deste artigo (outubro/2024), as discussões preliminares e os encaminhamentos feitos pelos órgãos reguladores indicam uma confirmação da direção proposta para os internatos em saúde mental pelas DCNs de 2014. A nova revisão reafirma a importância de uma formação médica voltada para a integralidade do cuidado em saúde mental, reforçando a necessidade de ampliar a perspectiva para além da psiquiatria tradicional, incorporando uma abordagem mais holística e humanizada no manejo dos transtornos mentais. Assim, as DCNs de 2024 seguirão consolidando a formação de médicos generalistas que compreendem o sofrimento humano em sua complexidade, continuando a transformação educacional no campo da saúde mental iniciada com as DCNs de 2014.

O campo da saúde mental e da atenção psicossocial é um processo que é social e complexo. Por processo social complexo, Amarante (2007) refere-se ao entrelaçamento de dimensões simultâneas coexistindo em um campo de conflitos, paradoxos, consensos, tensões: dimensão teórico-conceitual, dimensão técnico-assistencial, dimensão jurídico-política e dimensão sociocultural. Assim, o processo brasileiro conta com dispositivos e ações que devem considerar, principalmente, a transformação do lugar social da loucura, visando à inclusão e à cidadania do louco. Nesse sentido, são oferecidos alguns recursos como estratégias de cidadania, autonomia e emancipação social, que foram nomeados de Estratégias de Atenção Psicossocial, configurando-se em mecanismos de inclusão social. Articulada a essas ações está a dimensão da atuação técnico-assistencial, que necessita de recursos clínicos refinados para alcançar as particularidades da condição humana.

O atual campo da saúde mental no Brasil, fruto de um percurso político-histórico em consonância com o movimento da reforma psiquiátrica brasileira iniciada no final dos anos 1970, busca uma mudança no que concerne a um conhecimento e uma assistência mais restritos à psiquiatria, incluindo uma rede complexa de variados saberes, não se reduzindo ao estudo e ao tratamento das doenças mentais. Nesse caso, a contraposição entre doença mental e saúde mental se tensiona, sendo a primeira noção constantemente questionada na perspectiva desse movimento reformista. É devido a essa segunda perspectiva que o Internato de Saúde Mental,

implementado no curso de medicina da PUC Minas Betim, em 2016, vai além da psiquiatria, uma vez que compreende a complexidade da vida humana e seus processos de sofrimento e adoecimento. Ademais, os campos de práticas acontecem nos serviços substitutivos da saúde mental em Betim, Belo Horizonte e outras cidades da região metropolitana. Isso possibilita ao aluno o contato com os pacientes e familiares, tanto nos serviços, quanto na realidade em que vivem em seu território e na cidade em geral.

2 A CLÍNICA NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

O campo contemporâneo da saúde mental deve considerar formas de intervenção fora do âmbito de instituições manicomiais, para que o cuidado, naquelas formas, aconteça em liberdade, devendo considerar as contingências da vida das pessoas que são assistidas nos territórios onde elas vivem. Nessa concepção, o cuidado torna-se muito mais complexo, pois a experiência do atendimento se dá no contexto de vida de cada sujeito que está em sofrimento, com as variáveis que ocorrem fora de um ambiente fechado e afastado de sua vivência no território. Por exemplo, as visitas domiciliares, as buscas ativas³, as intervenções na rede familiar e social e a articulação da rede de saúde na qual estão os pacientes visam construir vínculos de confiança e se tornar uma referência no tratamento compartilhado, sem estratificar o cuidado. Nessa forma de assistência, recursos como acolhimento e vínculo são fundamentais para o manejo clínico, que deve se pautar na singularidade de cada pessoa e em seu contexto sociocultural.

Pela diversidade desse campo, nenhum saber deve se sobrepôr aos outros, a não ser o do próprio sujeito em sofrimento. Considerando essa especificidade é que a singularidade de

³ As visitas domiciliares consistem em intervenções realizadas na residência do paciente, com o objetivo de ampliar o acesso ao cuidado e promover um acompanhamento mais próximo e contínuo. No contexto da Reforma Psiquiátrica, essas visitas são uma ferramenta de aproximação com o paciente e sua rede de apoio, permitindo uma compreensão mais completa das condições de vida e das interações sociais do indivíduo. As visitas domiciliares fortalecem o vínculo terapêutico, permitem intervenções no ambiente de vida cotidiana do paciente e são uma estratégia eficaz para a promoção da autonomia e a inclusão social. Visam substituir o modelo manicomial por um modelo de cuidado que respeita a liberdade do paciente, oferecendo apoio no próprio território e no contexto social em que ele vive. As buscas ativas, por sua vez, são ações direcionadas à identificação de indivíduos em sofrimento psíquico que, por diversos motivos, não acessam espontaneamente os serviços de saúde. Elas têm como finalidade localizar, avaliar e vincular esses pacientes às redes de cuidado, especialmente em situações de abandono, marginalização ou quando há o rompimento do vínculo com os serviços de saúde mental. Essa prática é fundamental no interior da lógica da Reforma Psiquiátrica, que preconiza a reintegração dos pacientes ao convívio social e a garantia de direitos, como o acesso contínuo à saúde. As buscas ativas demonstram o compromisso com a inclusão e a não exclusão dos indivíduos em sofrimento mental, garantindo que aqueles que não procuram os serviços por conta própria não sejam deixados à margem do sistema de saúde. Ambas as práticas reforçam os princípios da Reforma Psiquiátrica de um cuidado em liberdade, territorializado e focado na reintegração social e no fortalecimento da cidadania dos indivíduos com transtornos mentais.

cada caso e de cada situação deve ser a orientadora das ações, uma vez que pode responder melhor a uma forma de assistência que supõe as contradições da vida cotidiana e das experiências subjetivas. Por esse caminho, a clínica precisa ser sempre renovada, sendo fundamental um entendimento sobre o funcionamento humano que inclua a experiência subjetiva em relação ao corpo e ao adoecimento.

