

Psicanálise e prática multidisciplinar: (im)possíveis desdobramentos do trabalho com crianças autistas e pais

Psychoanalysis and multidisciplinary practice: (im) possible consequences of working with autistic children and parents

Psicoanálisis y práctica multidisciplinar: (im) posibles consecuencias de trabajar con niños autistas y padres

Recebido: 20/08/2021 | Revisado: 27/09/2021 | Aceito: 17/09/2021 | Publicado: 18/09/2021

Roseane Freitas Nicolau

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6988-943X>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: rf-nicolau@uol.com.br

Izabella Paiva Monteiro de Barros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0463-3206>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: barrosizabella23@gmail.com

Resumo

Dificuldades costumam estar associadas a sofrimento, mas podem também ser mote para reflexão e cuidado. Nesse artigo trabalhamos alguns desdobramentos da pesquisa desenvolvida ao longo de seis anos em um hospital universitário do norte do país, mais especificamente aqueles que surgiram a partir das intervenções clínicas no serviço que acolhe crianças com autismo, síndromes neurológicas graves, problemas de aprendizagem, hiperatividade, dentre outros diagnósticos. Como analistas no hospital, orientadas pelo método clínico, partimos dos pressupostos freudo-lacanianos que sustentam a suspensão diagnóstica, até que se tenha apreendido, para além das causas orgânicas, as tramas simbólicas imbricadas com o sintoma da criança. Como instrumento de trabalho utilizamos a escuta dos pais e da criança, a transferência e a relação terapêutica como eixos centrais para o tratamento, pois acreditamos que o diagnóstico apressado pode precipitar prescrições medicamentosas cujos efeitos seriam prejudiciais para o desenvolvimento infantil. Problematicamos as dificuldades no trabalho clínico nas instituições as quais, muitas vezes, funcionam na contramão da aposta na saúde psíquica com suas particularidades. Foi possível constatar que há possibilidade de sensibilizar a equipe para a importância de acolher o que é da ordem da experiência, dando alguma possibilidade de amarração para o sujeito do inconsciente. Para tanto, devemos efetivamente sustentar junto à equipe, a possibilidade de emergência do sujeito, este que é dividido e que porta um saber que ele desconhece. Aposta importante, não apenas para o tratamento da criança e seus pais, mas também para o trabalho multidisciplinar, no qual seguimos no exercício (im)possível da intertextualidade.

Palavras-chave: Psicanálise; Autismo; Multidisciplina.

Abstract

Difficulties are often associated with suffering, but they can also be a motto for reflection and care. In this article we worked on some developments of the research developed over six years in a university hospital in the north of the country, more specifically those that emerged from clinical interventions in the service that welcomes children with autism, severe neurological syndromes, learning problems, hyperactivity, among other diagnoses. As analysts at the hospital, guided by the clinical method, we start from the freudo-lacanian assumptions that support the diagnostic suspension, until it has apprehended, in addition to organic causes, the symbolic plots imbricated with the child's symptom. As a working tool, we use listening from parents and children, transference and the therapeutic relationship as central axes for treatment, as we believe that a hasty diagnosis can precipitate drug prescriptions that can have harmful side effects for child development. We problematize the difficulties in clinical work in institutions which, many times, work against the bet on psychic health with its particularities. It was possible to verify that there is a possibility to sensitize the team to the importance of welcoming what is of the experience, giving some possibility of binding to the subject of the unconscious. Therefore, we must effectively support the possibility of the subject's emergence with the team, who is divided and who carries knowledge that he does not know. Important bet, both in the treatment of the child and his parents, as well as in the multidisciplinary work, in which we continue in the (im) possible exercise of intertextuality.

Keywords: Psychoanalysis; Autism; Multidiscipline.

Resumen

Las dificultades a menudo se asocian con el sufrimiento, pero también pueden ser un lema de reflexión y cuidado. En este artículo trabajamos algunos desarrollos de la investigación desarrollada a lo largo de seis años en un hospital universitario del norte del país, más específicamente los que surgieron de intervenciones clínicas en el servicio que acoge a niños con autismo, síndromes neurológicos severos, problemas de aprendizaje, etc. hiperactividad, entre otros diagnósticos. Como analistas en el hospital, guiados por el método clínico, partimos de los supuestos freudo-lacanianos que sustentan la suspensión diagnóstica, hasta aprehender, además de las causas orgánicas, las tramas simbólicas imbricadas con el síntoma del niño. Por ello, como herramienta de trabajo, utilizamos la escucha de los padres y del niño, la transferencia y la relación terapéutica como ejes centrales del tratamiento, pues creemos que un diagnóstico apresurado puede precipitar la prescripción de medicamentos que pueden tener efectos nocivos en el desarrollo del niño. Problematicamos las dificultades del trabajo clínico en instituciones que, muchas veces, se oponen a la apuesta por la salud psíquica con sus particularidades. Se pudo constatar que existe la posibilidad de sensibilizar al equipo sobre la importancia de acoger lo que es de la experiencia, dando alguna posibilidad de vinculación al sujeto del inconsciente. Por lo tanto, debemos apoyar de manera efectiva la posibilidad de que el sujeto emerja con el equipo, que está dividido y que porta conocimientos que no conoce. Apuesta importante, tanto en el trato del niño y sus padres, como en el trabajo multidisciplinar, en el que continuamos en el (im) posible ejercicio de la intertextualidad.

Palabras clave: Psicoanálisis; Autismo; Multidisciplinar.

1. Introdução

Tempo de crise costuma estar associado a sofrimento, mas pode também se tornar um momento privilegiado para reflexão e cuidado. Nesse artigo trabalhamos alguns desdobramentos de uma pesquisa desenvolvida ao longo de seis anos no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza / UFPA, mais especificamente aqueles que surgiram a partir das intervenções clínicas no Ambulatório de Desenvolvimento¹.

O serviço acolhe crianças com autismo, síndromes neurológicas graves, problemas de aprendizagem, hiperatividade, dentre outros diagnósticos. Sendo assim, nosso desafio tem sido sustentar nesse espaço a clínica institucional orientada pela psicanálise e, ao mesmo tempo, compartilhar com os profissionais da equipe os efeitos de uma escuta sensível ao sujeito. Como coloca Oliveira (2004), o analista em equipe trabalhará para tentar deslocar o costumeiro olhar dirigido à doença para as produções discursivas do paciente, operando na transferência a partir do lugar que ocupa aquele que escuta. Desta forma, os efeitos produzidos pelo trabalho de escuta desafiam os dispositivos totalizantes, pois “o público, nos nossos tempos, se organiza pelo encobrimento do singular” (Oliveira, 2004, p.91). Como apontam Lebrege e Pena (2021), “problematizar o encontro analítico em sua dimensão singular” é o que vai sustentar, circunscrever e legitimar o lugar do/da analista, seja em que contexto for.

