



Psicologia Clínica

ISSN: 0103-5665

psirevista@puc-rio.br

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Janeiro

Brasil

Guedes Moreira, Ana Cleide; de Amorim Pamplona, Cassandra Regina

Dispositivos clínicos em hospital geral

Psicologia Clínica, vol. 18, núm. 2, 2006, pp. 13-24

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio De Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291022009002>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

DISPOSITIVOS CLÍNICOS EM HOSPITAL GERAL

Ana Cleide Guedes Moreira*

Cassandra Regina de Amorim Pamplona**

RESUMO

Este trabalho participa de investigação sobre a inserção da Psicanálise no campo institucional e hospitalar de saúde, objetivando formular contribuições, a partir da clínica da melancolia e dos estados depressivos, para a construção de dispositivos clínicos em hospital geral do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: dispositivos clínicos, psicopatologia fundamental, melancolia, depressão

ABSTRACT

CLINICAL DISPOSITIVES IN THE GENERAL HOSPITAL

This paper is a part of a research project that investigates the insertion of Psychoanalysis into the health institutional field and hospitals; the objective is to formulate contributions from the clinic of melancholic and depressive states to the construction of clinical dispositives in general hospital of the “Sistema Único de Saúde (Unified Health System).

Keywords: *clinical dispositives, fundamental psychopathology, melancholy, depression*

* Psicanalista; Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP; Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Psicologia Clínica e Psicologia Social; Pesquisadora do Hospital Universitário João de Barros Barreto; Diretora do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental da Universidade Federal do Pará; Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

**Psicanalista; Professora Mestra em Psicologia Clínica pela PUC-SP; Pesquisadora do Hospital Universitário João de Barros Barreto; Membro do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental da Universidade Federal do Pará.

Desde trabalhos anteriores investigamos a hipótese freudiana (Freud, 1905/1988) que sustenta que os afetos estão diretamente relacionados com a capacidade de resistência às doenças infecciosas (Moreira, 1997, 1998, 2001, 2002, 2003). Freud considerava importante a observação médica de que a propensão a contrair tifo e disenteria é muito mais significativa nos membros de um exército derrotado do que na situação de vitória. Segundo ele, são conhecidas as extraordinárias mudanças na expressão facial, na circulação sanguínea, nas secreções e nos estados de excitação da musculatura voluntária sob a influência, por exemplo, do medo, da cólera, da dor psíquica e do deleite sexual. Porém são menos conhecidos outros efeitos físicos dos estados afetivos persistentes de natureza penosa ou depressiva tais como o desgosto, a preocupação e a tristeza, que abatem a nutrição do corpo como um todo, causam o embranquecimento dos cabelos, fazem a gordura desaparecer e provocam alterações patológicas nas paredes dos vasos sanguíneos. Inversamente, sob a influência de excitações mais alegres, da “felicidade”, vê-se o corpo inteiro desabrochar e a pessoa recuperar muitos sinais de juventude (Freud, 1905/1988: 270).

O pesquisador francês Luc Montagnier, que descobriu e identificou o vírus HIV trabalhando a partir de dados experimentais, laboratoriais e clínicos, assegura que, entre as muitas incógnitas que persistem na história dessa doença, pode-se perguntar: por que doentes dotados de condições imunitárias comparáveis evoluem de maneira diferente e respondem depois de maneira diferente ao tratamento? Por que se encontram poucos vírus em certos doentes, mesmo já com Aids? Para ele, todas estas interrogações sugerem que talvez diferentes co-fatores intervenham no curso do desenvolvimento da doença (Montagnier, 1995: 85).

O trabalho de psicanalistas em instituições públicas de saúde tem resultado em extensa literatura e é com Joyce McDougall que os estudos que demonstram a linha tênue que liga a saúde psíquica à saúde corporal se mostram mais expressivos. Esta autora, não se poupando de oferecer tratamento psicanalítico a pacientes portadores de patologias diversas, que vão do câncer à Aids, passando por aquelas classicamente denominadas psicossomáticas (úlcera gástrica, retocolite ulcerativa, neurodermatoses, asma brônquica, artrite reumatóide, tirotoxicose, hipertensão arterial), chega à identificação de expressões somáticas intermediárias entre a neurrose, a psicose e a psicossomatose:

Assim, passei a considerar como ligado aos fenômenos psicossomáticos tudo aquilo que atinge a saúde ou a integridade física quando os fatores psicológicos desempenham algum papel. Incluí aí, por exemplo, as predisposições aos acidentes corporais e a falhas do sistema imunológico de um indivíduo (McDougall, 1991: 21).

