



Universidade Estadual de Campinas  
Faculdade de Ciências Médicas  
Departamento de Saúde Coletiva



Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva

**Entre os limites da escuta e da instituição: desafios e potencialidades do processo  
de cuidado de casos-limite em um Caps III**

ANA LUIZA PRADA ROQUE

CAMPINAS-SP  
2022

ANA LUIZA PRADA ROQUE

**Entre os limites da escuta e da instituição: desafios e potencialidades do processo de cuidado de casos-limite em um Caps III**

Trabalho de conclusão do curso de  
Residência Multiprofissional em Saúde  
Mental e Coletiva da Universidade  
Estadual de Campinas.

**Orientadora:** Prof. Dra. Rosana  
Onocko-Campos.

CAMPINAS  
2022

**Resumo:** O presente trabalho parte de inquietações que surgiram ao longo do primeiro ano da residência em saúde mental e coletiva da Unicamp, no trabalho com a clínica dos casos-limites em uma instituição de saúde mental. Como as características dessas subjetividades reverberam nas instituições? Qual direção clínica e institucional seguir? As subjetividades limites correspondem a um vasto território sem fronteiras e linhas de demarcação, que podem sinalizar um comprometimento na constituição narcísica grave para os sujeitos experimentarem, ao invés de uma angústia de castração, o que se conhece como “ansiedades impensáveis”. O percurso metodológico do trabalho busca reflexões a essas questões iniciais, a partir de relato clínico e sob o viés da psicanálise, com o objetivo de fazer uma leitura crítica acerca de como os casos-limite evidenciam as fronteiras entre a potencialidade e as limitações de uma instituição de cuidado em saúde mental, como o Caps III. A apresentação do caso de P., jovem que chega ao serviço com queixas em relação à existência e identidade sugere uma discussão acerca de um certo padrão de respostas institucionais para casos que possuem características semelhantes, a destacar o enrijecimento e burocratização das intervenções. A partir disso discute-se uma aproximação entre as respostas institucionais e as características dessas formas de subjetividades por meio do conceito da morte; como pulsão condutora dos casos-limite e enquanto provocador de defesa da instituição. A dificuldade de lidar com a morte, seja no contato terapeuta-referência-usuário, seja no funcionamento institucional, no sentido de proteção para que a instituição não seja atacada, exige repensar os direcionamentos clínico-institucionais na condução de tais casos. Com isso, conclui-se que conceitos-chave como a plasticidade técnica, a noção de enquadre, a intervenção sob os tempos do trauma, a supervisão clínico-institucional e discussão de caso em equipe são balizadores importantes do trabalho com uma clínica dos limites; clínica esta que convoca a subversão, seja da técnica psicanalítica, seja do funcionamento estagnado que uma instituição pode facilmente se colocar.

## **Das inquietações.**

Impossível começar a pensar (e escrever) sobre meu ponto de partida sem destacar o atravessamento desses dois anos no programa de residência - a Pandemia. Com “P” maiúsculo, muitos pés na porta. Sem tempo de pensar, sem tempo de elaborar: o cenário foi dado e só crescia, sem fim. Uma política ineficiente, equipamentos de saúde inflados e muito desespero. Nunca antes tinha ouvido falar tanto sobre morte, destruição, perdas. Políticas, Econômicas, Sociais, de Gente. O medo e a falta de esperança que usualmente rondam os serviços de saúde mental assombraram não só os ditos usuários, loucos, doentes, mas a todos, independente de qualquer condição psíquica. Digo isso porque essa reação desesperadora que esse período propiciou (e ainda continua propiciando, em vários níveis) também foi sentida quando me deparei com alguns casos específicos que acompanhei ao longo do ano de 2020, em um Caps III. Casos em que opera essa lógica do desespero, que esbarram nos limites dos próprios falantes, usuários, nos limites da nossa escuta individual, enquanto profissionais, e também nos limites da instituição, enquanto serviço de saúde.

André Green (2017), em seus escritos, traz uma analogia de estados psíquicos que se fixam na destruição e o período das guerras mundiais, levantando a questão: “qual outra relação, além da analogia superficial, poderia ser estabelecida entre a guerra como empreitada coletiva de morte e a experiência clínica que colide contra a obstinação em manter o conflito psíquico para explicar a pulsão de morte? (...) A agressividade, o desejo de sofrer, o ensimesmamento, a resistência a esforços terapêuticos de todo tipo revelam que, aqui, o estado de guerra interna é preferível ao gozo do objeto (p.24 e 25)”. É um tanto daqui, atravessada pelo momento (pandêmico) desesperador, que comparo também a um estado de guerra, e pela minha passagem e encontros em um Centro de Atenção Psicossocial III, em 2020, que partem minhas inquietações.

A priori, a partir das leituras e história dos processos de cuidado aos usuários com transtornos mentais graves, esperava encontrar em um Caps III pessoas mais velhas, aquelas egressas dos hospitais psiquiátricos, com quadros clínicos psicóticos graves, distorções do real, das percepções, do tempo e espaço. Um olhar um tanto estigmatizado, reconheço, mas em algum nível presente. Porém o que mais me chamou atenção foi a quantidade de jovens-adultos adoecidos. Com questões na beira. Na margem. Não psicóticos como esses que descrevi, mas também não neuróticos. Uma certa dificuldade em enquadrá-los nesta ou naquela estrutura clínica.

Ao mesmo tempo, estar em um programa de residência como este me coloca em permanente reflexão sobre os dispositivos da rede de atenção psicossocial e os recursos terapêuticos, clínicos e políticos, que convocamos para ter como instrumentos, tendo como plano de fundo a questão da reforma psiquiátrica, o não aos manicômios, a invenção de novas e criativas formas de cuidado. E esses casos que me intrigaram ao longo do ano passado também me provocaram e escancararam algumas questões sobre a instituição de cuidado. Até que ponto ser criativo e aberto é não ser manicomial? E até que ponto os limites - pessoais, profissionais, da instituição, do outro - não são rigidez prática e cerceamento da autonomia? O quê esses casos colocam na mesa sobre o funcionamento da instituição? O quê eles

provocam em nós, profissionais? Como pensar e construir projetos de cuidados para esses? Do que sofrem? Que destruição e vazio são esses?