É isso que pretendemos discutir ao tecer considerações sobre o modo como a prática psicanalítica se insere no conjunto de dispositivos institucionais, enquanto um discurso que, ao sustentar a escuta do singular, pode operar como modo de enfrentamento do excesso de diagnósticos e medicalização da/na infância e de práticas adaptativas que calam o sujeito e criam patologias aonde há apenas comportamentos tipicamente infantis e/ou particularidades daquela criança em sua relação com o mundo (Jerusalinsky, 2018).

A psicanálise na instituição hospitalar é uma prática que exige uma sustentação teórica, ética e uma posição de agente no discurso que lhe concerne, que é o discurso do analista. Só assim poderá haver possibilidade de promover giros discursivos² os quais poderão viabilizar o surgimento do inconsciente. A teoria dos discursos permite advertir sobre a forma como estes

¹ O serviço é referência no tratamento do autismo e outras síndromes da infância e por isso recebe crianças de várias localidades. A investigação se desenvolve no ambulatório, mais especialmente no *Serviço Caminhar* e no *CASMUC* (Centro de atenção à saúde da mulher e da criança) que fazem parte do complexo hospitalar que compõe a rede pública de saúde do Estado do Pará.

² Referimo-nos aos discursos estabelecidos por Lacan (1969-1970/1992) no *Seminário 17, O avesso da psicanálise: discurso do mestre*, da histórica, do universitário e do psicanalista.

circulam na instituição de saúde, assim como sobre as implicações que a *práxis* psicanalítica provoca onde predomina o discurso médico.

Consideramos que o trabalho com a equipe é fundamental, pois contribui para desenvolver uma modalidade de transferência que nos coloque em um lugar favorável a interrogar as intervenções, desde o diagnóstico até os tratamentos medicamentosos, visando à possibilidade de interlocução entre os saberes. Por outro lado, ao nos debruçarmos sobre o atendimento dos usuários do serviço, corremos o risco de entrar na lógica da produção (a do capital) e, por isso, a importância de nos mantermos em uma posição de extimidade em relação à equipe. Avisadas o suficiente para não nos envolvermos com uma certa espécie de *furor sanandi*, tão comum nas equipes multidisciplinares, seguimos com Freud (1912/2017), que nos recomendou tomar distância disso. Entretanto, essa experiência de trabalho em equipe tem nos permitido desenvolver dispositivos de tratamento no campo da saúde mental, levando-nos a constatar que, trocar experiências com a equipe é a única via para instaurar uma transferência de trabalho que torne possível algum efeito junto aos profissionais, capaz de sensibilizá-los para a experiência do inconsciente.

Sobre a entrada do psicanalista na equipe de um hospital, Moretto e Prizskulnik (2014), ressaltam que ingressar na instituição de saúde não significa sua inclusão efetivamente, assim como, o lugar do psicanalista na equipe não corresponde a uma vaga no quadro funcional desta instituição. Esse lugar precisa ser construído para que o psicanalista possa operar e a sua inserção é um processo de construção. Lacan (1955/1998) já alertava que é preciso sempre pensar sobre o que fazemos no contexto em que atuamos. Ou seja, devemos constantemente nos perguntar sobre o que efetivamente nós, psicanalistas, fazemos junto as equipes multidisciplinares, não apenas no sentido técnico, já tão amplamente abordado por tantos autores que orientam o trabalho do analista nos serviços (Alberti, 2008; Figueiredo, 1997; Moretto, 2001), mas na direção de um resgate daquilo que é da ordem do singular (Francke & Silva, 2012), da experiência subjetiva, e que tem relação com a falta a ser e a posição do sujeito frente ao seu sintoma. No caso da equipe, é importante abrir espaço para a falta, particularmente em relação ao saber, no sentido de que o tudo saber não é possível. Isto implica em transformar o atendimento em um lugar de interrogação sobre a teoria, convocando a equipe a suportar o não sabido e a problematizar pré-conceitos que lhe são correlativos, muitas vezes refutando-os. Isso se obtém ocupando o que Dunker e Zaneti (2017) denominam de posição de trabalho.

Sabemos que nas instituições costuma predominar o saber dos manuais e dos protocolos, e que muitas vezes operam para tamponar a falta, uma vez que dão respostas às demandadas sobre o que fazer nas várias situações do dia a dia institucional, ou mesmo orientam uma prática *à priori*, sem levar em conta o caso a caso. Nesse sentido, o psicanalista tem o dever ético de apontar a falha no saber, abrindo espaço para o benefício da dúvida. Assim, corroborando com Silva (2017), podemos dizer que o discurso do analista na instituição funciona como possibilidade de laço que produz efeitos nas relações estabelecidas no hospital.

O grande desafio é transpor a barreira da demanda institucional, de que fiquemos no lugar do discurso do mestre, aquele a quem se supõe que tem as respostas. O analista não responde desse lugar e evita tamponar a fala do sujeito, convocando-o a falar. Com isso, transmite às equipes que, independentemente do contexto em que a psicanálise esteja inserida, ela pode verificar o efeito que tem para um sujeito o acolhimento de sua fala em transferência, permitindo-lhe produzir seus próprios significantes, aqueles que marcam a sua história e que servem como pontos de ancoragens para os sentidos que atribui aos acontecimentos:

O analista constitui-se como tal a partir de uma ética própria, a ética do desejo, do bem-dizer. Busca que o sujeito fale e implique-se nesta fala, muitas vezes surpreendendo-se com ela. Não se ocupa de fazê-lo aceitar esta ou aquela condição, de fazê-lo se comportar mais adequadamente, e até mesmo de diminuir seu sofrimento (Rodrigues, 2011, p. 18)

No contexto da pesquisa, testemunhamos os mais diversos obstáculos que dificultam o oferecimento de escuta, no dia a dia do trabalho com as crianças atendidas no hospital universitário. A abordagem do atendimento infanto-juvenil traz particularidades que exigem estratégias de acolhimento conjunto com outros profissionais, um trabalho multidisciplinar indispensável ao tratamento de crianças e adolescentes, além da participação dos pais e/ou cuidadores. Encontramos dificuldades e resistências quando propomos espaços para a escuta do sofrimento e dos usuários, sobre o que pensam do tratamento, suas angústias e incertezas em relação ao que se passa com eles, suas dificuldades, etc., ao invés de atender ao pedido de normatização, ou de ser porta voz de notícias ruins que a instituição muitas vezes propõe.