Esse é um desafio que se coloca à prática médica contemporânea, cada vez mais reduzida ao modelo biomédico, que visa às generalizações das patologias, permitindo aplicar as tecnologias terapêuticas com maior precisão, o que é um grande mérito. Entretanto, seus efeitos no modo de atuar do médico têm levado ao distanciamento na relação com o paciente a partir das particularidades de como ele próprio vivencia sua doença, levando a uma conduta restrita a ferramentas mais objetivas e concretas, tais como a anamnese, o diagnóstico para identificar a doença (patologia) e a prescrição de exames e medicamentos que o paciente deve seguir. No entanto, a conduta deve considerar um manejo clínico apoiado na relação do médico com o paciente para além das generalizações e protocolos, o que inclui a experiência subjetiva do paciente com o adoecimento.

A experiência corporal orgânica do humano não acontece como uma unidade vital, mas, sim, sempre incompleta, a partir da qual cada pessoa busca representar o corpo para si próprio. Da mesma maneira acontece com o adoecimento. A forma como o médico interpreta uma doença é diferente da interpretação dada pelo paciente. Se, pelo lado do médico, temos uma interpretação mais concreta de dados, por outro lado, temos a forma abstrata de o paciente interpretá-la. São outras variáveis que entram em jogo na experiência subjetiva de cada sujeito em seu adoecimento, tais como as crenças e imaginações sobre a doença, o modo de entender e ver a doença por meio de sua realidade recortada pelo psiquismo, a angústia que o cerca, as expectativas quanto ao tratamento, as condições sociais que interferem. Por exemplo, o entendimento sobre o câncer ou a hanseníase, dentre outras patologias, se dá de forma diversa no imaginário social e para cada um que delas padece, diferentemente do entendimento do médico. Nos seres humanos, o adoecimento e todas as outras experiências são vividos pela relação com a linguagem que os constitui, havendo uma representação simbólica envolta pelo afeto que busca interpretá-los e expressá-los.

Nesse sentido, outras ferramentas que abranjam as sutilezas subjetivas que constituem as experiências humanas são fundamentais, especialmente no que se refere ao sofrimento psíquico e ao cuidado em saúde mental. Desse modo, a metodologia de construção do caso clínico em saúde mental proposta pela psicanálise aplicada é uma importante estratégia para

orientação do manejo no tratamento, pois visa à singularidade de cada experiência como norteadora das intervenções em equipe e à construção do projeto terapêutico. Nessa perspectiva, podemos fazer uma diferença em relação à anamnese clínica em saúde mental, uma vez que ela segue um roteiro pré-estabelecido, sem colocar no centro a experiência vivenciada por cada sujeito quanto ao seu sofrimento mental, cujo saber e percepções são fundamentais como orientadores do tratamento, sendo os alunos convocados, em seus cenários de prática, a essas reflexões e experiências de aprendizagem. Antes de abordar a construção do caso clínico, é necessário entender algumas noções da psicanálise que compõem essa metodologia clínica.

3 RELAÇÃO DO SER HUMANO COM A LINGUAGEM E SUA CONSTITUIÇÃO

Como na estratégia da construção do caso clínico a subjetividade de cada paciente, expressa pela linguagem por meio de palavras, narrativas e atos, é crucial, faz-se necessário entendermos o funcionamento e os desdobramentos da linguagem nos seres humanos, tais como as noções de pulsão, sujeito, inconsciente, sintoma, transferência.

A espécie humana se caracteriza por uma relação com a linguagem que lhe é específica. Podemos começar a discussão dessa especificidade pelas palavras do escritor português José Saramago (2011a): “Somos o que pensamos, e dizemos aquilo que pensamos com palavras”. “Não temos outra coisa [salvo as palavras]. Somos as palavras que usamos. A nossa vida é isso” (Saramago, 2011b). Sendo assim, o ser humano só se constitui pela relação com a linguagem.

Na perspectiva da psicanálise, Freud (1996d) considera que há um desamparo fundamental do ser humano, uma precariedade em seu nascimento, que demarca uma incompletude em sua existência ao longo da vida, levando-o a necessitar de outro ser humano mais experiente que o ampare. Sem os cuidados de outro ser humano, o bebê não sobreviverá. É nessa relação com outros humanos, portadores da linguagem, que o sujeito vai se constituindo. A constituição do sujeito como pertencente à espécie humana só pode acontecer a partir de sua entrada em uma ordem social representada pela “[...] família ou de seus substitutos sociais e jurídicos (instituições sociais destinadas ao acolhimento de crianças sem família, orfanatos etc.)” (Elia, 2010, p. 34). Mesmo antes de seu nascimento, aquele que ainda não chegou ao mundo já é falado e envolvido em expectativas, desejos, desígnios, experiências e histórias que marcaram e constituíram a própria vida dos pais, dos familiares e de todos os outros envolvidos na trama daquele que ainda não nasceu, transmitindo uma herança simbólica que será ressignificada por cada sujeito. Um exemplo disso é a escolha do nome próprio, que é

feita por outros e que traz as marcas das experiências de vida e dos anseios daqueles que o escolheram. É assim que dizemos que a criança pode, ou não, estar no desejo do outro antes mesmo de ser gestada biologicamente.

No nascimento, desde os primeiros contatos entre aquele que será o cuidador (pai, mãe ou outros) e o bebê, já há um desencontro. Diante do choro da criança, a mãe pode interpretar várias coisas: fome, cólica, estar molhado etc. A mãe não tem um programa pré-estabelecido para saber a quais necessidades se referem os sinais dados pelo bebê; portanto, é uma linguagem diferente daquela dos animais não humanos, que é regida pelo instinto.