Motivada pelo movimento da criação que essa clínica convoca e entendendo a urgência de me aproximar das questões que sondam o mal-estar contemporâneo, como o vazio existencial, o não sentido, o sem lugar, este trabalho tem o objetivo de fazer uma leitura crítica, a partir de relatos clínicos e sob o viés da psicanálise, de como os casos-limite evidenciam as fronteiras entre a potencialidade e as limitações de uma instituição de cuidado, como o Caps III. A saber, busco enquanto objetivos específicos: fazer uma análise da clínica dos casos-limite à partir de uma leitura psicanalítica; analisar que repercussões essa clínica provoca na instituição e discutir a respeito da plasticidade técnica que os casos-limite pressupõem, fazendo um paralelo com a burocratização e enrijecimento no qual as instituições substitutivas de saúde mental podem facilmente se colocar.

Longe de ter respostas, a ideia é fazer um percurso que ofereça reflexões às perguntas que foram me ocorrendo, articulando a ideia de uma clínica-política, ligada às questões institucionais e do tempo que vivemos.

Vamos,

## **Introdução**

### **O que são casos-limite? De que leitura parto.**

“Cara Depressão, você é tão companheira... não sei se esteve lá desde o momento em que eu infelizmente nasci, mas sei que está comigo desde que me entendo por gente (...) Eu to com medo agora, porque to vivendo um inferno na minha cabeça. Minha alma parece que vai explodir em algum momento por tamanha angústia. Você tá tomando um espaço muito maior dentro de mim a cada segundo que passa, tá me fazendo cometer erros incorrigíveis e me tornando uma pessoa pior do que eu já era, o que sequer imaginava ser possível porque sempre me achei o ápice do defeito humano. Você tá consumindo as forças que eu já nem tenho e deixando minha mente um verdadeiro caos (...)”  
(Carta à depressão, P., 2020)

Quando corresponderia dizer que se está no “limite”?

Limites me remetem a imagem de linhas, contornos, algo que dá forma. Ao mesmo tempo, penso que aquilo que limita também enquadra, pode formatar isso ou aquilo, desse ou daquele determinado jeito. Em contrapartida, não limitar algo poderia definir um esparramamento, um sem forma infinito? Limitar, então, corresponderia a uma finitude?

Segundo Green (2017), a palavra limite (*borderline*), utilizada para caracterizar uma categoria de pacientes, é um dos raros termos que não pertence nem ao vocabulário tradicional da psiquiatria, nem à terminologia freudiana. O limite corresponderia a uma linha de demarcação, sendo usualmente dito que os casos-limite, para a psiquiatria, são aqueles que tocam a loucura, e portanto habitam um vasto território, já que não há divisão precisa que permita uma separação exata da loucura e da não loucura.

Green (2017) associa prontamente limite ao envelope da pele, ressaltando a sua formação enquanto um continente descontínuo. Isso porque, diz ele, o tecido cutâneo é interrompido por outros tecidos, é cheio de buracos. Esses buracos representam o papel de

portas: olhos, boca, nariz, orelhas, órgãos genitais, ânus; zonas erógenas que funcionam nos dois sentidos, para dentro e para fora. Disso, tem-se dois problemas; o primeiro refere-se a consistência e estrutura do limite, e o segundo a circulação no interior e exterior dessas portas. Pensando nessa analogia com as fronteiras da psique, qual seria, então, a relação entre ela (e seus limites) e as portas do corpo?

Com Freud, antes de seus escritos em “Além do Princípio do Prazer”, conhecemos ao menos dois tipos de lei, dois princípios de funcionamento simultâneos, o do prazer-desprazer, e o princípio da realidade. Esse último deve atestar a existência ou não do objeto, e conseqüentemente, fixa os limites do sujeito. Ser uma fronteira, portanto, é se identificar com um limite movente do qual mais se sofrem os efeitos, do que se comandam as operações (Green, 2017).

Ainda Green (2017) chega a uma definição do conceito ‘limite’ a partir da análise de um conceito-limite, a Pulsão. Em Pulsões e destinos de pulsão, Freud (2015) citado Green (2017) escreve que o conceito de pulsão mostra-se como um conceito-limite entre o somático e o psíquico, como o representante psíquico das excitações, provenientes do interior do corpo e que chegam ao psiquismo como uma medida da exigência de trabalho que é imposta ao psíquico em consequência da sua ligação com o corporal. Conclui que não existe, em parte alguma, uma clivagem/ separação muito nítida, nem no interior da pulsão, entre o corpo e o psiquismo, nem no interior do aparelho psíquico, espacial e temporalmente. Portanto, devemos considerar o limite como uma fronteira movediça e flutuante, tanto na normalidade quanto na patologia.

Por outro lado, uma das funções fundamentais da psique é de tender para a separação para promover a individuação: essa meta não será atingida a não ser que essa função que separa seja dotada de um função conjuntiva cujo objetivo é restabelecer, tanto quanto possível, uma comunicação entre os elementos clivados, numa coexistência conflitual mínima. É esse o trabalho da simbolização, que necessita da clivagem de dois elementos e depois de sua recombinação para criar um terceiro elemento, cada um deles permanecendo o mesmo para se tornar, no momento de sua reunião, diferente devido a exatamente essa reunião (Green, 2017).

Os casos-limite situam-se menos numa fronteira e mais em um “sem-lugar”, um território cujas fronteiras são vagas (Green, 2017). Dessa forma, a constituição dos limites no aparelho psíquico indica separações internas mal definidas e mal estruturadas, que tem como consequência principal duas formas de angústia bem características, a de abandono, separação e perda do objeto, e a de invasão ou engolfamento pelo objeto (Moretto, Kupermann e Hoffmann, 2017)

Partindo dessa ideia de uma indistinção e da dificuldade de separação entre dentro x fora, surge o questionamento do que poderia contribuir para essa construção e constituição psíquica. Segundo Moretto, Kupermann e Hoffmann (2017) é a perda de um objeto anteriormente reconhecido como parte do corpo que permite o estabelecimento do limite entre o eu e o mundo exterior. A experiência de perda do objeto de gozo possibilitaria a constituição do limite psíquico entre o que é interno e o que é externo, entre prazer e desprazer e, então, entre Eu e outro, sendo esta condição psíquica de reconhecimento das

diferenças e de estabelecimento de limites. Diferença imprescindível também para a ação civilizatória e de integração com a cultura, funcionando como barreira à hetero e à autodestruição. Dessa maneira, se o estabelecimento do limite no aparelho psíquico faz barreira à tendência mortífera, então, a falta de limite levaria à autodestruição.

Começando com os estudos de Ferenczi, e que mais tarde se desdobram com Winnicott, os casos-limite apresentam um comprometimento em sua constituição narcísica grave o suficiente para, em vez de experimentarem o que conhecemos como angústia de castração, estarem submetidos às “ansiedades impensáveis”, ou seja, uma ansiedade desesperadora frente a qualquer situação de ameaça de separação dos objetos que lhes oferecem a oportunidade de alguma estabilidade, ainda que frágil (Moretto, Kupermann e Hoffmann, 2017).