2. Metodologia

Em nossa experiência de investigação na área da saúde mental, campo em que sustentamos a produção de um (não-todo)saber sobre a clínica, tomando-a como lugar de amarração teórica na experiência institucional, o método de investigação utilizado por excelência é o psicanalítico, o qual conjuga teoria e prática, conforme desenvolvido por Freud (1912/2017) e que nos permitiu elaborar uma pesquisa intervenção que, de um lado, acolhe a demanda de pacientes do serviço, e de outro lado, ajuda a pensar a possibilidade de construir dispositivos de trabalho integrado com a equipe. Foi possível então desenvolver modalidades de escuta clínica que contribuíram, a um só tempo, com o trabalho das equipes multidisciplinares e com o campo de investigação sobre o tratamento do autismo. Essa prática tem nos levado a promover o enlaçamento da psicanálise com as políticas públicas orientadas pela clínica do singular sustentada na ética da escuta do sujeito.

Os atendimentos se deram por meio de atividades que criamos para acolher as crianças e os pais, a partir da necessidade de oferecer um procedimento diferente dos medicalizantes e, portanto, patologizantes, mesmo que corrêssemos os riscos de ficar no lugar daquele que, ao não responder àquilo que a equipe solicita, gere um aparente mal estar. Nas palavras de Rodrigues (2011): “afinal, era para lidar com estas questões, para suprimir a dúvida e o sofrimento do paciente, que aquele profissional, o psicólogo, havia sido contratado” (p. 28).

Os dispositivos clínicos desenvolvidos para atender a grande demanda do serviço foram divididos em dois níveis de intervenção: junto aos usuários (crianças e pais) e junto à equipe de saúde.

3. Resultados e Discussão

Com as crianças e pais

Para os usuários, a escuta na sala de espera, grupo terapêutico *Cuidando de quem Cuida* (dirigido aos pais), e *Grupos abertos para crianças e adolescentes na brinquedoteca*, foram as estratégias privilegiadas. O grupo de pais tem a função de acolher o sofrimento decorrente das expectativas que envolvem o tratamento das crianças, convocando o sujeito à fala e possibilitando bordejar a angústia que os toma ante as dificuldades das crianças. Vale ressaltar que além dos atendimentos em grupos são ofertados também atendimentos individuais às crianças que são encaminhadas para tratamento psicológico. Estes são devidamente registrados em folhas de produção, para posterior supervisão clínica e observações no contexto institucional.

As discussões teórico-clínicas apontam para a falta de concordância entre profissionais da área médica, como psiquiatras e neurologistas, bem como entre os psicólogos e psicanalistas referentes a causas e aos indicativos sintomatológicos que permitem diagnosticar e tratar as crianças com problemas de desenvolvimento, em particular as diagnosticadas como autistas. O número crescente de diagnósticos de autismo e de outros problemas de desenvolvimento para os quais indica-se a medicação tem aumentado consideravelmente nos últimos anos e responde, em nossa concepção, a uma lógica presente na psiquiatria e na neurologia infantil, que é o uso das categorias diagnósticas desde a revisão do DSM IV, com sua noção de *espectro*. Essa lógica se sustenta no discurso da psiquiatria geral norte-americana, baseada no método descritivo e estatístico, em função do qual propõe

tratamento medicamentoso e terapia comportamental para treinamento de habilidades e competências, a exemplo do que apontam Matos, Silva, Firmo e Matos (2020) em um estudo sobre o ensino de repertórios verbais e não verbais em crianças com transtorno do espectro autista.

O enquadramento precoce de crianças em entidades clínicas como TEA (Transtorno do Espectro Autista) e TDAH (Transtorno do desenvolvimento Afetivo e Hiperatividade), baseado nos manuais (DSM/CID) tem contribuído para a banalização diagnóstica e o uso abusivo de medicalização na infância, prática corrente no contexto da saúde pública. O prognóstico desse panorama revela-se bastante complexo, na medida em que o diagnóstico precoce deixa marcas na vida da criança. Os autores alinhados com a psicanálise, como por exemplo Jerusalinsky (2018) e Catão (2020), são críticos em relação aos manuais, pois estes, embora auxiliem no diagnóstico e nas orientações terapêuticas, são apenas coletâneas estatísticas a-teóricas e não tem valor para fundamentar discussões sobre etiologia e tratamento.

Os fundamentos conceituais da psicanálise freudo-laciana que sustentam o discurso analítico orientam que o diagnóstico sempre deve ser colocado em suspenso, até que se tenha apreendido, para além das causas orgânicas, as tramas simbólicas imbricadas com o sintoma da criança. Isso leva os analistas a privilegiarem o método clínico (Freud, 1912/2017), em que a escuta dos pais e da criança, o uso da transferência e a relação terapêutica são centrais para o tratamento, pois acreditamos que o diagnóstico apressado pode precipitar prescrições medicamentosas muitas vezes desnecessárias e que podem ter efeitos colaterais nocivos para o desenvolvimento da criança (Barros, 2019). Sem contar que a medicação é incapaz de tratar dificuldades relacionais que estão implicadas com o adoecimento da criança. Por isso, a abordagem psicanalítica da psicopatologia coloca a clínica como central, levando em conta a constituição do sujeito no laço com seus familiares e propondo, tanto para o diagnóstico, quanto para o tratamento, que se escute o sujeito em constituição. Isso nos tem feito questionar as dificuldades no trabalho clínico nas instituições que muitas vezes funcionam na contramão da aposta na saúde psíquica com suas particularidades que a psicanálise trabalha para sustentar.