Em um projeto de pesquisa desenvolvido no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), da Universidade Federal do Pará e componente do Sistema Único de Saúde (SUS), do qual deriva este trabalho, busca-se analisar, realizando estudos de caso, os afetos depressivos em sua relação com a Aids e, nesse sentido, investigar a hipótese de que a melancolia e os estados depressivos são um fator que intervém no curso de desenvolvimento dessa síndrome.

A triagem de pacientes para pesquisa permite identificar, no interior da instituição hospitalar, que são freqüentes as experiências de dor, perda, luto e separação entre seus usuários (Melo Filho, 1992; Moura, 1996, 2003), entre os quais se selecionam os casos em que se manifestam, associados à patologia orgânica, melancolia ou estados depressivos (Lambotte, 1997; Hassoun, 2002; Delouya, 2002b; Dias, 2003, 2005; Peres, 1996, 2003; Pinheiro, 2005). Neste trabalho, considerase, com Freud (1917/1988, 1924/1988) que a melancolia constitui uma neurose narcísica e que a presença de sintomas depressivos em outras neuroses é episódica e não estrutural (Moreira, 2002).

A análise da distribuição de casos psicopatológicos no contexto hospitalar permite encontrar também crises conversivas, neuroses de angústia com fobias, anorexia, insônia, dores de várias ordens, assim como pacientes com sintomatologia psicopatológica na ausência de doença orgânica, que são encaminhados para o serviço de psicologia do HUJBB. São pacientes do hospital os usuários do SUS, incluindo seus funcionários, tanto em atendimento ambulatorial ou de internação, quanto no trabalho desenvolvido junto às equipes multiprofissionais de saúde no HUJBB, uma vez que se toma em consideração, para encaminhamento, também o sofrimento psíquico do trabalhador de saúde (Oliveira e Moreira, 2006).

Freqüentemente, as angústias geradas pela hospitalização, o afastamento da família e do trabalho, o preconceito social frente à doença geram conflitos psíquicos e mecanismos de defesa, como os de negação da doença e de recusa do tratamento. A resistência à adesão ao tratamento médico e multiprofissional também pode exigir abordagem psicológica, já que pode conduzir ao agravamento do quadro clínico. Estes movimentos psíquicos podem estar associados à insuficiência do aparelho psíquico para o enfrentamento com a intensidade das forças mortíferas em ação e à violência primordial que ameaça sua existência física e, em qualquer caso, também da espécie humana. A insuficiência imunológica psíquica (Berlinck, 2000) pode ocorrer em certos casos em que o sujeito é tomado por um intenso desamparo, como demonstramos em um trabalho anterior (Moreira, 2002).

Trabalha-se com o estudo de caso utilizado a partir do método clínico, o que significa que é no curso de um tratamento que se configuram, ao mesmo tempo, a intervenção terapêutica e a pesquisa. Muitos autores têm buscado esta-

belecer seus fundamentos para a pesquisa psicanalítica (Bleger, 1984; Herrmann, 1991a, 1992; Moura e Nikos, 2000; Delouya, 2002a), bem como discutir suas implicações epistemológicas (Mezan, 1993, 1995, 1998b, 2002; Queiroz e Silva, 2002; Le Guen, 1991; Singer, 1998). De fato, o estudo de caso tem sido o modo de investigação no campo psicanalítico desde sua constituição como área de saber por Freud (1895/1988). Este trabalho freqüenta um território psicanalítico que propõe a formulação de teoria psicopatológica, isto é, teoria sobre o *pathos*, sobre a paixão, o sofrimento psíquico, o afeto. Para Berlinck (2006): “O relato clínico é mesmo o principal recurso da atividade psicopatológica porque é através da narrativa do caso e da situação onde o tratamento ocorre que se pode compreender a natureza e a dinâmica do *pathos* psíquico e elaborar metapsicologia que bem representa o que se passa na clínica” (Berlinck, 2006: vii).