Para Freud, citado por Moretto, Kupermann e Hoffmann (2017) o que faz oposição real ao amor não é o ódio nem o apelo ao ser amado, mas sim a indiferença. Logo, se no amor e no ódio não restam dúvidas a respeito da existência do Outro na constituição das subjetividades, na indiferença essa existência fica questionada, o que dificulta, ou até impossibilita, a condição psíquica de reconhecimento mútuo.

Se reconhecemos a importância da experiência de perda de gozo e da experiência da falta para a constituição das faculdades de julgar e de pensar, dos limites entre Eu e outro, prazer e realidade, interno e externo, o que, por sua vez, favorece a constituição dessa experiência? Qual a natureza da falta que possibilita o estabelecimento dos limites (dentro/fora; Eu/outro; prazer/desprazer) fazendo barreira ao gozo narcísico? (Moretto, Kupermann e Hoffmann, 2017).

A leitura psicanalítica sinaliza que o que favorece a constituição dessa experiência se dá nos cuidados iniciais com o bebê, seja por meio de falhas decorrentes de possíveis deficiências do objeto primário, que se mostra incapaz de conter e dar sentido às manifestações do bebê, seja em razão da predominância de impulsos particularmente intensos em sua constituição, que ponham em risco a possibilidade de que o objeto primário os contenha, podendo propiciar uma excitabilidade permanente nas manifestações do funcionamento psíquico, característico dos quadros *borderline* (Mattos, 2018).

Kuperman (2017) traz às claras a teoria proposta por Ferenczi, que levanta a discussão acerca da constituição do trauma, partindo da noção de que na origem do acontecimento traumático houve um agente externo provocador e, a partir disso, uma experiência disruptiva se sucede em momentos distintos, sendo que o evento inicial perturbador é ressignificado a posteriori. Também discorre sobre a ideia de que o choque traumatizante tem como efeito a emergência de um excesso pulsional não simbolizado cuja intensidade insuportável impele o aparelho psíquico a tentativas de evacuação que podem assumir uma tendência destrutiva e até mesmo mortífera.

A partir disso pensa em três tempos e os desdobramentos decorrentes disso: o tempo do indizível, na qual a criança sofre um excesso de excitação irrepresentável, violação, que passa por tentativa de simbolização; o tempo do testemunho, na qual fica tomada pela angústia e busca um segundo adulto para tentar ajudá-la com o indizível, um apelo de testemunho e reconhecimento da sua própria dor, e o tempo do desmentido - que diz dos

casos-limite e tem sua faceta desestruturante, pois há a configuração do abandono daquele que foi requisitado para autenticar e significar a violação por meio do reconhecimento da dor que se apoderou do ser da criança.

Esse excesso pulsional não é metabolizado pelo pensar, necessitando de outras vias de descarga para livrar o psiquismo da sobrecarga de tensões. Tais vias vão em direção à realidade externa sob a forma de atuações e também em direção à realidade mais profunda, nos limites do psiquismo e além dele, com ataques ao próprio soma, chegando a produzir alterações físicas que se aproximam dos quadros psicossomáticos (Mattos, 2018).

Freud em *Além do princípio do prazer* (1920) sugere que há casos em que prevalece uma superação do regime da instância psíquica apenas pelo princípio do prazer-desprazer, ou seja, discorre pela primeira vez sobre a esperança não estar garantida em todas as formas de organizações psíquicas, sinalizando que algumas estariam condenadas à inércia esterilizante pela intermediação da compulsão à repetição, relacionada mais às experiências dolorosas do que às agradáveis, ou seja, a rememoração ou mesmo a construção cede lugar à atuação: o paciente passa a repetir ao invés de recordar.

Green (2017) aponta que a razão está no fato de que se a pulsão reenvia para a descarga com o objetivo de resguardar o aparelho psíquico, o resultado é uma não referência ao prazer, mas a salvaguarda da ligação psíquica primária - a defesa ao desprazer barraria o próprio prazer. Sendo assim, com determinados pacientes, não é legítimo falarmos de realização de desejo, pois há neles uma tendência dominante de excitação da pulsão rumo à descarga e à repetição ao mesmo tempo em que tais processos fazem um curto-circuito na elaboração psíquica.

Anzieu (2000) citado por Lazzarini & Carvalho (2020) também ressalta elementos que diferenciam os casos limites das neuroses e faz uma delimitação. Para ele, nos casos limites há uma incerteza instalada entre o Eu psíquico x Eu corporal, entre o Eu realidade x Eu ideal, entre o que depende do Self e o que depende do outro além de bruscas flutuações destas fronteiras, acompanhadas de quedas na depressão, indiferenciação das zonas erógenas, confusão das experiências agradáveis e dolorosas, não distinção pulsional que faz sentir a emergência de uma pulsão como violência e não como desejo. Ainda haveria vulnerabilidade à ferida narcísica devido a fraqueza ou às falhas do envelope psíquico, sensação difusa de mal estar, sentimento de não habitar a sua vida, de ver de fora funcionar seu corpo e seu pensamento, de ser o espectador de alguma coisa que é e que não é sua própria existência.

Também Lazzarini & Carvalho (2020) acrescentam a questão da falha da repressão nessas pessoas, fazendo um contraponto com as normas sociais atuais e o desfalecimento da função paterna, o que favorece a imaturidade e manifestações de perturbações psíquicas limites, acentua o desamparo e aumenta a incapacidade de lidar com os perigos internos e externos. O sujeito fica carente de uma sensação de unidade dada pela conjunção eu/ corpo, que é efêmera e de uma sensação de posse do corpo e de intimidade corporal que é inexistente (Lazzarini & Carvalho, 2020).

Predominam nesses casos sintomas como atuações, violência, dificuldades de simbolização, dificuldades ou peculiaridades no estabelecimento de vínculos, sintomas que, geralmente, não veiculam uma representação simbólica, como acontece nas neuroses (Mattos,

2018). As atuações, sejam elas sexuais, brigas, condutas obsessivas etc., não carregam as marcas simbólicas, além de não serem vistas como sintomas pelo paciente, pois o recurso às atuações é uma necessidade vital para ele, pois lhe faltam condições para contê-las (Mattos, 2018).

Dito isso, a ideia de caso-limite na psicanálise tem relação intrínseca, então, desde sua origem, com noções como *borderline*, casos fronteirços, casos difíceis e casos graves. Todas essas nomeações são fruto de situações clínicas com dificuldades nosográficas relevantes, exigindo dos profissionais e das instituições de cuidado o constante questionamento, não apenas acerca do diagnóstico, mas também da terapêutica. A partir disso me proponho a pensar adiante: como as características dessas estruturas psíquicas e subjetividades reverberam nas instituições? Qual direção clínica e institucional seguir?