O fato é que há uma série de maneiras a partir das quais se pode descrever e definir os quadros clínicos (como psicose infantil, autismo e lesões neurológicas) e conseqüentemente no diagnóstico, dependendo do campo no qual o profissional se situa. Na prática do serviço que investigamos, assistimos a confusões diagnósticas, ou a diagnósticos imprecisos ou precipitados. Com as descrições classificatórias dos manuais, muitas crianças são identificadas como autistas de forma equivocada. Implica isso que na atualidade vem se estabelecendo uma profusão de diagnósticos maior e mais fragmentada. Busca-se uma etiologia orgânica com o objetivo de fazer desaparecer os fenômenos sintomáticos com o uso, muitas vezes abusivo e banalizado, de medicamentos. De acordo com Quinet (2009):

Fundar uma prática de diagnósticos baseada no consenso estatístico de termos relativos a transtornos, que por conseqüente devem ser eliminados com medicamentos, é abandonar a clínica feita propriamente de sinais e sintomas que remetem a uma estrutura clínica, que no caso, é a estrutura do próprio sujeito (p. 12)

O sintoma para a psicanálise tem um sentido e está ligado à história particular e única do sujeito, que deve, por isso, dele falar. No campo da psiquiatria o sintoma é um mal a ser eliminado, não sendo a fala do sujeito levada em conta, pois o saber que conta é o do médico. A conseqüência disso é excluir o sujeito do desejo, que como já notamos, cala-se. A psicanálise parte do princípio de que qualquer coisa que venha calar o sujeito deverá ser interrogada e, nesse aspecto, várias questões se colocam: por que medicalizar se tornou prioridade em detrimento do escutar? Haveria relação entre a medicalização e a ausência de uma avaliação clínica que implique uma escuta das tramas simbólicas que constituem o sintoma? Porque os profissionais, seja por falta de tempo ou de disponibilidade, renunciam a escutar as crianças e seus familiares?

Observamos ao longo da pesquisa que há um grande número de crianças tratadas com medicação, seja porque necessitam em função de quadros neurológicos ou genéticos graves, seja porque receberam diagnósticos passíveis de serem medicalizados, embora muitas não precisem. Mas todas, sob tratamento medicamentoso ou não, precisam ser escutadas. A medicalização infantil faz parte de um discurso biológico presente nas ciências da saúde e consolidado pelo saber médico, discurso esse que atravessa a instituição, em particular na atenção psicossocial de crianças e adolescentes, uma vez que responde à urgência, inerente ao serviço público, em diagnosticar e tratar. Entretanto, a pressa em dar uma resposta rápida ao maior número possível de casos para cumprir metas de produção ou por qualquer outro motivo tem levado a muitos equívocos, resultando em números que caracterizam uma verdadeira epidemia.

Com isso, a clínica que assistimos se resume ao enquadramento do sujeito em entidades classificatórias operadas pelos manuais, símbolos de uma pretensa eficiência técnica, mas que fazem proliferar diagnósticos medicalizáveis, como TEA e TDAH. Nesse aspecto, como aponta Elia (2013), a clínica orientada pelo modelo classificatório do DSM é a clínica do fim da clínica, onde não param de pulular novas regras, novas classificações e novas comunidades de classificação.

Esse quadro tem levado a um certo recrudescimento da clínica e a valorização das terapias farmacológicas aliadas a técnicas adaptativas. Não há escuta, não como a psicanálise entende, que é a escuta da articulação significativa inconsciente, lugar onde o sujeito se produz. Esta é diferente da escuta compreensiva subordinada a perspectiva do cuidado e voltada para as questões do sentido, que muitas vezes, como assinala Rinaldi (2006, p. 142) “(...) recaí em uma prática moral educativa” própria às padronizações de procedimentos técnicos.

A psicanálise proclama uma clínica do singular, do caso a caso, que opera com a linguagem, apostando nos poderes da palavra e na cura pela fala. Esta articula o inconsciente a partir de um encadeamento significativo que produz um saber no qual o sujeito está localizado. Isso torna inviável que ela opere através de técnicas e procedimentos calculados de antemão para sujeitos classificados em determinada patologia. Constatamos então que nesse contexto não se sustenta uma clínica, pois a prática nesses espaços não existe no sentido de *escuta* da articulação de um saber pelo sujeito, saber que é a sua história, onde se apreende os significantes que a marcaram. Por isso, todo discurso que suprime a função do sujeito tende a eliminar a subjetividade, “objetivar dados generalizáveis para amplas situações e propor técnicas rápidas, mensuráveis e econômicas de intervenção” (Bernardino, 2010, p. 143). A posição de saber do médico perante o doente não é questionada e o diagnóstico emitido pode constituir uma marca a partir da qual a criança se enlaça no campo social, respondendo ao lugar que lhe é designado pela patologia. Seus sintomas podem então responder ao que supõe que o Outro espera dela, alienando-a ao discurso social.

Um aspecto importante do diagnóstico médico na infância é que ele tanto pode trazer alívio ao sofrimento dos pais (Barros, 2019), que buscam resposta para o sofrimento do filho, quanto pode se constituir como uma marca que aliena o sujeito em identificações nosológicas baseadas em determinantes orgânicos. A psicanálise leva em consideração a constituição da subjetividade, que é tecida nas tramas simbólicas da história familiar engendrada nos laços estabelecidos com os outros primordiais. Ao mesmo tempo em que a criança se aliena nas palavras que vem do Outro, operação necessária à sua constituição, ela recebe o banho de linguagem e, como *falasser*, pode simbolizar o mundo ao seu redor e conviver com a falta estrutural própria de sua condição humana. Por isso, o diagnóstico deve ser baseado em critérios muito rigorosos, sempre colocado em espera, para não delegar a criança um lugar social de doente que ela irá encarnar.

Na mesma linha de argumentação, Bernardino (2010), ressalta que “o estilo de nomeação a partir de uma classificação universalizante como o DSM anula a singularidade” (p. 115) trazendo consequências subjetivas importantes para a criança, que designada por uma rubrica “asperger”, “portador”, “autista”, “TDAH”, “TOC”, perde sua história, seus traços, sua origem, seu lugar numa linhagem familiar, que viria responder ao enigma “sobre quem é”. Objetalizada pelo discurso médico, pela sociedade, não há existência possível para um sujeito do desejo.

Se por um lado, o diagnóstico pode identificar a criança com a nomeação a ele correspondente, por outro, há uma necessária relação dele com a direção do tratamento. O diagnóstico em psicanálise é feito no caso a caso, num processo em que avaliação e tratamento coincidem. É preciso, no entanto, localizar o sujeito na estrutura de linguagem e sua posição no desejo dos pais. Passamos neste ponto, a uma discussão clínica sobre a linguagem, a partir da qual pensamos um modo de operar com ela.

E como operar com a escuta no contexto institucional, entre profissionais com formações diversas que esperam do psicólogo outro modo de diagnosticar e tratar? Vejamos o que aprendemos em nossa investigação.