Sendo o método de investigação em psicopatologia o mesmo da cura ou tratamento, o que caracteriza o campo, segundo Delouya (2002a), é a manutenção de um canal ativo entre dois planos: um que diz respeito à maneira como o terapeuta encontra-se ocupado com hipóteses, derivadas do arcabouço teórico, por meio das quais acolhe as transferências do paciente – a este ele chama o plano da cura –, e um segundo, que ocorre fora da sessão terapêutica, em outro momento, quando o terapeuta/pesquisador tenta inserir e confrontar algo de sua coleta, que atingiu certa formulação, com questões específicas pertencentes a um contexto particular e ao redor de determinado tema que está sob investigação. É neste último plano que obtém o reconhecimento do trabalho de pesquisa, pela transparência de suas referências, pelos procedimentos racionais aos quais se submete e pela exposição de suas problemáticas. Nesse sentido, o tratamento é conduzido por uma atividade constante de testes de hipóteses, que são, na maior parte do tempo, pré-conscientes ou inconscientes para o psicanalista, que se formam a partir de desenhos psicopatológicos, emergindo e delineando-se *na* e *pelas* transferências do paciente, moldadas em certo conjunto teórico, tendo um arsenal lingüístico, um recorte e encadeamento conceitual próprios. São também, e simultaneamente, essas transferências e os desenhos que carreiam que exercem tal função crítica, de teste dessas hipóteses e seu remanejamento, ampliação e transformação. No sentido exposto, o tratamento é, inherentemente, ou seja, em seu método, uma atividade de pesquisa, isto é, de produção de conhecimento (Delouya, 2002a).

Utilizando-se o estudo de caso, busca-se garantir que a análise tenha maior profundidade e precisão, na medida em que se pode identificar um maior número de determinantes relacionados com a psicopatologia considerada. Também para Ambertin (2006: 44), a apresentação do caso clínico, da maneira como Freud a realizava, propõe-se a cotejar a teoria com a prática clínica para confrontar a con-

sistência e os tropeços dos conceitos fundamentais da psicanálise, assim como os acertos e dificuldades com que se depara o analista em sua prática, a qual implica uma incidência psicoterapêutica realizada em um campo determinado, a saber, a situação analítica. Em suas palavras:

Não desconhecemos que *clinos* provém de leito e, portanto, há uma vertente que vincula a clínica à medicina. A colocação clínica da medicina alude a uma generalização que se aplica a cada caso singular. Diz-se em medicina “não há doenças, há doentes” e, justamente, o passado médico de Freud se faz sentir no método clínico, mas com uma variante: a teoria psicanalítica conseguiu construir estruturas clínicas a partir do campo próprio da psicanálise. A colocação do sujeito nessas estruturas é o que realça a generalidade, mas atendendo sempre a uma clínica sob transferência que dá preeminência à “associação livre” do analisante e à “atenção flutuante” do analista; aí não é possível não atender à singularidade. É isto o que afasta a psicanálise do campo médico. A clínica psicanalítica é uma “clínica do caso a caso”, mas que se sustenta nos pilares paradigmáticos das estruturas clínicas freudianas (Ambertin, 2006: 46).

Quando se trabalha pela construção de dispositivos analíticos em hospital geral, busca-se criar condições para sustentar a realização de abordagem psicanalítica aos pacientes usuários do SUS. Nessa perspectiva, sustenta-se o estudo de caso como método de pesquisa indissociado da narrativa do processo analítico que conduziu às possíveis formulações metapsicológicas e psicopatológicas resultantes, sob o eixo fundamental da análise da transferência e da interpretação dos sonhos, no contexto do conflito edípico e do complexo de castração. A pesquisa clínica, portanto, desenvolve-se no interior de um tratamento e exige que novas hipóteses sejam formuladas para problemas específicos que surgem à medida que prossegue a investigação.