## **Apresentação do Caso e Discussão**

### **1. Repercussão da clínica dos casos-limite na instituição de cuidado**

*"Estávamos no Caps. Seu desespero (Depressão) era tanto que senti-lo transpassando meu corpo e alma. A dor havia se tornado física. Me joguei no chão daquele lugar e fiquei em posição fetal chorando como uma criança até você se acalmar. Você me ensinou a odiar aquele lugar e aquelas pessoas durante muito tempo, só que conforme os meses corriam eu fui perdendo tudo o que tinha. Perdi minha relação com meus pais, perdi minha irmã, perdi minha casa. Várias vezes eu sequer tinha amigos para dizer que as coisas não estavam bem. Tudo o que me restou foi o Caps e você. Foi aí que eu percebi que eu precisava dessas pessoas. Me apeguei à elas, passei a amá-las, e pior, comecei a depender delas pra ficar bem"*  
(Carta à depressão, P., 2020)

#### **Cena dos Usuários**

*"Só gostaria de ser atendida/o por determinado profissional"*

*"Não dá mais para mim, vou parar de vir"*

*"Quero morar nesse lugar".*

*"Vocês nunca vão saber o que estou sentindo"*

*"Por que é que não pode ficar assim ou assado aqui dentro?"*

*"Ou vai ser assim ou não vou ficar"*

*"Não tem nada mais a ser feito"*

*"Desculpa"*

*"Fiz algo muito errado"*

*"Nada faz sentido. Não tem porque eu viver"*

*"Parece que não tenho casa"*

*"Por que fiz isso de novo?"*

*"Você não me entende"*

*"Vou sair daqui e fazer algo contra mim (ou terceiros)"*

*Cortes, Batidas de cabeça na parede, saídas/chegadas do serviço com muita raiva e insatisfação ou muito amor e idealização*

### **Cena da Instituição**

*“Será que esse serviço é o lugar adequado para os cuidados desse usuário?”*  
*“Que bom que ela/e veio pedir ajuda”*  
*“Não pode, não pode, sem discussão”*  
*“Por que para alguns a gente flexibiliza normas do serviço e para outros não?”*  
*“Não sei mais o que fazer, já tentei de tudo”*  
*“Me sinto esvaziada como o usuário diz se sentir”*  
*“Me sinto sozinha nesse caso”*  
*“E se ele/a se matar?”*

Trago recortes de falas que escutei ao longo do ano de 2020 em um Caps III, do município de Campinas. Iniciei os atendimentos com P., no formato psicoterapia individual, no final de julho, com um combinado de uma sessão semanal.

P. tem 19 anos e se apresenta como um homem trans. Combinamos que caso sentisse necessidade e desejo de ter mais momentos de escuta, poderíamos ir conversando e repensando no formato. Ao total foram realizadas 25 sessões. Relatei cada sessão em um diário de campo, registro que me ajudou na construção do caso, aos quais consulto para trazer recortes. Além desses atendimentos, P. passava por atendimento de referência quinzenal e foi possível uma articulação em rede através da sua aproximação com o Centro de Saúde referência da sua região.

Sinteticamente, P. era alguém que apresentava falas melancólicas e auto-depreciativas em relação a si mesmo, frequentes - “sou a pior pessoa do mundo” (sic), “eu não tenho jeito” (sic). Apresentava comportamentos de auto-agressão, especialmente na região das mamas, virilha, e braço. Tem um histórico de rompimento de laços; P. já morou com sua tia, avó, prima, com uma amiga de infância de sua mãe e também já passou alguns dias na rua. Os pais (mãe + 1º padrasto) se separaram quando ele tinha 13 anos, o que conta ter sido um alívio, pois o relacionamento era conflituoso (conta que não foi um filho desejado) e teve uma infância difícil, marcada por violência e ausências.

P. quase sempre iniciava dizendo que não sabia o que falar. Porém antes que eu o ajudasse com algum questionamento começava a dizer sobre si e se tornava difícil encerrarmos. Relatava um sentimento ruim que referia estar quase diariamente presente consigo, um estado “mórbido”, desanimado, desprezível, descontente com a vida. Nessas ocasiões chegava a dizer que se sentia inútil, que tinha vontade de não ter nascido, que preferia que a mãe o tivesse abortado. Ao mesmo tempo, se sentia mal por estar mal, pois dizia que deveria lutar, “tem tantas pessoas que lutam, porque eu não consigo?”. Dizia que não encontrava lugar, que não se sentia parte de nenhuma casa. Sentia como se estivesse sendo sufocado na sua casa.

Falava bastante ao longo dos nossos encontros, mas palavras um tanto vazias de afeto, descrevendo muito mais as cenas e buscando explicações para aquilo que é e não é. Apesar das angústias intensas e inexplicáveis, P. é um jovem bastante criativo - pinta, escreve, toca violão - e estabelecemos, por essa via, uma comunicação quase que semanal, via cartas, das

quais ele me trazia, líamos juntos e conversávamos a respeito. Também chegou a acessar o serviço em momentos em que não estava agendado, houve ocasiões em que chegou machucado por ter se auto lesionado, o que nos colocava, enquanto equipe de cuidado, a pensar a respeito dessa forma de chegada.

Enquanto terapeuta do caso, me colocava várias questões a todo momento: me sentia bastante cansada após os atendimentos, me perguntava se devia ou não responder as questões que ele dirigia diretamente a mim, me perguntava se o Caps seria o serviço para ele, me sentia tomada por um vazio e uma angústia profunda como ele me descrevia sobre si próprio, sentia uma necessidade de compartilhar o caso com mais profissionais para não vivenciar essas angústias sozinha.

Esses recortes são de P., mas poderiam ser de outros jovens-adultos com questões de sofrimento em níveis semelhantes com os quais me deparei ao longo do ano. A., 25 anos, nascida em um contexto de vulnerabilidade e violência, pais separados, não convive com a filha; E., 36 anos, nascido em um berço militar, uma criação na rédea, com normas e regras restritas a serem seguidas, sérios problemas de violência conjugal antes e após o falecimento de sua esposa, frequentes episódios explosivos de agressividade; I., 24 anos, abusada sexualmente, longe dos pais, deu a luz logo cedo, não convive com a filha, relações conflituosas com a mãe (que ora aceita ser a cuidadora, ora não entende os sintomas da filha). Em todos esses casos a questão da identidade se apresenta notoriamente fragilizada através de falas que enredam uma busca constante por aquilo que se é, não se é e se pode ser, além do ponto comum dessas histórias apresentarem em momentos iniciais e no decorrer da vida cenas de muita violência - sexual, física e verbal. Corpos bastante presentes no serviço, que parecem carregar, no semblante e nas marcas, a morte; todos com inúmeras tentativas, ideias suicidas e episódios de auto-agressividade (principalmente através de cortes ao longo do corpo).