Os impasses clínicos com a equipe

Com a equipe, sustentamos uma metodologia de trabalho que compreende os atendimentos clínicos e a observação participante dos profissionais da equipe multidisciplinar. A escuta das crianças e seus pais foi implementada a partir do levantamento de demandas em sala de espera no *CASMUC* e no *Caminhar*, bem como junto aos médicos e demais profissionais do serviço, que passaram a encaminhar pacientes para atendimento. Com isso instaurou-se uma demanda para nós vinda dos profissionais da equipe.

A observação participante junto à equipe de saúde constituiu o primeiro passo no esforço em desenvolver o trabalho conjunto com a equipe do Hospital Bettina e se caracteriza pela presença de integrantes do grupo de pesquisa na rotina do trabalho dos profissionais da instituição, aprendendo com eles a identificar as necessidades de encaminhamentos e encontrar soluções para os problemas de fluxo de atendimento. Assim, ao mesmo tempo ouvimos e sugerimos procedimentos para resolver as demandas e dificuldades no andamento do trabalho. Esta atividade exigiu esforço contínuo para seu desenvolvimento satisfatório, devido à pouca disponibilidade de tempo dos profissionais para discutirem os casos, gerando uma resistência em pensar a melhor forma de encaminhamento das questões da equipe. Trazer casos clínicos para estudo em conjunto é sempre uma atividade difícil. Então a alternativa que encontramos foi discutir alguns atendimentos com as médicas que encaminham, às vezes incluindo outros profissionais, constituindo desse modo uma tentativa de construção de caso, que é nossa visada.

É importante sublinhar que a discussão de casos depende da adesão dos profissionais à proposta de um trabalho conjunto no sentido de fazer avançar tanto a teoria quanto a prática, na medida em que se pensa sobre os diversos aspectos da prática. Mas, para isso, é preciso uma abertura no sentido de trazerem ao debate os casos difíceis que implicam, por exemplo, dúvidas diagnósticas, impasses na direção do tratamento ou mesmo equívocos, para serem debatidos, pois são estes que permitem criar estratégias de trabalho interdisciplinar. As dificuldades de trocas foram contornadas com a abordagem dos profissionais durante seus trabalhos de rotina na e com a equipe, permitindo que alguns avanços fossem possíveis, como discutir periodicamente casos com a médica geneticista e a neuropediatra, e outros profissionais que se dispunham a problematizar diagnósticos e tratamento mais complexos. Esse dispositivo nos permitiu pensar a construção do caso clínico, metodologia importante para o trabalho em equipe e para o avanço teórico (Val & Lima, 2014).

Figueiredo e Vieira (2002) vão dizer que a construção de caso em equipe é um momento em que supervisão e construção se tangenciam, mas que o método se refere mais a um trabalho de construção que de supervisão, uma vez que não responde ao modelo aprendiz-aluno. A posição de “aprendizes da clínica” deve ser um índice da prática, posto que se trata do saber do sujeito em questão. Assim, a experiência da supervisão deve ser “*ultrapassada pelo trabalho de construção*” (Figueiredo & Vieira, 2002, p.9). Para Figueiredo (2004), a construção do caso clínico em Psicanálise ocorre a partir dos elementos do discurso do sujeito.

As atividades teórico-práticas que associam trabalho clínico e construção de caso com a equipe multidisciplinar, do ponto de vista da psicanálise, são indissociáveis para pensar estratégias de trabalho. Entretanto, nosso modo de operar a clínica

se diferencia dos demais por levar em conta o inconsciente, e isso não é sem impasses, na medida em que o trabalho em outros campos se atém aos fatos da consciência e aos fenômenos observáveis.

Esse modo de trabalho implica também a pesquisa psicanalítica, que conforme dito acima, se alinha à exigência freudiana (Freud, 1912/2017) de que, na psicanálise, “em sua execução, tratamento e investigação coincidam” (p.152). Assim, toda e qualquer pesquisa em psicanálise é, em sua essência, uma pesquisa clínica ou, como diz Elia (2000), “na psicanálise, há, isto sim, um ‘campo de pesquisa’, que é o inconsciente, e que inclui o sujeito” (p.23). Nesse sentido, a modalidade de pesquisa clínica – redundância do termo – não implica somente em constituir um saber sobre a psicanálise em seus fundamentos teóricos, mas essencialmente a partir de sua clínica (Figueiredo et al., 2001, p. 12). Com isso importantes avanços teóricos e práticos resultaram dos atendimentos e de uma rigorosa revisão de literatura sobre os problemas do desenvolvimento, particularmente o autismo, que vem se tornando um problema de saúde pública nos últimos anos, com o aumento acelerado de casos diagnosticados. Aprofundamos estudos sobre o tema, a partir das questões clínicas surgidas no exercício do psicanalista junto a equipe de assistência a crianças autistas.

O significante interdisciplinaridade, embora traga implícita a ideia de totalização, tem aqui o sentido de oposição ao ideal epistemológico da totalidade do conhecimento que pretende reunir conhecimentos e técnicas com base na premissa de que “determinadas áreas dependem de outras, as quais serão usados em *socorro* do paciente”, conforme ouvimos de uma médica. Também trazemos à crítica a noção de “interação da psicanálise”, cunhada por Sophie Mijolla-Mellor, da Universidade Paris 7, que se refere ao enfoque histórico e epistemológico sobre objetos e métodos de disciplinas das Ciências Humanas que dialogam com a psicanálise. Apesar do valor reconhecido ao trabalho realizado nesta instituição, questionamos o significante ‘interações’ que nomeia esta noção, uma vez que no campo da Psicanálise, segundo o ensino de Jacques Lacan, vigora a lógica do não-todo. Antes de qualquer objetivo de fazer Um inteiro, acentuo a ideia de uma ação conjugada de cada saber, sem a pretensão de que estes se fundam, se diluam de qualquer modo ou deixem cair quaisquer de seus traços.

A equipe multiprofissional é marcada pelo discurso biológico presente nas ciências da saúde e consolidado pelo saber médico, discurso esse que atravessa a instituição. Entretanto, esse discurso responde à urgência, inerente ao serviço público, em diagnosticar apressadamente e tratar com medicação e/ou técnicas de adaptação, voltadas a esclarecer, orientar e aplacar a angústia dos pacientes e familiares. Penso que cabe a nós psicanalistas encontrar brechas por onde algum furo nesse saber possa aparecer. Como trabalhadores decididos, causados pelo desejo do analista, encontrar vias por onde algo do desejo do profissional da equipe possa sensibilizá-lo para a importância do trabalho com a subjetividade.