PSICANÁLISE E PSICOTERAPIA: NOTAS SOBRE O DEBATE CONTEMPORÂNEO

A problemática da inserção da psicanálise no campo institucional e hospitalar de saúde tem sido objeto de estudo e debate na atualidade (Ceccarelli, 2005; Alberti, 2005; Figueiredo, 2004; Moura, 2003; Pereira e Bueno, 2002; Herrmann, 1991b; Eizirik, Aguiar e Schestatsky, 1989) e este trabalho segue a mesma direção, buscando o aperfeiçoamento da teoria da técnica e da construção de dispositivos clínicos psicanalíticos em contexto hospitalar; neste caso, a partir das contribuições da clínica de sujeitos melancólicos ou depressivos.

Na concepção de Pierre Fédida, a psicoterapia de pacientes depressivos tem muito a contribuir quanto ao problema que se coloca na literatura psicanalítica sobre as distinções entre psicoterapia e a psicanálise clássica (Fédida, 2002: 156). Parte desse problema corresponde às adaptações da técnica analítica que são feitas em função da estrutura e do funcionamento institucional e das indicações e contra-indicações de um tratamento, mas não se trata, segundo ele, de conceber uma espécie de tratamento psicoterápico especializado da depressão, pois tal procedimento ignoraria a natureza da economia psíquica da depressão – e é de acordo com essa economia que qualquer psicoterapia deve funcionar –, como se a depressão fosse a ameaça de toda manifestação do psíquico (Fédida, 2002: 49). Sua hipótese é de que o tratamento psicanalítico solicita a restituição do que ele chama de uma *depressividade*, correlativamente às livres associações e à atividade de ligação e desligamento, que constituem, no tratamento analítico, a reapropriação do psíquico com suas próprias temporalidades (Fédida, 2002: 37). Fédida desenvolve nesse trabalho a noção de *capacidade depressiva* ou *depressividade* no qual não há uma definição única da noção, pois sua concepção vai sendo delineada em oposição à depressão e aos estados deprimidos. Segundo o autor, ainda que se aproxime da noção kleiniana, a *capacidade depressiva* refere-se, em primeiro lugar, à constituição da experiência de perda e da transformação da vivência interior por ela, como no jogo do carretel (*fort-da*) que, como se sabe, consiste em fazer desaparecer e reaparecer o objeto a fim de interiorizar a ausência do outro. A *capacidade depressiva* supõe, portanto, uma vida fantasmática que se alimenta da ausência do objeto amado e, nesse sentido, se distingue do estado deprimido, no qual a perda fantasmática torna o pensamento realisticamente vazio.

Abordando as relações entre psicanálise e psicoterapia, Fédida (2002) afirma que não é raro constatar que o que é considerado por certos analistas como “psicoterapia” é visto por outros como “psicanálise”, e, para ele, a psicoterapia não é somente parte integrante da psicanálise, mas constitui realmente sua atividade mais investida em razão das organizações e funcionamentos arcaicos com os quais lida. Muitas vezes, segundo Fédida, a definição de uma psicoterapia é regulada pelo sintoma e, sem sair de uma identidade freudiana, ele pretende que o projeto de um processo psicoterápico corresponda a devolver ao paciente deprimido sua *capacidade depressiva* e não a supressão do sintoma (Fédida, 2002: 156).

As relações entre psicanálise e psicoterapia também são examinadas longamente por Elisabeth Roudinesco (2005) em um instigante trabalho denominado *O paciente, o terapeuta e o estado*, no qual analisa os fatos recentes que se deram na França, em função da iniciativa do Estado de “inscrever no Código de Saúde Pública uma lei capaz de ‘prevenir’ os ‘usuários’ (isto é, pacientes acometi-

dos de um grande ‘mal de viver’) contra os charlatães” (Roudinesco, 2005: 10). Iniciativas estatais como essa têm sido encontradas também no Brasil e em outros países, levando à organização de associações das quatro profissões da psique (psiquiatria, psicologia, psicanálise, psicoterapia) e ao crescimento do debate sobre a temática.