O ser humano foge à programação instintual, havendo a marca de algo que escapa e se impõe a ele, ou seja, um desencontro demarcado pelo rompimento com o que é da ordem da natureza e pela entrada na cultura, passando a ser regido por outro movimento, nomeado de pulsional. A pulsão é um conceito estabelecido por Freud que demarca uma “[...] montagem inédita entre a vida psíquica e o corpo vivo” (Castanet; Rouvière, 2013, p. 17), sendo efeito da incidência da linguagem na natureza. Com isso, institui-se o modo de investimento que pode ser o próprio corpo, o Eu/ego ou outros objetos/pessoas localizados no mundo externo – objetos e pessoas que podem ser tão variáveis quanto possível, dependendo de como serão eleitos na trajetória singular de cada ser humano na vida (Freud, 1996e). Se os animais possuem uma linguagem ordenada pelo instinto, a qual traz uma programação fechada de respostas pré-estabelecidas, a linguagem humana comporta uma falha, é aberta, sendo o mal-entendido inerente a ela. Por exemplo, um animal mata outro quando está com fome ou com medo (instinto de sobrevivência), já o ser humano pode matar por variados motivos, configurando-se um crime – o que inexiste na natureza – e, por isso, necessita da invenção simbólica de códigos e regras jurídicas para ordenar uma civilização.

A comunicação humana é regida por uma linguagem simbolizada, metaforizada, que busca dar um significado ao ser expressa por meio de uma rede que desliza: signos, palavras (faladas ou escritas), sinais que visam dar um sentido. Segundo o linguista suíço Saussure (2006, p. 17), a prática da linguagem refere-se à sua função de comunicação e esta não se dá somente pelo uso das palavras, mas também por gestos, olhares, sons, roupas, postura e quaisquer elementos que possam ser usados como signos: “[...] a linguagem é multiforme e heteróclita [...] ao mesmo tempo física, fisiológica e psíquica, ela pertence além disso ao domínio individual e ao domínio social [...]”. É como o ser humano se expressa: por meio de signos, possibilitando uma comunicação. Sobre os signos linguísticos, Saussure (2006, p. 23) diz que não há uma relação natural entre o nome e o objeto ao qual ele se refere, mas se relaciona

a uma ideia: “[...] constitui-se num sistema de signos onde, de essencial, existe a união do sentido e da imagem acústica, e onde as duas partes do signo são igualmente psíquicas”.

Ainda segundo Saussure (2006, p. 80),

O signo linguístico une não uma coisa e uma palavra, mas um conceito e uma imagem acústica. Esta não é o som material, coisa puramente física, mas a impressão [empreinte] psíquica desse som, a representação que dele nos dá o testemunho de nossos sentidos; tal imagem é sensorial e, se chegamos a chamá-la “material”, é somente neste sentido, e por oposição ao outro termo da associação, o conceito, geralmente mais abstrata.

[Ex.:] O caráter psíquico de nossas imagens acústicas aparece claramente quando observamos nossa própria linguagem. Sem movermos os lábios nem a língua, podemos falar conosco ou recitar mentalmente um poema.

Devido a esse sistema complexo e aberto que é a linguagem humana – diferente da linguagem do computador, totalmente programada – ela está sujeita a equívocos, e uma mesma palavra pode significar coisas diferentes: o termo “manga” pode referir-se a roupa, a fruta ou a pasto. Ou, ainda, podemos tomar a expressão “quem casa quer casa”. Observa-se essa imprecisão também nas conversas por mensagens de *WhatsApp*, que provocam muitos mal-entendidos e deslizes sobre o que se quer dizer.

O funcionamento da linguagem humana, ao comportar um furo, uma falha, tem efeitos na estruturação subjetiva, presentificando uma castração como fundadora do sujeito. É frente a essa castração que se dará a constituição subjetiva, sendo a ordem da linguagem encarnada pelo primeiro outro (materno/primordial) que se relaciona com o bebê. Frente ao bebê recém-nascido e suas exigências são ofertados, dentre outras coisas, o peito e o leite, e aquele que oferta também carrega consigo a linguagem por meio de palavras, ações e afetos. No ato de levar o objeto que satisfará as necessidades do bebê (ex.: o alimento), ele passa a querer a presença daquele que levou o objeto, no caso, a mãe, havendo, assim, a instauração da demanda, que vai além da necessidade. Nesse processo, que é lógico, e não cronológico, em que esse outro primordial leva seus desejos e expectativas (boas ou ruins), deixando marcas, há uma convocação para o sujeito a se constituir, instituindo a vida psíquica e suas instâncias (Consciente, Pré-consciente e Inconsciente). Em um primeiro momento da constituição, estabelece-se uma relação simbiótica entre o bebê e o outro materno (ou seus representantes), em que a criança se coloca como um objeto de cuidados e demandas. Mas, com o estabelecimento da demanda, passa-se do outro como semelhante para o Outro como categoria inconsciente (“O” grafado com letra maiúscula), instaurando o lugar dos significantes e as nomeações primordiais, fundamentais para a constituição subjetiva.

Em outro momento, com o surgimento de outros desejos da mãe para além da criança, havendo aí um terceiro nessa relação, que Lacan chamou de Nome-do-Pai e que tem uma posição de lei simbólica (função paterna), estabelece-se uma separação do par mãe-bebê, revelando-se aí, para cada um, a castração, a falta. Tal operação é necessária para que a mãe tenha outros interesses além da criança, e para que esta deixe de se colocar como objeto e possa construir seu próprio movimento no mundo determinado pela linguagem. E, nesse movimento de constituição subjetiva, a falta, a castração, são elementos fundamentais que operam, ou não, para cada sujeito, o consentimento com a falta e com a castração. Se o sujeito consente (estrutura neurótica – mecanismo do recalque das representações psíquicas indesejadas), será um sujeito dividido e contando com o instrumento simbólico no funcionamento da linguagem, simbólico este que possibilita substituir, representar, metaforizar as experiências e objetos, permitindo lidar de forma menos conturbada com os equívocos inerentes a uma linguagem compartilhada social e individualmente. Por exemplo, a palavra *blazer* pode dizer de várias coisas: modelo de carro, roupa etc. É o uso que se faz desse termo que é representado de forma convencionalizada a um determinado contexto, numa linguagem flexível e subjetivada para o sujeito. Assim, é possível elaborar as experiências, retificá-las, transformá-las simbolicamente. Nessa condição de ser de falta, pode-se transformar essa falta em desejo – dado que só desejamos porque algo falta –, levando a pessoa ao movimento de busca constante com a possibilidade de construção de laço com a vida (pulsão de vida).