Observamos que uma das maiores dificuldades para desenvolver uma clínica do sujeito no hospital é a relação com o saber médico, este que orienta a prática dos profissionais de saúde que, a partir do seu saber, prescreve ações que visem adaptar, ensinar ou treinar hábitos que melhorem o desempenho social dos pacientes. O tratamento, nesse caso, visa à adaptabilidade social. Para atingir esse objetivo, o profissional, com seu saber, se posiciona no lugar do mestre, produzindo o efeito de estancar a fala do paciente, e este, por seu turno, evita qualquer questionamento sobre seu sofrimento, uma vez que tem descritas as características de seu mal formulado pelo outro.

Nos interrogamos sobre como abordar o sofrimento em um contexto em que o saber validado pela ciência responde às questões do sujeito: estariam incluídas aí as questões subjetivas? Como dito, as respostas foram construídas à medida que desenvolvemos o trabalho clínico com os pacientes e seus familiares, o que possibilitou avanços teóricos em diversas frentes a partir da escuta de sujeitos afetados pela angústia e atravessados em seus corpos. Avanços decorrem da posição que ocupamos nesse lugar, que é de interrogar os acontecimentos a cada momento, despojados de um saber já estabelecido.

A primeira interrogação que surge nesse contexto é: como operar com o sujeito que recusa o encontro com a falta para aderir ao Outro que tudo responde, dando sentido a todas as suas questões? Buscamos inventar formas de fazer furo nesse saber

com a abertura à fala dos pacientes. Para isso criamos dispositivos de escuta como os atendimentos individuais; grupo de pais “Cuidando de quem cuida” e elaboramos os projetos de extensão “Laboratório de clínica do sujeito”; “A clínica de crianças e adolescentes no contexto da instituição de saúde” e “Grupos abertos para crianças e adolescentes na brinquedoteca do projeto caminhar do HUBFS” já mencionados. O resultado foi a abertura de espaços que se revelaram frutíferos no sentido de que a oferta de escuta produz fala. Por outro lado, foi possível perceber o estancamento da fala quando, ao receberem explicações por parte dos profissionais, principalmente um diagnóstico, os pacientes ou seus responsáveis não questionam, aceitando passivamente qualquer dito que vem do outro, como uma verdade absoluta. Em nome do bem-estar, o profissional apresenta significantes como proteção, assistência e prevenção e acaba por se colocar como agente do saber que move a verdade, nos moldes do que Lacan (1969-1970/1992) identifica com o discurso do mestre. Esse discurso faz calar o sujeito, sua história singular e seu saber próprio a respeito de sua condição desejante. Isso leva a instauração de laços com o saber da medicina e, portanto, pela via do Discurso do Mestre, que os coloca como receptáculos de seu saber, uma vez que a posição do médico diante do doente é de quem possui o saber.

Trabalhar com o não saber implica que os profissionais se posicionem frente as suas dificuldades no trabalho, a angústia suscitada pelo mesmo e frente a seu próprio sintoma, o que não ocorre a partir de um saber fechado. Lacan (1969-1970/1992) traz respostas com a elaboração dos discursos e os modos de enlaçamento do sujeito ao Outro, definindo quatro modalidades. Estas correspondem a diferentes posições que um sujeito assume no laço social, estabelecidas no *Seminário 17, O avesso da psicanálise*: discurso do mestre, discurso da histórica, do universitário e do psicanalista. O sujeito do discurso (aquele que fala) ocupa uma das posições em um desses quatro discursos e isso tem relação com sua posição subjetiva e com o modo como se enlaça no campo do Outro.

Outro aspecto que assinalamos é que o Hospital Bettina, embora conte com equipes multidisciplinares em seus setores, a “prática entre vários” descrita por Abreu (2008) acaba por não ocorrer, principalmente pela inexistência de discussões de casos, nas quais os profissionais possam compartilhar impressões acerca do caso advindas de sua escuta e planejar estratégias de intervenção. Os profissionais entrevistados relataram inexistir discussões de casos no hospital, entendendo discussão de caso no sentido de um grupo multidisciplinar reunir-se e debater um caso em comum, conforme explica Andrade (2005). Ao contrário disso, os técnicos atuam de acordo com a sua especificidade, com o seu entendimento sobre o caso, a partir de um saber pronto. Em contrapartida, foi relatado um movimento informal de consulta entre profissionais, sempre que há uma “intercorrência” (um caso fora do comum). Excetuando esses casos, o contato é via prontuário.

Considerando o estudo e a discussão de casos (Yin, 2015), como o avanço que julgamos necessário implementar, uma vez que sempre ofereceu uma certa resistência por parte dos profissionais - médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, criamos, nessa etapa da pesquisa, algumas estratégias que permitem minimamente uma troca sobre determinados atendimentos. Com a alegação da falta de tempo para reunir os diversos profissionais visando estudar um caso, estabelecemos que as trocas podem ocorrer diretamente com os profissionais na rotina do serviço, ao buscarmos informações sobre o atendimento de determinado paciente, interpelando sobre o que acham dos efeitos de certo procedimento ou diagnóstico, etc. Essa forma de abordagem vem se constituindo como excelente dispositivo não apenas para a discussão dos casos, mas também para a escuta dos profissionais em suas demandas, suas angústias e dúvidas quanto à prática desenvolvida no serviço. Assim, alcançamos, de um lado, o objetivo de construirmos conjuntamente um trabalho integrado da equipe, e de outro lado, a escuta dos profissionais que tem permitido de algum modo fazer furo no saber estabelecido como verdade: “se há uma incompatibilidade nos discursos médico e analítico, nos métodos e nas referências, há uma compatibilidade nos efeitos, e isso garante ao analista um lugar na instituição de saúde” (Moretto, 2001, p.106).

Como apontam Farinhuk, Savaris e Franco (2021), embora até existam modificações no paradigma biomédico, há limitações, tanto no que concerne à formação dos profissionais, quanto ao engessamento institucional para exercer o cuidado integral em saúde mental. As dificuldades apontam principalmente para a não diferenciação que os profissionais da área da saúde fazem entre os conceitos de transtorno mental e sofrimento psíquico, o que impacta significativamente na tomada de decisão, quando, por exemplo, adotam o um plano de ação estruturado por intervenções rápidas, as quais implicam na escolha preferencial por uma terapêutica medicamentosa e encaminhamentos a serviços especializados.