As relações entre psicanálise e psicoterapia são também examinadas por Renato Mezan (1998a), para quem a diferença fundamental entre a psicanálise e as terapias não-psicanalíticas consiste, em primeiro lugar, no fato de empregar-se ou não a metapsicologia freudiana, ou de origem freudiana, para compreender o processo terapêutico (Mezan, 1998a: 317); a segunda grande diferença é que a Psicanálise possui um método clínico, que Freud caracterizou por quatro elementos: o inconsciente, a interpretação, a resistência e a transferência. Essa caracterização do método, segundo Mezan, foi apresentada em “A história do movimento psicanalítico” (Freud, 1914/1988) e permite que se diferencie a psicanálise de diversas psicoterapias que surgiram, não de dissidências no seio do movimento psicanalítico, mas daqueles que não tiveram contato com a psicanálise, ou que construíram seus sistemas de pensamento e de atendimento em *oposição* a certas características dela.

Mezan expõe uma questão que está no centro da discussão sobre as relações entre psicanálise e psicoterapia, qual seja, a da indicação de um paciente. Segundo ele, o psicanalista deve decidir diante de cada pessoa que o procura se ela pode beneficiar-se de uma análise clássica, se terá condições de investir o processo de modo fecundo, se poderá suportar os limites rígidos do método, se sua capacidade de sublimação corresponde ao que lhe será exigido pela natureza do processo analítico. Se o analista avalia que não é indicada uma análise para este paciente, pode não atendê-lo ou propor uma psicoterapia analítica, que é concebida como um trabalho feito por um psicanalista, baseado na compreensão analítica dos processos psíquicos, mas que se desenvolveria em condições de *setting* adaptadas à estrutura do paciente (Mezan, 1998a: 324-325).

A psicoterapia psicanalítica, para Mezan, é uma modalidade clínica que requer um analista experimentado e capaz de trabalhar em condições mais difíceis do que aquelas a que está habituado, pois ele pensará analiticamente, porém a forma de contato com o paciente será outra, até porque o próprio processo se desenrola de forma diferente do que na análise clássica. Segundo ele, o tempo da sessão parece mais denso, o ritmo é mais acelerado, o silêncio pode ser mais pesado do que numa sessão de análise, o paciente de certo modo espera um pequeno “resultado” de cada sessão, o que obriga o analista a um pensamento mais concentrado e menos associativo do que em regime de atenção flutuante (Mezan, 1998a:

326). Mezan acompanha as observações de Marie-Claude Fusco que enumera algumas situações que podem ser consideradas como obstáculo para uma psicanálise, como, por exemplo, a proximidade de um luto ou de uma separação cujos efeitos traumáticos paralisam o indivíduo, ou ainda um período avançado ou particularmente problemático na vida, que incitaria a desinvestimentos e investimentos dispendiosos para o equilíbrio da pessoa, com os riscos de descompensação e de desestruturação que isto poderia acarretar. Estes autores contam também como obstáculo a uma análise clássica um excesso de laxismo isto é, relaxamento, ou, ainda, de rigidez nos processos de pensamento e no comportamento afetivo e social do sujeito, como, por exemplo, a instalação numa vida excessivamente marginal, mudanças muito freqüentes de ocupação e de parceiros, ou, ao contrário, a retirada defensiva numa atitude congelada que serve de refúgio. Para fazer uma indicação de uma psicoterapia, enfim, é preciso levar em conta as condições nas quais o paciente procura um psicanalista. Caso trate-se de dificuldades atuais, como uma separação recente, um fracasso sentimental, um luto, vexames profissionais, etc, ou se se trata, ao contrário, de toda uma história passada, marcada pela repetição de episódios dolorosos e de inibições, ou ainda da persistência ou da aparição de sintomas que perturbam gravemente a existência do sujeito. São todos gêneros de circunstâncias e de dificuldades que fazem hesitar frente à proposta de um tratamento analítico, enquanto a psicoterapia permite muitas vezes ajudar o paciente a atravessar um período difícil, ao mesmo tempo que se orientam num sentido verdadeiramente analítico a elaboração e a elucidação do conflito subjacente (Fusco, 1989, citado por Mezan, 1998a: 326).