Ilustrei, a partir das falas escutadas, um tanto da forma como se dá a presença desses usuários no serviço e para o serviço, no sentido de evidenciar, a partir do recorte da minha experiência, que há uma forma de presença que desperta na instituição respostas semelhantes. É nesse ponto que busco uma tentativa de direção para a questão: que repercussões tem esses casos na e para a instituição? O ponto de intersecção que encontro e escolho é a Morte. A mesma pulsão de Morte que rege uma lógica do desespero para esses usuários reflete quase que igualmente a tendência de funcionamento de uma instituição, seu fim, ou melhor, o medo de que ela acabe. O sintoma principal desses casos me parece ser exatamente o mesmo sintoma do qual sofrem as instituições, o medo da morte e quase como consequência, um funcionamento repetitivo na busca pelo mínimo de tensão - que pode refletir em burocratização, enrijecimento, paralisia de ofertas e sufocamento da criatividade.

Para entrar um pouco mais a fundo nessa questão das tendências mortíferas pelas quais sofre uma instituição, empresto, em primeiro momento, a leitura de Freud acerca de civilização (*Mal Estar na Civilização*, 1930), em que ele discorre sobre uma necessidade de renúncia ao prazer/satisfação plena/ pulsões para que seja possível uma vida em comunidade, ou seja, a civilização se dá quando um reconhece no outro o seu próximo, se movendo à sombra da lei e só possuindo uma identidade enquanto portadores desta lei, incontestada e

incontestável. Dessa forma, a vida em civilização, ou aqui, a vida na instituição (entendendo enquanto pequeno grupo sob o regimento de leis e normas) já parte dessa premissa de que não tudo o que todos querem será possível de realizar.

Assim sendo, toda instituição tem vocação para encarnar o bem comum. Para isso, favorecerá a manifestação das pulsões de uma maneira que possa ser metaforizada e metabolizadas em desejos socialmente aceitáveis e valorizado. Além do desdobramento de fantasias e de projeções imaginárias existirem na medida em que sejam a favor do projeto mais ou menos ilusório da instituição tendo, a emergência de símbolos por função unificar a instituição e garantir o trabalho desta sobre o consciente e o inconsciente dos seus membros, já que é sob esse espaço (dito e não-dito, real, simbólico, social e cultural) que a instituição vai funcionar (Enriquez, 1989).

Porém, em nome do bem-comum, como defesa para que nada possa abalar e destruir a instituição, há uma tendência de formação de um espaço de indiferenciação e homogeneização cujas características mortíferas podem triunfar e colocar os membros em estado de sideração - o mesmo estado ao qual os usuários que sofrem dessa lógica mortífera podem se fixar. A instituição pode se tornar um modelo de comunhão, de calor, de intimidade e de fraternidade, de modo que o modelo de trabalho e de eficiência pode ser substituído por um modelo de fusão, de cooperação e de comunicação infalível. Modelos que refletem a obsessão da plenitude e um medo do tempo "vazio", "sem interesse", sem comunicação, que denunciam o medo do tempo que passa, o medo da morte. Porém, diz Enriquez (1989), é negando que a morte exista é que se pode precipita-la.

Bem como nas estruturas clínicas dos casos-limite, para manter a tensão ao menor nível possível, a compulsão para a repetição está em ação na instituição quando há um trabalho de uniformização e negação de qualquer divergência. Ela funciona como um sistema caracterizado por uma auto-regulação simples que permite a preservação de estados estáveis, e pelo aumento entrópico (recusa a criatividade), o que pode provocar um aumento tal que o único caminho que resta é o retorno ao estado inorgânico. Estado, que, nos termos de, A. Green, promoveria um "narcisismo de morte".

Esse estado inorgânico pode ser evidenciado na vida institucional pelas ações de cuidado que tendem à burocratização, aos silenciamentos, barramentos de acesso, que tornam instituição e os processos de cuidado anti-terapêuticos. Isso ocorre porque há o estabelecimento de um controle sobre a clivagem entre os dois níveis de relação grupal (interacional e sincrética, ou seja aquilo que aparece de relação e aquilo que fica no não dito, nas entrelinhas), de tal forma que a sociabilidade sincrética se torna imóvel. Segundo Kaës (1989), esse fenômeno corresponde a uma lei geral das organizações, qual seja, o risco dos objetivos explícitos pelos quais foram criadas as instituições passarem para o segundo plano, colocando em primeiro plano a perpetuação e existência da organização enquanto tal, em nome da sua proteção e asseguramento da clivagem (parte "louca"/doente/sintomática não se mistura com a parte saudável).

Uma reflexão sobre o trabalho da morte nas instituições, então, se mostra urgente, bem como uma reflexão acerca dos modelos e formas de abordagem dadas aos casos estruturados como "limites", na busca de sair de uma certa imobilidade. Um caminho

possível, segundo Enriquez (1989), é usar da própria morte como direcionamento para metamorfoses, processos de substituição, de deslocamento e de metaforização, uma vez que, simbolicamente, ela pode estar presente fora do lugar que tendencialmente se lhe designa e uma vez que a vida pode avançar pelo mesmo caminho tomado por ela.

Dessa forma, se há um congelamento em certo formato é necessário subvertê-lo, e nesse ponto o trabalho no Caps se mostra potente e valioso, já que o serviço nasce na subversão, ou seja, é criado como modelo substitutivo aos hospitais psiquiátricos, subverte um modo de cuidado seriado, imóvel, sem criatividade, rígido, homogêneo. Assim, entrar em contato com esses casos (na relação mais individualizada profissional-usuário e na relação institucional) é se abalar. E quando há abalo, há necessidade de mudança, de novos direcionamentos clínicos e institucionais.

## **2. Repercussão da clínica dos casos-limite na técnica psicanalítica (ou Limites da analisabilidade)**

Sobre esse ponto partilho de questões que me afligiram pessoalmente, na clínica que realizo, enquanto psicóloga estudiosa das teorias da psicanálise, no trabalho junto aos usuários que cito acima, especialmente P. Mas, também trago recortes das minhas observações e trocas com outros profissionais, nos quais também fui me dando conta de um certo limite (pessoal) nos contatos e atendimentos com esses usuários, e constantes questionamentos.