Se há uma rejeição à falta (estrutura psicótica – mecanismo da rejeição/forclusão), o funcionamento da linguagem terá um simbólico precário para nomear as experiências, sendo difícil transitar pelos equívocos do linguajar surgidos a todo momento. Retomando o exemplo acima do termo *blazer*, trazemos uma experiência de um sujeito psicótico que usava um blazer, do qual não se separava e que compunha sua imagem. Um dia, a sua acompanhante terapêutica lhe convidou para ver a blazer (carro) que tinha comprado. Ao ver o carro, esse sujeito ficou bravo e lhe disse que o que ele estava vestindo (e não o carro) era um blazer. Observamos, assim, que a palavra, os significantes e significados que compõem a trama da linguagem não circulam de forma simbólica, flexível e metaforizada, sendo que a palavra não substitui o objeto, mas a palavra é o objeto. Para ele a palavra “blazer” é a sua roupa, havendo aí uma concretude.

Elegeremos aqui a constituição subjetiva a partir dessas duas estruturas clínicas, as quais dizem respeito à experiência do sujeito com a linguagem que funda o inconsciente, sendo

caracterizadas pelos seus mecanismos de funcionamento: recalque (neurose) e rejeição (psicose).

Freud (1996c, p. 172), em seu texto *O inconsciente*, nos traz uma ideia esclarecedora de como o inconsciente trabalha na vida psíquica:

[...] os dados da consciência apresentam um número muito grande de lacunas; tanto nas pessoas sadias como nas doentes ocorrem com frequência atos psíquicos que só podem ser explicados pela pressuposição de outros atos, para os quais, não obstante, a consciência não oferece qualquer prova. Estes não só incluem parapraxias e sonhos em pessoas sadias, mas também tudo aquilo que é descrito como um sintoma psíquico ou uma obsessão nas doentes; nossa experiência diária mais pessoal nos tem familiarizado com ideias que assomam à nossa mente vindas não sabemos de onde, e com conclusões intelectuais que alçamos não sabemos como. Todos esses atos conscientes permanecerão desligados e ininteligíveis, se insistirmos em sustentar que todo ato mental que ocorre conosco, necessariamente deve também ser experimentado por nós através da consciência; por outro lado, esses atos se enquadrarão numa ligação demonstrável, se interpolarmos entre eles os atos inconscientes sobre os quais estamos conjecturando. Uma apreensão maior do significado das coisas constitui motivo perfeitamente justificável para ir além dos limites da experiência direta. [...] Assim sendo, devemos adotar a posição segundo a qual o fato de exigir que tudo quanto acontece na mente deve também ser conhecido pela consciência [...].

Nessa perspectiva, percebemos uma cisão dos processos psíquicos em que algo (inconsciente) trabalha em cada ser falante para além da sua consciência, marcando um descentramento do sujeito da consciência em relação à incidência do inconsciente. Sendo assim, acompanhamos a metáfora utilizada por Freud ao dizer que o homem nunca está totalmente em harmonia dentro de sua própria casa/Eu, pois o Eu (ego), concebido como da ordem da consciência, não comanda toda a vida psíquica do homem: o eu “[...] não é senhor nem mesmo em sua própria casa [...]” (Freud, 1996a, p. 292). Para Lacan (1985, p. 15), por sua vez, o inconsciente “[...] escapa totalmente a este círculo de certezas no qual o homem se reconhece como um eu”.

Nessa divisão do psiquismo entre o sujeito da consciência e o sujeito do inconsciente, uma outra cena, a qual Freud (1996b) qualificou como inconsciente, comanda a vida da pessoa (Freud faz um contraponto entre essa cena e as encenações das históricas que ocorriam nas sessões de hipnose feitas pelo neurologista francês Charcot). Já Lacan denominará essa outra cena como o lugar do discurso do Outro, que apresenta os processos do campo do inconsciente. E como esse discurso do Outro se forma? Como mencionado brevemente, o processo de constituição do sujeito ocorre desde as primeiras experiências no mundo da linguagem, encarnada pela mãe e seus substitutos. Ao oferecer ao bebê o objeto que o satisfaz (o alimento, por exemplo), surgirá, nesse movimento, a demanda, instaurando-se aí o lugar de uma alteridade, isto é, do Outro como presença de atenção, de amor (Elia, 2010).

A categoria do Outro como discurso do inconsciente será demarcada pelos efeitos das experiências do sujeito, situando-se “[...] as determinações simbólicas da história do sujeito – herança significante, conjunto de marcas materiais e simbólicas introduzidas por todos os outros que foram importantes para o sujeito na infância e antes de seu nascimento” (Quinet, 2012, p. 11). É o lugar das primeiras marcas dos acontecimentos que fixam circuitos de satisfação e repetição, a experimentação do corpo como representação, nomeações, “tesouro dos significantes”, identificações eleitas pelo sujeito. É uma instância psíquica em que “[...] se coloca para o sujeito a questão de sua existência, de seu sexo, de sua história” (Quinet, 2012, p. 11). Destacamos, assim, o Outro primordial/materno, que tudo sabe e tudo vê e, em outro movimento, se há uma lei simbólica (Nome-do-Pai) inscrita no campo do Outro, dizemos que será o Outro da falta, incompleto, submetido a uma lei moderada pelo simbólico. É nessa perspectiva que delimitamos duas formas de funcionamento do Outro (inconsciente) que implicam a manifestação do sujeito do inconsciente: Outro total, tirânico, na psicose; e Outro marcado pela falta, na neurose.