Em um trabalho anterior, concluímos que foi possível, em um caso estudo, realizar psicoterapia de orientação psicanalítica em ambulatório público, tendo se evidenciado que este procedimento foi eficaz para evitar o desenvolvimento de estados depressivos ou melancólicos e manter o equilíbrio psíquico da usuária, ainda quando esta sofreu um grande número de perdas objetais (Moreira, 2005). Nesse estudo, o conceito de regressão foi analisado em sua relação com a transferência, concluindo-se que se pode identificar e analisar uma transferência regressiva, que não necessariamente deve ser interpretada para o paciente, como recomenda a teoria da técnica psicanalítica clássica (Eizirik, Aguiar, Schestatsky, 1989).

A INSERÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Freud expressou seu desejo de que a psicanálise pudesse vir a encontrar meios sociais de aliviar o sofrimento neurótico das massas em uma comunicação no Vº Congresso Internacional de Psicanálise, realizado em Budapeste, à época do

término da primeira grande guerra, quando então, definindo a finalidade da psicanálise como a restauração da saúde do paciente, afirmava:

Presentemente nada podemos fazer pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave. Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência analítica quanto tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados profissionais analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres (Freud, 19191988/: 205).

É nessa direção que realizamos esta pesquisa, no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), hospital público, geral e de referência para o tratamento em pneumologia, endocrinologia e infectologia, que está inserido no Sistema Único de Saúde, na cidade de Belém, Pará, recebendo grande número de pacientes encaminhados por outras unidades de saúde de toda a região amazônica. Desde o início da década de 1990, o tratamento psicológico aos pacientes internados nas enfermarias é oferecido por professores e alunos do Departamento de Psicologia Social e Escolar do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, desenvolvendo as atividades do Estágio Supervisionado em Psicologia Social das Organizações, disciplina regular do curso de Formão do Psicólogo na UFPA. Os pacientes, quando recebem alta hospitalar, são encaminhados para atendimento no Ambulatório do HUJBB. Atualmente, todas essas atividades fazem parte das rotinas do Serviço de Psicologia Clínica, implantado no HUJBB nesse período.

Neste sentido, concordamos com Fédida (2002), quando afirma que a psicoterapia não é valorativamente menor que a oferta de Psicanálise nos consultórios privados. Destacamos também o alerta dado por Santos e Vilhena (2000),

que desenvolvem projetos de psicoterapia em comunidades e postos de saúde de periferia, no Rio de Janeiro, sustentando que é possível evitar o verdadeiro “apartheid clínico” realizado por aqueles que questionam a viabilidade da psicanálise para populações desfavorecidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberti, S. e Fulco, A. P. M. L. (2005). Um estudo, uma denúncia e uma proposta: a psicanálise na interlocução com outros saberes em saúde mental, como avanço do conhecimento sobre o sofrimento psíquico. *Revista latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano VIII, 4, 721-737. São Paulo: Escuta.
- Alberti, S. e Almeida, C. P. (2005). Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em hospital geral. Em Lima, M. M. e Altoé, S. (Orgs.). *Psicanálise, clínica e instituição* (pp. 55-71). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Ambertin, M. G. (2006). *Imperativos do supereu: testemunhos clínicos*. São Paulo: Escuta.
- Berlinck, M. T. (2000). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta.
- _____. (2006). Editorial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX, 3, vii-viii. São Paulo: Escuta.
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ceccarelli, P. R. (2005). Entrevista com Michel Tort. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, ano XVIII, 184, 105-111. São Paulo: Escuta.
- Dias, M. M. (2003). *Cadernos do seminário: neuroses e depressão lições I a V* (9-29). Campinas: Instituto de Psiquiatria Hospital Irmãos Penteado.
- Dias, M. M. e Fingermann, D. (2005). *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras.
- Delouya, D. (2002a). Pesquisa em psicopatologia fundamental: método e metapsicologia. Em Queiroz, E. e Silva, A. (Orgs.). *Pesquisa em psicopatologia fundamental* (79-92). São Paulo: Escuta.
- _____. (2002b). *Depressão, estação psique: refúgio, espera, encontro*. São Paulo: Escuta/ FAPESP.
- Eizirik, C. L.; Aguiar, R. e Schestatsky, S. (1989). *Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática I*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fédida, P. (2002). *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, A. C. (2004). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Freud, S. e Breuer, J. (1893-1895). Estudos sobre histeria. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