4.Considerações Finais

O que constatamos, a princípio, é que, fora da psicanálise, há pouco espaço para a clínica, no sentido de escuta das crianças, pois os atendimentos de psicologia praticados seguem o modo de trabalho pautado pela aplicação de protocolos. E isso não é só no serviço em que a pesquisa é desenvolvida. Ao longo de anos investigando no campo da saúde mental temos assistido a dificuldade dos profissionais em escutar os sujeitos, seja pela conhecida e repetida alegação da falta de estrutura, seja por acreditarem na eficácia das drogas e das técnicas especializadas que são aplicadas a tipos clínicos específicos, tornando-os, muitas vezes, aplicadores de técnicas e/ou administradores de medicação. Era de se esperar que o avanço na criação de dispositivos de atendimentos essenciais decorrente das lutas antimanicomiais e das políticas que visam acolher as diferenças viesse melhorar o atendimento do sujeito em seu sofrimento singular, destacando a incidência da subjetividade sobre os sintomas apresentados.

Entretanto, o que se observa, pelo menos em nossa realidade local, é que das mais de vinte Unidades de Saúde de Belém, somente a metade possui serviço de psicologia e deste percentual a maioria não faz atendimentos infanto-juvenil por falta de recursos clínicos e formação especializada. Os CAPSis, concebidos para dar assistência e tratamento às crianças com patologias precoces do desenvolvimento, como psicose e autismo, geralmente não oferecem escuta às crianças.

A grande maioria, quando muito, é diagnosticada e medicalizada, sem receber atendimento psicológico, pois, segundo depoimentos, falta estrutura e pessoal especializado para tal. Assim, a clínica que assistimos se resume ao enquadramento do sujeito em entidades classificatórias operadas pelos manuais, símbolos de uma pretensa eficiência técnica, mas que fazem proliferar diagnósticos medicalizáveis, como TEA e TDAH. É justo esperando por resultados, pelo *furor sanandi* que a medicina emerge no discurso capitalista como aquela capaz de tudo curar. Ao conceber o corpo como objeto próprio de seu fazer, como um elemento fetiche que clama por ajuda, é que os próprios médicos também se mostram objetos do discurso capitalista e se esquecem que eles também são sujeitos.

Justificando com a falta de tempo, e tendo que responder às exigências de produção que lhes são impostas, é muito mais provável que os profissionais incorporem em sua prática os protocolos de tratamento em que prevalecem procedimentos técnicos e medicamentosos em detrimento da escuta do singular. Entretanto, é necessário sublinhar que estes tratamentos “em pacotes”, muitas vezes administrados a partir de diagnósticos precipitados, têm, às vezes, consequências desastrosas para o desenvolvimento infantil, pois não trata o que engendra o sintoma, mas apenas sua manifestação, ficando as questões relacionadas a subjetividade em segundo plano, esvaziadas do sentido singular, no que diz respeito à história de cada caso, que só pode ser apreendido na escuta dos pais e da criança. Assim, devemos dizer que nenhum medicamento, técnica ou procedimento serão capazes de recobrir a escuta do singular de cada sujeito, seja ele criança ou adulto, independentemente de seu contexto. O efeito que tem para um sujeito o acolhimento de sua fala em transferência, lhe permitindo produzir seus próprios significantes, aqueles que marcam a sua história e que servem como pontos de ancoragens para os sentidos que atribui aos acontecimentos, são tão importantes e definitivos que não podem jamais ser substituídos por qualquer outro procedimento, incluindo a medicação.

Então nos perguntamos constantemente o que fazemos para engajar os profissionais com os quais trabalhamos na política da psicanálise que é a da falta-a-ser? (Lacan, 1958/1998). Sem desconsiderar a condição de sofrimento com a qual lidamos no dia a dia institucional, é possível sensibilizar a equipe para a importância de acolher o que é da experiência, dando alguma possibilidade de amarração para o sujeito do inconsciente. Por isso o alerta para que o engajamento no trabalho institucional não nos coloque em posição de responder às demandas que nos são feitas de apaziguamento, o que nos levaria a esquecer que é de uma posição de extimidade que operamos. Então, nos perguntamos o que estamos efetivamente fazendo para sustentar junto à equipe, a possibilidade de emergência do sujeito, este que é dividido e que porta um saber que ele desconhece? Questão importante tanto no tratamento da criança e seus pais, quanto no trabalho com a equipe.

Portanto, não podemos esquecer a especificidade do nosso ofício, que é operar do lugar da falta para fazer surgir as respostas do lado de quem demanda. Senão, estaremos deixando de possibilitar a emergência do sujeito, e indo na onda de empuxo à cura que predomina em muitas equipes multiprofissionais, marcadas que são pela lógica da oferta de um saber através das ditas “tecnologias da saúde” em que se orienta o trabalho da equipe. A assistência é fundamental à inserção da psicanálise na equipe, mas sem perder nossa especificidade, pois se nos deixarmos sensibilizar pelo humanismo piegas (Lacan, 1966 / 1998), tão comum nos serviços, não faremos o nosso trabalho. Por isso que tem sido tão comum que fora da psicanálise *strito sensu*, não se sustente a clínica, a qual só se pode tecer no tempo e a instituição tem pressa.

Como mencionado na introdução deste artigo, sustentar o discurso da psicanálise e a clínica do sujeito é o objetivo da pesquisa. E aqui marcamos a ideia de que “o que cabe ao psicanalista, seja no trabalho clínico junto aos sujeitos, seja no trabalho junto à equipe multiprofissional, é sustentar a importância da dimensão inconsciente como eixo do trabalho clínico, o que implica a assistência a assegurar a sobrevivência da psicanálise no hospital” (Alberti, Nicolau & Moretto, 2017, p.27).

Deixamos como sugestões para trabalhos futuros, que os psicanalistas possam insistir na importância do tempo de espera para tomada de decisões terapêuticas e na necessidade de sensibilizar a equipe para que esta se guie menos pela pressa, do que pela escuta do sujeito. Acreditamos que isso terá como efeito fazer obstáculo ao imediatismo, fortalecendo a prática entre vários, rotina tão difícil de ser sustentada do ponto de vista institucional. São necessárias mais publicações de resultados de trabalhos neste campo, de forma a potencializar o compartilhamento de experiências na área, as quais poderão instrumentalizar os profissionais que se deparam cotidianamente com os enormes desafios de trabalhar no campo da saúde pública e coletiva.