Na neurose, o sujeito manifesta-se nas formações do inconsciente, que o invadem à revelia do Eu/ego. É o sujeito do inconsciente que emerge na surpresa causada pelos atos falhos e angústias, que interrompem o fluxo da fala e se manifestam em chistes, lapsos, sonhos e sintomas. Nessas manifestações do sujeito, há uma familiarização desses acontecimentos, causando uma divisão naquele que passa por isso (fica desconcertado, constrangido, sem o controle do Eu). O sujeito sabe que foi ele o autor desses tropeços e experimenta essa divisão de forma subjetivada/internalizada. Já na psicose, a manifestação do inconsciente ocorre “a céu aberto”, sem a barra no Outro. Por isso, é experimentada como uma invasão exterior e estranha a ele, não sendo reconhecida como algo seu. Esse é o caso das alucinações, em que surge um Outro que fala de forma coercitiva e, sem o anteparo do simbólico, a elaboração e a subjetivação tornam-se impossíveis. Trata-se da experiência de um Outro invasor e estranho que se manifesta no seu próprio corpo e no Eu por meio dos fenômenos de automatismo mental, vivências de corpo despedaçado, roubo e/ou imposição de pensamentos, sem a possibilidade de uma articulação simbólica que proporciona uma internalização subjetiva dos acontecimentos vivenciados.

Entender essas distintas formas de processo do Outro também demarca diferenças nas formas de transferências – vínculos feitos pelos pacientes com os outros de sua convivência – permeadas pela atualização do inconsciente, tal como diz Lacan (1988). Nesse processo, o sujeito dirige-se ao Outro do inconsciente, e não àquela pessoa com quem se relaciona no

momento, atualizando/reproduzindo os modos inconscientes de estabelecer relações com o mundo e com os outros semelhantes. Entender essas nuances da transferência possibilita um melhor manejo clínico e, com isso, uma condução do tratamento mais favorável.

4 A METODOLOGIA DA CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO

Com esses elementos de base apresentados anteriormente (pulsão, inconsciente/sujeito do inconsciente, Outro, transferência, mecanismos de constituição do sujeito), podemos adentrar na estratégia de construção do caso clínico em saúde mental, a qual foi apresentada pelo psicanalista italiano Carlo Viganò (1999).

A construção não é um exercício acadêmico, mas um artesanato que se tece na prática, no encontro com o paciente e seu entorno, tal como a equipe. Nesse contexto, a prática é feita por muitos membros de uma equipe multidisciplinar, com variadas concepções teóricas ou mesmo do senso comum. Sendo assim, faz-se necessária uma orientação dessa prática em relação às intervenções a serem feitas no tratamento do paciente. Caso contrário, arriscamo-nos a ter uma prática fragmentada, em que cada técnico toma condutas diferentes frente ao modo de sofrimento psíquico do paciente, levando a efeitos danosos no tratamento.

A metodologia de construção do caso visa dar um direcionamento dessa prática por meio da singularidade de cada caso, sendo necessárias algumas condições nesse método: o sujeito é o verdadeiro operador no tratamento, sendo importante o saber do próprio paciente, o que ele indica do seu modo de relação com o mundo, com seu sofrimento, e não o saber preestabelecido sobre ele. Como vimos, a palavra do paciente, a partir da experiência do inconsciente, deve ocupar uma posição fundamental, tendo o valor de uma autoridade clínica (Viganò, 1999) a dar a direção das intervenções.

Outra condição diz respeito aos técnicos, que devem se posicionar como “aprendizes da clínica” no tocante aos fenômenos e sintomas que experimentam os pacientes. Conforme diz o psicanalista Alfredo Zenoni (2000, p. 19): “É a psicose que nos ensina sobre a estrutura e que nos ensina sobre as soluções que ela mesma encontra para fazer em face de uma falta central do próprio simbólico. É na escola da psicose que nos colocamos como aprender a praticar”.

Nessa perspectiva, a clínica do singular de cada caso vai na contramão da cristalização de saberes universais. Zenoni (2000, p. 41, tradução nossa) afirma que uma pragmática cotidiana, se tomada a partir do ponto de vista dessa clínica, permite “[...] um arranjo mais vivível da situação futura do sujeito”, e acrescenta que a problemática clínica é inseparável do

contexto social do sujeito, uma vez que se devem considerar suas indicações sobre seu modo de relação com o mundo, com o social. Como aprendizes da clínica e com o saber do lado do paciente, os técnicos devem ter uma posição de esvaziamento de saber (“saber não saber”) para possibilitar que o paciente apresente seus significantes, suas nomeações e faça sua própria construção subjetiva, colocando-se a trabalho para encontrar saídas para seu sofrimento. Os técnicos devem se colocar como parceiros do paciente nesse movimento de construção de soluções, acolhendo suas invenções (Generoso, 2008).

Tal como visto anteriormente, o caso em psicanálise é sempre único e busca isolar as variáveis pertinentes e singulares (Miller, 2001) ao funcionamento subjetivo de cada um, compondo a formação de seu sintoma – diferentemente dos casos clínicos da medicina, que devem ser generalizáveis e universais, referirem-se a doenças (caso de diabetes, caso de hanseníase) e podem ser aprendidos nos bancos da universidade. Na perspectiva do caso único, todo sintoma tem um sentido e uma demonstração singular, não devendo ser entendido apenas pelo comportamento do paciente. Ele traz uma matriz que mostra as coordenadas do funcionamento do sujeito, que em algum momento de sua vida pode passar a não sustentá-lo de forma mais favorável.

Um exemplo: um neurótico obsessivo que levava uma vida bem organizada, incluindo aí a arrumação de seus objetos tanto em casa, quanto no trabalho e nos estudos, numa rotina metodizada que lhe proporcionava bons resultados no dia a dia de sua vida. No entanto, esse movimento passou a não funcionar bem a partir do momento em que precisaria tomar uma decisão sobre casar ou não casar com a noiva de longo tempo de relacionamento. Começou a ter pensamentos intrusivos obsessivos de morte da noiva, em que ele era tomado pela dúvida e constantes conferências de seus atos, evoluindo para rituais compulsivos que incluíam regras e etapas rígidas a serem feitas antes de sair de casa, o que lhe gerou grande sofrimento. Nesse pequeno fragmento, podemos observar que seu sintoma disfuncional estava estritamente relacionado à sua subjetividade, tendo um sentido diante de um conflito referido à sua vida familiar na infância.