Se a instituição sofre de um mal-estar inerente, ou seja, se organiza para que ela não acabe, custe o que custar; como é no singular (e ao mesmo tempo coletivo, já que noto uma certa repetição de reações) de cada trabalhador-referência-terapeuta que se propõe a estar próximo desses casos? Em que ponto toca e repercute essa clínica nas práticas terapêuticas dos trabalhadores? A princípio penso que o demasiado humano que habita os casos-limite de forma radical: a destruição, a indiferença ou a invasão, o desespero em busca de uma subjetividade e singularidade, também habita em nós. E a quem, não? Em tempo de pandemia, estado contínuo de crise (tensão, mortes) - talvez a loucura privada, característica desses casos, se fez presente, em alguma medida, em todos. E no contato com sujeitos que sofrem dessas radicalidades tenho a suposição de que somos atualizados mais intensamente das nossas próprias.

Depois, penso que a compulsão à repetição e saídas ao ato/corpo, que são saídas dos sujeitos que sofrem desses mecanismos podem tocar em questionamentos acerca da prática que se faz, colocar em cheque a “cura”, podendo levar a um sentimento de fragilidade frente a um insucesso de tratamento e esgotamento do trabalho, testar, não à toa, os limites de cada um.

E é esse ponto que destaco como bastante importante pois, para além das questões pessoais que tocam cada um nas suas singularidades, os limites da analisabilidade, segundo Moretto, Kupermann e Hoffmann (2017) e Green (2017) estão na insistência de uma técnica psicanalítica nas práticas clínicas que se limitam ao encontro com o sujeito apenas baseando-se na direção de integração do pensamento ao Eu e no reconhecimento da outra

parte de psiquismo que se recusa se curvar a razão, a realidade, a Lei. Porém, diante do que encontramos nessas formas de subjetivação, na clínica dos casos-limite, há uma demanda de um outro tipo de raciocínio e direção do tratamento, fundada na subversão (lembramos, assim como os Caps no campo da saúde mental) de uma técnica, que deve ser ampliada.

Nos sujeitos que sofrem desse espaço psíquico sem muita forma, limites e no limite uma das questões centrais que está em jogo é o campo intersubjetivo, a relação, ou melhor, o desinvestimento tanto no campo da ligação com o Outro, quanto internamente entre as ligações intrapsíquicas, a nível de pulsões-representação. O desinvestimento, então, afeta o próprio processo de ligação (a relação terapêutica/o trabalho), o seu movimento e, em seguida, os seus componentes (representações, objetos, tramas) (Candi, T.S., 2010).

Além dessa constante compulsão a repetir, na qual predomina “o modelo do ato” há um curto circuito do pensar, um esfacelamento da trama simbolizante, bloqueio da formação de sentidos e compressão do espaço da representação. A imagem é de um funcionamento em circuito fechado, que gira no vazio que ela mesma cria (Green, 2017; Urribari, 2010).

Dessa forma, compreender que a centralidade do sofrimento desses sujeitos está na estrutura de um psiquismo precário, no sentido de organização do tempo e do espaço, circularidade temporal, uma capacidade de sonhar frágil, um pensamento com dificuldades em desenvolver um meio capaz de produzir mudanças psíquicas, transformar a realidade torna-se um processo onde predominam afetos fragmentados, como o isolamento e o ressentimento. Ao mesmo tempo, e justamente por se dar conta dessa centralidade do campo intersubjetivo (tão difícil), é que pode se buscar saídas para novas formas de presenças e direções no acompanhamento junto desses sujeitos.

## **Conclusão**

### **Dos abalos, criação (ou Direcionamentos clínicos-institucionais)**

Como tornar visível aquilo que não é dito e audível o que não é visto? Como não deixar de silenciar à queixa do corpo? Como criar um espaço partindo de um não espaço? Como representar o irrepresentável? Como descolar do medo do fim da instituição? Como sobreviver ao mal-estar institucional?

Levando em conta tudo que foi refletido até aqui, resta buscar direções e caminhos em relação a como estar e intervir junto a esses sujeitos, que sofrem de mecanismos de subjetivação limites. Chego a conclusão, a partir das leituras e do contato com P., que uma psicanálise que dá espaço à liberdade, à criatividade, à invenção e uma instituição que possa dizer, elucidar e escancarar, para assim poder mudar, os seus mal-estares, talvez fossem bons pontos de partida para responder a estas questões.

Do lado da psicanálise as direções apresentadas sinalizam a necessidade de uma técnica mais plástica, que amplie a clínica da interpretação e que o analista possa se colocar enquanto sujeito ativo e “terceiro” ao longo do tratamento. Para isso há uma importância fundamental acerca do enquadre, do conhecimento dos tempos dos traumas, e do cuidado em relação à própria saúde do analista. O contato com P. evidencia esses pontos em momentos

que chega ao serviço sem que estivesse combinado, por exemplo. A importância de acolher e validar aquilo que ele traz no momento que chega é necessário como contorno àquilo que sente, estabelecendo um enquadre (externo e interno) que até então estavam perdidos.

Nos dando conta que as narrativas de sofrimento desses sujeitos são apresentadas, normalmente, sem implicação, sem questionamento, sem historicidade, sem autoria e que, portanto, a presença do sofrimento se dá muito mais através dos corpos, de uma narrativa focada na informação, que afirma sentimentos de inutilidade, vazio de sentido, é certo que pode faltar originalidade e criatividade (Moretto, Kupermann e Hoffmann, 2017). Ao longo dos atendimentos, P. se queixava muito de não ter mais vontade de realizar as atividades artísticas que outrora se sentia empolgado, especialmente o violão. Na tentativa de um estímulo e auxílio à simbolização, algumas vezes o encorajava a usar de suas habilidades criativas, seja com a música, desenho ou escrita, para dizer de outra forma aquilo que colocava repetidamente por palavra falada. Em muitos momentos notei que a simples presença e encorajamento frente às suas outras habilidades provocava um deslocamento e ampliação daquele discurso, que até então concentrava-se muito na descrição.

Uma vez que essa questão da estruturação da subjetividade é central e que a constituição dessa se dá no campo da alteridade, pode-se pensar que a possibilidade de mudanças das posições subjetivas de um sujeito se dão, também, no campo da alteridade, no laço social. Portanto, intervenções que possibilitem a retificação do Outro, por meio da transferência, fazem muito sentido para esses sujeitos (Moretto, Kupermann e Hoffmann, 2017).