A prática clínica, da maneira como a concebemos, que destaca a incidência da subjetividade valendo-se dos dispositivos da psicanálise e apostando na existência do sujeito presente na estrutura, é de difícil aplicação, pois há resistência e crítica por parte dos profissionais em relação ao tempo de atendimento, a falta de objetividade, etc. Uma das conclusões que chegamos é que esse modo de exercer a clínica só é possível em uma instituição se houver adesão dos profissionais.

Referências

- Abreu, D. N. (2008). A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, n.1, p.74-82.
- Alberti, S. (2008, janeiro). O Hospital, o sujeito, a psicanálise – questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. *Revista SBPH*, 11 (1), 143-160.
- Alberti, S. (2000). Psicanálise: a última flor da medicina. A clínica dos discursos no hospital. *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Alberti, S., & Elia, L. (orgs.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 37-55.
- Alberti, S., Nicolau, R. F., & Moretto, M. L. T. (2017, junho). Psychotherapy in hospitals in Brazil and some contributions from psychoanalysis: a historical study. <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=67847>, p. 43-56.
- Andrade, R. D. (2005). Discussão x Construção do caso Clínico. *Mental - ano II - Barbacena*, 45-58.
- Barros, I. (2019). Quase tudo virou autismo: uma reflexão sobre os desdobramentos do diagnóstico precipitado. In: Batista, J., & Guidugli, S. (Orgs.) *Psicologia da Saúde e Clínica: conexões necessárias*. Curitiba: Appris, pp.65-80.

- Bernardino, L. M. F. (2010). Mais além do autismo: a psicose infantil e seu não lugar na nosografia psiquiátrica. *Psicologia Argumento*. Paraná, PUC. V. 28, p 111-119.
- Catão, I. (org.). (2020). *Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça*. Slavador: Ágalma.
- Dunker, C. I. L., & Zanetti, C. E. (2017) Construção e formalização de casos clínicos. In: C. I. L. Dunker, Ramirez, H., & Assadi, T. (orgs.). *A construção de casos clínicos em psicanálise: método clínico e formalização discursiva*. São Paulo: Annablume, pp. 23-45.
- Elia, L. (2000). Psicanálise: Clínica e pesquisa. In S. Alberti, L. Elia (Orgs.), *Clínica e Pesquisa em Psicanálise* (pp. 19-36): Rios Ambiciosos.
- Elia, L. (2013) A psicanálise na atenção psicossocial: o dispositivo psicanalítico ampliado na rede pública de saúde mental. *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba*, 26, Curitiba: APC. P. 69-85.
- Farinhuk, P. dos S., Savaris, L. E., & Franco, R. S. (2021). Transtorno mental e sofrimento psíquico: representações sociais de profissionais da Atenção Básica à Saúde. *Research, Society and Development*, 10(3), e24010313267. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13267>
- Figueiredo, A. C. C. (1997). *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos - a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará Livraria.
- Figueiredo, A. C. C., Nobre, L. B. S., & Vieira, M. A. (2001). Pesquisa clínica em psicanálise: a elaboração de um método. In: A. C. C. de Figueiredo. (Org.). *Psicanálise: Pesquisa e Clínica*. 1ed. Rio de Janeiro: Editora CUCA – IPUB / UFRJ, v. 1, p. 11-23.
- Figueiredo, A. C. C (2004, março). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Ano VII, 1, 75-86.
- Figueiredo, A. C., & Vieira, M. A. (2002). Psicanálise e ciência: uma questão de método. In: W. Beividas (Org.). *Psicanálise, pesquisa e universidade: Contra Capa*, 13-31.
- Francke, D., & Silva, J. C. da (2012). Da escuta à escrita: a construção do caso clínico em psicanálise. *Psicanálise & Barroco em revista*, 10(2), 42-61, dez.
- Freud, S. Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico (2017). Fundamentos da clínica psicanalítica. *Obras incompletas de Sigmund Freud*, 6. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 93-106. (Trabalho original publicado em 1912).
- Jerusalinsky, J. (2018). Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à lei nº 13.438/17, referente ao estatuto da criança e do adolescente. *Estilos da Clínica*, 23(1), 83-99. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p83-99>
- Lacan, J. (1998). As variantes do tratamento padrão. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, (Originalmente publicado em (1955).
- Lacan, J. (1998). A Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder. *Escritos*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, (Originalmente publicado em (1958).
- Lacan, J. (1992). *O Seminário 17. O avesso da psicanálise*: Editora Jorge Zahar (Original publicado em 1969-1970).
- Lebrego, A. M., & Pena, B. F. (2021). A escrita de casos clínicos: dos efeitos no analista e da transmissão da psicanálise. *Research, Society and Development*, 10(11), e296101119639. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19639>
- Matos, D. C. De., Silva, F. de M. A. M., Firmo, W. da C. A., & Matos, P. G. S. de. (2020). Treinamento de estagiários de psicologia para ensinar repertórios verbais e não verbais em crianças com transtorno do espectro autista. *Research, Society and Development*, 9(7), e116973928. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3928>
- Moretto, M. L. T., & Prizskulnik, L. (2014). *Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde* <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v46n2/v46n2a07.pdf>.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* (4ª ed.): Casa do Psicólogo.
- Nicolau (2018). Entre escutar e medicalizar. Impasses da clínica do autismo na instituição pública. In: Pimentel, A., Lemos, F. C. S., & Nicolau, R. F. (orgs.). *A Escuta Clínica na Amazônia*, v. I, pp. 263-281.
- Oliveira, I. M. A. de. (2004). O caso clínico na instituição pública: polifonias desejantes. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(3), 82-93. <https://doi.org/10.1590/1415-47142004003008>
- Quinet (2009). *A Estranheza da Psicanálise*: Editora Zahar Ltda.
- Rinaldi, D. L. (2006). Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: Alberti, S., & Figueiredo, A. C. (orgs.) *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, p. 141-147.
- Rodrigues, L. M. (2011). Uma psicanalista em uma equipe multidisciplinar: atendimento a pacientes com amputação em reabilitação com prótese. *Dissertação de Mestrado*, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silva, A. B. H. C. da. (2017). O discurso do analista como possibilidade da Psicanálise Aplicada no hospital. *Revista da SBPH*, 20(2), 166-187. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&p id=S1516-08582017000200011&lng=pt&tlng=pt.
- Val, A. C., & Lima, M. A. C. (2014). A construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise. *Ágora* (Rio de Janeiro), XVII (1), jan/jun, 99-115.
- Yin, R. K. (2015). *O estudo de caso*: Bookman.