No caso clínico, é importante perceber o sintoma (o que não está funcionando bem) de cada paciente a partir de sua subjetividade, sendo este um importante indicador do momento de desencadeamento da crise, do adoecimento. É fundamental para o manejo clínico uma relação transferencial de confiança, relação em que o paciente poderá falar sobre sua história, da qual se extraem as nomeações e posições que o sujeito ocupou ao longo de sua vida, possibilitando circunscrever melhor o caso. Como diz Viganò (1999), a história é sempre rica em detalhes, e

dela se extrai o caso. É a partir da história narrada (pelo paciente, familiares) que se recolhem os elementos, as variáveis que compõem o modo de funcionamento inconsciente que singulariza o sujeito na vida, tornando-o único. São elementos mestres, que formarão a matriz pela qual orientará seu movimento de investimento, que se repete na relação com o Outro como discurso do inconsciente. É na repetição desse funcionamento que podemos situar o caso, que é a posição subjetiva do sujeito, sua singularidade no mundo.

Outro exemplo: um paciente negro, usuário problemático de álcool e outras drogas desde a adolescência, e que sempre chegava à instituição de tratamento fora dos horários combinados para atendimento ou para passar o dia. Ao ser barrado de permanecer no serviço, respondia de forma agressiva e ameaçadora, dizendo que o estavam discriminando por ser preto, sendo esse o motivo de não o aceitarem lá. A equipe o nomeava como alguém sem educação e que não respeitava as regras, o que gerava sentimento de indignação nos trabalhadores, que reagiam barrando sua entrada e retirando-o do local. Por mais que lhe explicassem que não era discriminação, mas sim as regras do serviço, ele se exaltava e queria impor sua presença como um discriminado/rejeitado. Tal comportamento gerava problemas na rua e nos locais por onde ele passava, uma vez que sentia que as pessoas o estavam discriminando por ser preto demais. Ao saber mais sobre sua história de vida, por meio do contato com uma estudante de Medicina do Internato de Saúde Mental que o acolheu sem pré-julgamentos, disse sobre sua vida de rejeição, iniciada pela mãe, que registrou seu nascimento apenas aos 17 anos de idade. Só conheceu o pai por volta dos 8 anos de idade, quando a mãe lhe mostrou quem era. No entanto, esse homem o olhou e disse não ser seu pai, por ele ser “preto demais” para ser seu filho. Tal nomeação o marcou em seu trajeto na vida, com a seguinte matriz: rejeitado/discriminado por ser preto demais. Assim, passou a repetir essa posição na relação com o mundo (Outro), incluindo aí os técnicos da instituição, dentre outros. Ciente dessa posição do paciente, a acadêmica apreendeu como é um manejo referente à relação devastadora desse sujeito com a vida, que se reproduz em seu tratamento. Portanto, é em relação a essa posição que a equipe não deve se colocar, mas tentar surpreender o sujeito a partir de outro lugar que não o da rejeição. É uma maneira de levá-lo a se perguntar sobre o que se passa, uma vez que a nomeação estabelecida anteriormente – preto discriminado/rejeitado – não ganhava mais consistência. Ele precisaria construir um outro saber sobre seu mal-estar. Dessa forma, o funcionamento subjetivo é algo necessário na construção do caso clínico, possibilitando o manejo no tratamento com intervenções que tenham efeitos de mudanças na posição do paciente.

Um exemplo de construção de caso com o manejo clínico e pequenas invenções do sujeito pode ser demonstrado pelo caso do sujeito de nome fictício Antônio, já mencionado para exemplificar o funcionamento da linguagem a partir da relação com o “blazer” (Generoso, 2008). Antônio era andarilho e chegou a uma cidade de Minas Gerais em situação de errância. Estava muito sujo e agressivo na rua e a comunidade solicitou a intervenção do serviço de saúde mental. Iniciou o tratamento no Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), saiu da crise, mas, como não tinha onde morar e nem família conhecida, foi morar em uma residência terapêutica da cidade. Diante da precariedade de seu estado clínico (esquizofrenia), foi possível saber – entre os fragmentos delirantes que concerniam ao fim do mundo – onde sua família morava, que ele trabalhou como carpinteiro, pedreiro e em plantação de cana, mas preferiu permanecer na cidade onde estava. Antônio estabelecia uma relação de grande dependência com os outros e isso era ainda mais reforçado pela lógica das instituições onde permaneceu (tratamento e albergue), com seus horários e regras mais inflexíveis, a qual era reproduzida pelos técnicos. Ele sempre se dirigia às pessoas chamando-as de “mamãe” ou “papai”, as quais lhe respondiam prontamente nomeando-o de “neném”. Esse tipo de relação o congelava no significante “neném”, reforçando sua posição de objeto de cuidado materno.

Quando chegou à residência terapêutica, Antônio tinha 41 anos de idade e ficou um tanto quanto perdido com o novo lugar e com o seu funcionamento. A lógica era outra, pois não havia rigidez de horários para banho, para refeições, para dormir etc., bem como também havia a disponibilidade de vários objetos a seu alcance, tais como TV, geladeira, filtro, fogão etc. Devido à sua grande fragmentação imaginária/corporal, bem como ao fato de ter vivido longo período em uma lógica institucional menos flexível, em que recebia tudo pronto nas mãos, ele não sabia muito bem qual era a utilidade estabelecida das coisas, demonstrando um grande desamparo simbólico que representasse os objetos. Por exemplo, quando utilizava o filtro de água de beber para colocar flores dentro dele, pois assim elas não morreriam; ou, então, quando ele mesmo se servia de café, colocando-o num copo, e o completava com açúcar até a borda, pois o limite era o do próprio copo; e, também, quando engolia objetos da casa que geravam algum mal-estar, como a chave da casa, ou moedas.