Kuperman (2019) traz uma leitura da obra de Ferenczi, ressaltando que foi esse autor quem se deu conta dos efeitos iatrogênicos da psicanálise para os casos de clivagem narcísica, sugerindo uma certa elasticidade da técnica. Para Ferenczi citado por Kuperman (2019) a presença sensível do psicanalista favorece a constituição das condições necessárias e suficientes para regressão reparadora do narcisismo primário comprometido e deve oferecer um suporte para o movimento expansivo e lúdico. “É necessário ceder as tendências do paciente, mas sem abandonar a tração na direção de suas próprias opiniões” (Ferenczi 1928b citado por Kupermann, 2019).

De acordo com suas abordagens a respeito dos tempos do trauma, e partindo da premissa que o trabalho clínico com os casos-limite se localiza na repetição do tempo do testemunho, Ferenczi citado por Kuperman (2019) propõe convocações, ao longo do trabalho com casos-limite, de princípios éticos da psicanálise para cada um dos tempos. No tempo do Trauma, a hospitalidade, ou seja, um trabalho do analista com a demonstração da ternura e uma permissão para o sujeito desfrutar da irresponsabilidade da infância; no do Testemunho, a posição enquanto analista empático, o que corresponderia a dizer que aquele que dita o tom que compõe a atmosfera do encontro clínico, seu tempo e seu ritmo é o paciente; e o do Desmentido, que propõe o foco no cuidado da própria saúde do analista, pois esta é imprescindível (lê-se parte do trabalho) para que haja uma sensibilidade diante do horror imposto pela repetição traumática.

Green (2017), na mesma linha de pensamento de Ferenczi, sustenta o ponto de que as saídas para esses casos é uma atuação clínica focada na passagem de uma ligação

intrapésiquica (reforçada narcisisticamente e consolidada por sucessivas repetições) para outra nova ligação, intersubjetiva, objetalizante, que poderia romper o círculo do eterno retorno. Para que ocorra uma abertura a uma nova, e talvez nunca antes experimentada pelo sujeito, ligação intersubjetiva, apenas o analista seria suscetível de oferecê-la, propondo-se ao analisante como objeto que está aberto e acolhe o aleatório, o imprevisível, da experiência, inclusive o risco de fracassar.

“Todo o segredo do trabalho do analista consiste em deixar se destruir sem resistir – na medida do possível, e sem deixar de pensar/interpretar – para que a operação destrutiva seja útil (...) É então por um deslocamento ou transferência da ligação primitivamente intrapésiquica – que se descarrega quase automaticamente a fim de que nada se conserve – que se procura a criação de uma ligação intersubjetiva, mediante a qual a relação (transferencial) possa ser objetalizada. É então quando o jogo da representação é recuperado, ampliado, enriquecido, diversificado – torna-se vivo, em suma” (Green, 2017).

Refazer os caminhos do narcisismo primário ilusório é essencial, nesse sentido, já que é ao mesmo tempo o agente e o resultado do primeiro triunfo das pulsões de vida em sua luta contra a pulsão de morte (Green, 2017; Urribari, 2010).

Com isso, precisamos falar sobre a importância do enquadre, responsável por possibilitar a inauguração de um esquema triádico (enquadre/transferência/contratransferência) para o processo analítico.

Afinal, o que ele é? O enquadre se distingue de um espaço concreto, material, sendo concebido como uma função constituinte do encontro e do processo analítico. Possui natureza transicional (entre a realidade social e a realidade psíquica), é a instituição e encenação do método analítico, do seu núcleo dialógico e da sua matriz simbolizante (Green, 2017; Urribari, 2010).

A diversidade da prática, que apresenta inúmeros enquadres, encontra seu fundamento e sua condição, então, na possibilidade do "enquadre interno do analista", que se torna o aval do método. A constituição ou o desdobramento de um enquadre interno (ou interiorização do enquadre), mediante o qual o núcleo dialógico (intersubjetivo) da análise se transforma em uma matriz intrapésiquica reflexiva torna-se o objetivo (Green, 2017; Urribari, 2010).

Sendo assim, o enquadre é formado por diversas lógicas para as quais a escuta deve estar aberta, a da unidade (do narcisismo), a do par (mãe-bebê), a do transicional (da ilusão e do potencial), a do triangular (da estrutura edípica). Uma vez que o enquadre é polissêmico, assim também deve ser o enquadre do analista, não há fixidez. O analista deve jogar, tanto no sentido teatral e musical como no lúdico, em função dos cenários desdobrados na singularidade do campo analítico (Green, 2017; Urribari, 2010).

Green (2017) compara a estrutura do enquadre com um espelho, espaço que, dentro dos seus limites, é capaz de propiciar uma autorreferência e flexibilidade, parte importante no processo identificatório e simbolizante. Há uma dupla flexibilidade, uma global (consigo mesmo) e uma interna local, das diferentes instâncias e componentes enquadrados entre si (comunicação do intersubjetivo com o intrapésiquico).

Do lado da escuta, do trabalho psíquico do analista, o modelo implícito da estrutura enquadrante se apoia no surgimento das ideias de pensamento clínico, de “matriz ativa do enquadre” e do “enquadre interno do analista” (Green 2017). Daqui faz todo sentido pensar na presença frente a P. Por vezes foi notório que nada precisava ser dito, mas que o próprio encontro analítico já representava um limite frente a um esparramamento das questões que o atordoavam sem destino.

Do lado da Instituição, a noção de enquadre, trauma e, então, relação intersubjetiva também deve ser pensada e posta em questão. Como apresentado, a leitura que discorro sobre a morte como aproximação entre a instituição e os mecanismos dos casos-limite também devem ser cuidados como trabalho para uma melhor eficácia clínica, principalmente porque pacientes casos-limite suscitam estados recorrentes de nítida desorganização mental que desencadeiam atuações, por vezes violentas, dirigidas à instituição como telefonemas agressivos, gritos, xingamentos, ameaças manipuladoras de suicídio. Nesses momentos, se a instituição simplesmente responde sem refletir sobre o que é dito, repete-se um mecanismo de sofrimento que habita nesses corpos e, buscando fugir da morte (fracasso institucional), tende, também, ao seu fim (Mattos, 2018). Nesse ponto, discutir o caso de P. com parte da equipe fez toda diferença para refletir sobre como conduzi-lo.

Quero dizer que a indiferenciação, a falta de contorno, a separação corpo/afeto, externo/interno como descrito acima sobre os elementos que fazem parte dessas estruturas clínicas também estão presentes desde a fundação até o cotidiano do funcionamento das instituições - a questão da sua continuidade ou não enquanto espaço de cuidado faz parte do “espaço mental institucional”, mesmo que não seja dito. Daí a importância de cuidar do mal-estar que surge.