- Freud, S. (1905). Tratamento psíquico. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 7*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- _____. (1914). A história do movimento psicanalítico. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 14*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- _____. (1917 [1915]). Luto e melancolia. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 14*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- _____. (1919 [1918]). Linhas de progresso na terapia analítica. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 17*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud, S. (1924 [1923]). Neurose e psicose. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 19*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Hassoun, J. (2002). *A crueldade melancólica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Herrmann, F. (1991a). *O método da psicanálise: andaimes do real*. São Paulo: Brasiliense.
- _____. (1991b). *Clinica psicanalítica: a arte da interpretação*. São Paulo: Brasiliense.
- _____. (1992). *O divã a passeio: à procura da psicanálise onde não parece estar*. São Paulo: Brasiliense.
- Lambotte, M.-C. (1997). *O discurso melancólico*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Le Guen, C. (1991). *Prática do método psicanalítico*. São Paulo: Escuta.
- McDougall, J. (1991). *Teatros do corpo. O psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Melo Filho, J. (Org.). (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Mezan, R. (1993). *A sombra de Don Juan e outros ensaios*. São Paulo: Brasiliense.
- _____. (1995). *Figuras da teoria psicanalítica*. São Paulo: USP/Escuta.
- _____. (1998a). *Tempo de muda: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.
- _____. (1998b). *Freud a trama dos conceitos*. São Paulo: Perspectiva.
- _____. (2002). *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Montagnier, L. (1995). *Vírus e homens. Aids: seus mecanismos e tratamentos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Moreira, A. C. G. (1997). Melancolia e Aids: da urgência de escuta do sintoma. *Pulsional Revista de Psicanálise*, vol. 10, nº 93, 23-36. São Paulo: Escuta.
- _____. (1998). Eros, melancolia e Aids. *Revista Correio da APOA*, vol. 1, nº 63, 24-31, Porto Alegre.
- _____. (2001). *Clinica do social: tratamento psicológico de pacientes do ambulatório do Hospital Universitário João de Barros Barreto*. Projeto de Pesquisa, UFPA.
- _____. (2002). *Clinica da melancolia*. São Paulo: Escuta / Belém: Edufpa.
- _____. (2003). Modo de constituição da subjetividade na clínica da melancolia. Projeto de pesquisa, UFPA.

- _____. (2005). O conceito freudiano de regressão e a prática da psicoterapia em ambulatório de hospital universitário. <http://www.fundamentalpsychopathology.org/?s=77&c=234>. Consultado em 08.03.2007.
- Moura, M. D. (1996). *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro: Revinter.
- _____. (Org.). (2003). *Psicanálise e hospital – 3. Tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Moura, A. e Nikos, (2000). I. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, vol. 13, nº 140/141, 69-76.
- Oliveira, P. T. R. e Moreira, A. C. G. (2006). Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XIX, nº 185, 52-65. São Paulo: Escuta.
- Pereira, M. E. e Bueno, D. (2002). Sobre a situação analítica: a experiência de psicoterapia psicanalítica no hospital universitário da Unicamp. *Pulsional Revista de Psicanálise*, vol. 15, nº 157, 15-24. São Paulo: Escuta.
- Peres, U. T. (Org.). (1996). *Melancolia*. São Paulo: Escuta.
- Peres, U. T. (2003). *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Pinheiro, T. (2005). Depressão na contemporaneidade. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XVIII, nº 182, 101-109. São Paulo: Escuta.
- Queiroz, E. e Silva, A. (Orgs.). (2002). *Pesquisa em psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Roudinesco, E. (2005). *O paciente, o terapeuta e o estado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Santos, A. e Vilhena, J. (2000). Clínica em comunidades: um desafio contemporâneo. Em *Revista Tempo Psicanalítico*. Clínica psicanalítica e novas formas de subjetivação, 32, 9-35. Rio de Janeiro.
- Singer, F. (1998). Modelos en psicoanálisis. *Revista latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, ano I, nº 2, 123-136. São Paulo: Escuta.

Recebido em 01 de fevereiro de 2006
Aceito para publicação em 10 de outubro de 2006