No caso desse morador, a equipe precisou recuar diante do ideal de autonomia, bem como na vontade de romper com todas as regras instituídas, precisando oferecer um lugar “sob medida” para ele, pois alguma estabilidade dos objetos e um mínimo de regularidade do funcionamento da casa seriam importantes para que ele pudesse se orientar dentro de um campo simbólico com muitos sinais/signos. Porém, havia o risco de a equipe operar a partir de uma

pedagogia que ensinava tarefas, uma vez que ele sempre chamava os outros para ocupar esse lugar, oferecendo-se como um objeto de cuidados, como um “neném” que precisava aprender a viver e a se comportar. Eram frequentes as perguntas como “mamãe, posso comer?”, “posso me sentar?”, “posso fazer pipi?”, e a equipe precisava de paciência para esperar que algo do próprio sujeito acontecesse, não reforçando seu lugar de “neném”. Uma leitura da posição desse sujeito na relação com o Outro foi fundamental, o que possibilitou um manejo de forma a levá-lo a poder construir outras saídas menos objetais.

Antes mesmo de ir para a residência terapêutica, Antônio já demonstrava seu movimento para poder viver. Conforme diz Viganò (2010), o psicótico faz duas ações para poder viver: a autodefesa e a autoconstrução. Assim que chegou ao CERSAM, Antônio defendia-se agredindo os outros, não tomando banho, engolindo objetos, isolando-se. Posteriormente, passou ao movimento da autoconstrução, buscando maneiras para lidar com sua fragmentação imaginária e com a falta de delimitação corporal e, por conseguinte, com o mal-estar que invadia seu corpo. Passava o dia a catar e carregar vários pedaços de objetos, que colocava dentro dos bolsos do seu blazer/casaco inseparável, ou numa bolsa pendurada no pescoço, da qual não se separava. Mantinha uma rotina da tabuada, que fazia com seu médico, assim como amarrava pedaços de fitas nos braços e pernas, contornando seu corpo. Buscava, assim, uma bricolagem de seu mundo-corpo com esses cacos de objetos, frente ao despedaçamento de seu corpo.

O movimento de autoconstrução continuou quando estava morando na residência e, pouco a pouco, ele localizou essa casa como um Outro mais regular e estável, porém flexível para acolher suas particularidades, servindo-lhe para certa contenção de sua experiência de fragmentação psíquica. Assim, seu movimento de autoconstrução foi se direcionando para a utilização de alguns lugares da casa, fora do seu corpo propriamente dito, tal como medir a garagem da casa com palitos de fósforos para saber se cabia o carro do seu médico, bem como passar a utilizar a gaveta do armário do seu quarto como referência para colocar seus objetos. Inicialmente, havia um emaranhado de coisas que ele colocava na gaveta, como cacos de objetos achados no chão, juntamente com seus documentos. Posteriormente, sua tentativa de construção referiu-se às questões de sua origem, mesmo que de forma delirante, contando com a equipe para conversar, a qual foi aprendendo a acompanhá-lo, sem oferecer um saber pronto, mas se colocando como parceira nesse seu novo movimento.

É interessante observar que, quando chegou à cidade, Antônio dizia que o lugar onde nasceu fora inundado por uma grande enchente e havia desaparecido, o que remetia à sua

posição de um neném não situado no mundo e que precisaria ser construído, uma vez que houve um desmoronamento dessa vida subjetiva anterior. Suas questões giravam em torno de quem ele era, de onde vinha, quem eram seus pais, que lugar era aquele onde estava morando etc. Juntamente à sua narrativa sobre sua origem, ele foi realizando pequenas ações, tais como fazer documento de identidade (na qual constava o nome de batismo, apesar de ele preferir ser chamado de Antônio), dar entrada no processo de aquisição do benefício financeiro do governo, além dos movimentos que fazia cotidianamente na casa. Como efeito, houve uma mudança sobre o que ele escolhia guardar na gaveta: em vez de cacos de coisas e lixo, passou a guardar seu cartão de transporte, sua carteira de identidade, suas fotos, a tabuada dada pelo médico, dentre outros objetos.

Com isso, diante da falta de referência simbólica, que é feita pela função paterna/lei simbólica, Antônio recorria a algumas referências exteriores e concretas. Inicialmente, buscava sua autoconstrução a partir de cacos, o que refletia a fragmentação de seu corpo/mundo psíquico. Posteriormente, sua autoconstrução passou a incluir o campo social, com seus papéis/funções, assim como seu esforço para se situar nele, por exemplo quando ele tentava construir uma nomeação de si próprio a partir de seus documentos pessoais e de conversas com os membros da equipe sobre o benefício financeiro (aposentadoria) que recebia quando ia ao banco.

Assim, Antônio serve-se da equipe e estabelece transferências variadas, como com a acompanhante terapêutica, a qual chama de sua “assistente”, que o ajuda a resolver algumas coisas fora de casa; ou quando elege outro membro da equipe que tem o mesmo nome de sua mãe (conforme consta na sua carteira de identidade), pedindo-lhe para ir com ele visitar a cidade onde nasceu. Apesar de não compreender a finalidade daquela residência, ele já estabelecia certa relação com ela. E, em momentos de crise, ele ficava fora da casa, sentado na calçada, dizendo, de forma perplexa, que a casa iria cair, apontando que havia rachaduras nas paredes. Eram momentos de dificuldade em relação a algumas pessoas da equipe, momentos persecutórios. Ele não abria o portão para que alguns técnicos entrassem, fazendo uma barra concreta através das grades do portão – o que ocorria, por exemplo, com sua acompanhante, a quem ele perguntava: “o que você quer comigo?”. Ela, já sabendo que, diante da consistência da vontade do Outro na psicose, é preciso se reposicionar de forma esvaziada de interesse, dizia que não queria nada com ele e que estava ali para falar com outro morador, ou para trabalhar. Ele a deixava entrar e ela se ocupava com outras coisas na casa, permanecendo numa posição

de “atentamente distraída”. Após um tempinho, ele a procurava novamente para fazerem algumas coisas.