Enriquez (1989); Kaës (1989); Onocko-Campos (2012); Severo, L’Abbate e Onocko-Campos (2014) evidenciam que há operações presentes nas relações entre o sujeito que sofre e entre agentes da e na instituição, de modo que as características do equipamento, o seu modo de operar, a forma como se organiza o processo de trabalho definem a clínica, e também o contrário.

Para isso, os espaços de supervisão clínico-institucional e de discussões de casos são saídas e possibilidades de importância ímpar para o cuidado junto a esses sujeitos, já que elucidam os mecanismos das instituições aplicados à prática clínica dos casos e podem contribuir para um acalmar do mal-estar institucional que esses casos suscitam nos profissionais, oferecendo caminhos contrários às defesas da morte, que tendem, como já dito, ao engolfamento da criatividade e burocratização - que, não a toa, são o oposto do tipo de tratamento que esses casos necessitam.

De outra forma, entendendo que a maneira como a instituição opera produz modos de subjetivação sobre pacientes e profissionais e que estes também são os sujeitos que produzem a instituição, na supervisão busca-se revelar os efeitos dessa prática sobre os envolvidos (pacientes, trabalhadores e instituição) (Severo & Onocko-Campos, 2014).

Assim, quando há esse espaço potente, ancorado em uma leitura clínica bem constituída, é sinal de que há uma circulação do fluxo vital na instituição, caminhando rumo a

uma derrota, mesmo que temporária, do trabalho da pulsão de morte, e de tudo que vem com isso - desburocratização, criatividade, ampliação do cuidado.

### **Considerações Finais**

Diante da urgência em pensar acerca dos sofrimentos contemporâneos - dos limites, laços, dependência - e também “causada” pelas movimentações que a prática ao longo do percurso da residência me propiciou, refaço o caminho que busquei aqui: definir e tentar dar contorno ao sofrimentos dos sujeitos que sofrem desses modos de subjetivação através de uma lente e ética da psicanálise, pensar como isso implica nas respostas institucionais, e, por fim, nas direções de tratamento possíveis junto desses usuários.

O destaque foi dado à elasticidade da técnica, à importância do enquadre e dos espaços de supervisão clínico-institucional e de discussões de caso. Além disso, resalto o momento pandêmico ao qual estamos vivendo, acreditando que tem atualizado em nós, por meio de vivências reais e psíquicas, os aspectos da destruição e morte. Questões estas que se assemelham, em algum nível, ao cuidado com os sujeitos que sofrem dos limites, criando uma necessidade ainda maior de atenção ao aspecto transferencial e da construção do vínculo juntos desses sujeitos, que entra em cena de forma paradoxal, como fator de possibilidade da tarefa do analista e da constituição do campo e, ao mesmo tempo, fator que assusta e cria os mais sérios obstáculos, já que as relações terapêuticas são a todo instante abaladas.

Apesar disso, Enriquez (1989) afirma que é pela familiaridade com a morte, pela meditação sobre a morte e sobre a finitude, que aquilo que vive pode aceder à ordem do vivo, criador sem ser paranóico, transgressor sem se tornar perverso, apaixonado sem ser impulso histórico. Sem o trabalho da morte esse autor conclui que seria pequena a eventualidade para o homem de se questionar e de encontrar novos meios para continuar vivendo (Enriquez, 1989).

Diante da falta de fronteiras e aproximação com a destruição e morte há muito desespero, mas também possibilidades. Subverter a morte, no sentido ampliado acerca dos direcionamentos clínicos-institucionais discutidos aqui, alimenta uma clínica-instituição viva, ampliada e criativa, que cuida dos sujeitos em suas singularidades e necessidades específicas e mantém uma forma de existência pulsante e potente, que, cabe lembrar, é o fundamento da construção do modo de cuidado nos Caps, os serviços substitutivos que nascem, historicamente, da morte dos hospitais psiquiátricos.

### **Referências**

Campos, R. O. (2012). "Sejamos heterogêneos: contribuições para o exercício da supervisão clínico-institucional em saúde mental". *Psicanálise & Saúde Coletiva*: interfaces. São Paulo: Hucited

Candi, T.S. (2010). O Duplo limite: Aparelho psíquico de André Green. São Paulo: Escuta

Enriquez, E (1989). O trabalho da morte nas instituições. In: *A instituição e as Instituições - Estudos Psicanalíticos* (Kaes, R.; Bleger, J.; Enriquez, E.; Fornari, F.; Fustier, P.; Roussillon R., Aut.; Neto, J.P, Trad; Yazigi, L., Org). São Paulo: Casa do Psicólogo

Freud, S. (1969). O mal-estar na civilização. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930. Título original: *Das unbehagen in Der Kultur*)

Freud, S. (2006). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. (L. A. Hans, Trad., Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Green, A. (2017) *A loucura-privada: Psicanálise dos casos-limite* (1ª ed., Gambini, M, Trad.). São Paulo: Escuta, Coleção Pathos. (Trabalho original publicado em 1990)

Kaes, R. (1989). Realidade Psíquica e Sofrimento nas Instituições. In: *A instituição e as Instituições - Estudos Psicanalíticos* (Kaes, R.; Bleger, J.; Enriquez, E.; Fornari, F.; Fustier, P.; Roussillon R., Aut.; Neto, J.P, Trad; Yazigi, L., Org). São Paulo: Casa do Psicólogo

Kuperman, D. (2019) *Por que Ferenczi?* São Paulo: Zagodoni (Coleção Grandes Psicanalistas)

Lazzarini, E. R. e Carvalho, M. C. de (2020). Os Casos-Limite e os Limites da Técnica Psicanalítica: Subversão e Cura nos Fundamentos da Psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.*, v. 36, n. spe. Acessado 10 Dezembro 2021 em <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe>

Mattos, L. T.L. (2018) Um território sem fronteiras: Os casos-limite. *Jornal de Psicanálise*, 51(95), 43-57

Moretto, M. L. T., Kupermann, D. e Hoffmann, C. (2017) Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia*, v. 20, n. 1. Acessado 10 Dezembro 2021 em <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n1p97.7>. ISSN 1984-0381. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n1p97.7>.

Severo, A. K. de S., L'Abbate, S. e Onocko-Campos, R. T. (2014) A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 50. Acessado 10 Dezembro 2021 , pp. 545-556. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0520>>

Urribari, F. (2010). André Green: paixão clínica, pensamento complexo - Em direção ao futuro da psicanálise, Posfácio do livro de André Green, *Ilusões e desilusões do trabalho psicanalítico* (Paris, 2010). *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, Porto Alegre, n.10