Diante da falta da função simbólica para socorrê-lo com relação à função da casa e, por conseguinte, do seu corpo, Antônio buscava construir uma referência para isso, tentando uma nomeação de seu jeito, e não pelo que vem imposto pelo Outro. Assim, ele recolhe algo do Outro social (aposentadoria), tentando nele se alojar. Atualmente, diz que a moradia é uma casa de aposentados como ele, não podendo qualquer um ir morar lá (de fato, todos os moradores recebiam benefícios financeiros, como aposentadoria). Ao nomear de tal forma a casa, ele também se nomeia, dizendo ser um aposentado, tentando assim encontrar um lugar no Outro social. Conforme afirma Viganò (2010, p. 76), uma forma de estabilização do psicótico “[...] é encontrar uma inscrição no mundo do Outro [...] que o faz sair do isolamento, daquele trabalho simbólico sem o Outro”. Assim, Antônio tentava construir seu mundo de forma a poder viver melhor, e a equipe buscava aprender, dia após dia, a acompanhá-lo em suas pequenas invenções, fazendo valer, nessa prática, uma inversão na forma de operar com o discurso que se refere à mestria, a partir do lugar de esvaziamento de saber do Outro, para que algo do próprio sujeito possa ser construído.

O caso de Antônio nos possibilita localizar o funcionamento subjetivo a partir da construção do caso, como uma ferramenta para o manejo clínico em equipe. E é nessa perspectiva que o Internato de Saúde Mental da PUC Minas *campus* Betim vem, desde seu início, introduzindo essa metodologia de ensino, resultando em efeitos importantes de transmissão aos alunos, tal como foi a experiência da acadêmica do Internato de Saúde Mental, citada anteriormente, possibilitando uma visão abrangente sobre o ser humano e uma abordagem mais humanizada ao paciente.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BALTHA, A. et al. Internato de saúde mental no curso de medicina: o xadrez da formação. **CliniCAPS**, Vol 9, nº 25/26, 2015. Disponível em: https://clinicaps2024.com/clinicaps_revista_25_26_art_01.htm. Acesso em: 04 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: MEC, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view. Acesso em: 4 nov. 2024.

CASTANET, H.; ROUVIÈRE, Y. **Compreender Freud**. Belo Horizonte: Sciptum, 2013.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.

FREUD, S. Conferência XVIII: fixação em traumas – o inconsciente. *In*: FREUD, S. **Edição standard das obras completas de Sigmund Freud**: conferências introdutórias sobre psicanálise (parte III). Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 16, p. 281-292. (Trabalho original publicado em 1916-1917).

FREUD, S. Lembranças encobridoras. *In*: **Edição standard das obras completas de Sigmund Freud**: primeiras publicações psicanalíticas. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v.3, p.287-304. (Trabalho original publicado em 1899).

FREUD, S. O inconsciente. *In*: **Edição standard das obras completas de Sigmund Freud**: a história do Movimento Psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, v. 14, p. 171-217, 1996c. (Trabalho original publicado em 1915).

FREUD, S. O mal-estar na civilização. *In*: **Edição standard das obras completas de Sigmund Freud**: o futuro de uma ilusão; o mal-estar na civilização e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, v. 21, p. 73-148, 1996d. (Trabalho original publicado em 1930 [1929]).

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In*: **Edição standard das obras completas de Sigmund Freud: um caso de histeria; três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, v.7, p.117-127, 1996e. (Trabalho original publicado em 1905).

GENEROSO, C. A orientação da psicanálise em um serviço residencial terapêutico: a casa de aposentados – uma pequena construção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1, p. 67-73, 1º sem. 2008. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v8n1/v8n1a07.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2024.

LACAN, Jacques. **O seminário**: os quatro conceitos da psicanálise, livro 11, Rio de Janeiro: J. Zahar, 1988. (Originalmente publicado em 1964).

LACAN, Jacques. **O seminário**: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. livro 2, Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985. (Trabalho original proferido em 1954-1955).

MILLER, J. A. **Orientation lacanienne III, 4**. [Lição de 14 outubro de 2001]. Disponível em: <https://jonathanleroy.be/wp-content/uploads/2016/02/2001-2002-Le-de%CC%81senchantement-de-la-psychanalyse-JA-Miller.pdf> . Acesso em: 4 nov. 2024.

QUINET, A. **Os outros em Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2012.

SARAMAGO, José. Que espécie de pensamento? *In*: **Fundação Saramago**. Outros cadernos de Saramago. [S. l.], 28 fev. 2011a. Disponível em: <https://caderno.josesaramago.org/2011/02/>. Acesso em: 6 nov. 2024.

SARAMAGO, José. Somos as palavras que usamos? *In: Fundação Saramago. Outros cadernos de Saramago. [S. l.], 25 fev. 2011b. Disponível em: <https://caderno.josesaramago.org/2011/02/>. Acesso em: 6 nov. 2024.*

SAUSSURE, F. **Curso de linguística geral**. 22. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

VIGANÒ, C. **A construção do caso clínico em saúde mental**. Revista Curinga, [Belo Horizonte], n. 13, p. 39-48, set. 1999. Disponível em: https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf. Acesso em: 4 nov. 2024.

VIGANÒ, C. Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira *In: ALKMIM, W. (org.). Novas conferências*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010. p. 67- 89.

ZENONI, A. Psicanálise e Instituição – a Segunda Clínica de Lacan. **Abrecampos Revista de Saúde Mental do IRS**, vol. 1. Belo Horizonte, 2000.

ZENONI, A. Pratique Institutionnelle et clinique du sujet. **Preliminaire**, [S. l.], n. 12, p. 39-42, 2000.