

## INVESTIGAÇÕES SOBRE OS EFEITOS DISCURSIVOS DA “CAPSCIZAÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

### **1- APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA**

A história da Reforma Psiquiátrica no Brasil e de forma mais específica em Minas Gerais mostra três importantes movimentos.

Até o fim dos anos 70 desenvolveu-se um modo privilegiado de atenção psiquiátrica que priorizava a ideologia da hospitalização humanizada enquanto única resposta às questões da saúde mental. O Hospital era o começo, o meio e o fim de toda a idéia de tratamento, apesar das incipientes experiências das comunidades terapêuticas.

A década de 80 caracterizou-se pela ambulatorização dos atendimentos em Saúde Mental no país como uma tentativa de resposta às internações. Esse movimento expôs duas grandes dificuldades: de um lado, um dispositivo despreparado para acolher as crises mais complexas, e, portanto, não respondendo ao problema das intervenções e reinternações; e, por outro lado, o surgimento de uma enorme demanda reprimida de casos de sofrimento mental não tão complexos, o que gerou uma medicalização na maioria das vezes desnecessária, bem como uma “saudementalização” dos problemas escolares.

A partir dos anos 90, a introdução dos CAPS como uma mudança de paradigma que modificou toda a política nacional de saúde assim como seus congêneres – tratamento-dia, oficinas terapêuticas, oficinas de produção, etc - desencadeou uma reordenação dos espaços terapêuticos e uma importante mudança de mentalidade. A condição instituinte desta novidade produziu, até agora, importantes efeitos na perspectiva de vida dos pacientes, cujos destinos anteriormente estavam fadados ao asilamento eterno.

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) surge em sua proposta inicial como uma forma substitutiva de resposta ao hospital psiquiátrico, absorvendo os casos mais graves, cujo destino inicial era a internação. A diretriz do Projeto se baseava na redução do número de internações e do número de leitos em âmbito nacional, tendo como missão o fim das internações. Estas unidades juntamente com equipes básicas distribuídas nos centros de saúde introduziram no SUS a proposta da atenção a saúde mental dentro da rede de atenção a saúde já existente corroborando com os preceitos nacionais que orientam este sistema.

Nesse contexto, as leis de Saúde Mental, foram gradativamente aprovadas como resposta política a movimentos de segmentos sociais. Em 29/01/1992 surge a Portaria Ministerial 224 que trata da regulamentação dos CAPS, em 06/04/2001 a lei Nacional da Reforma Psiquiátrica de número 10.216 proposta por Paulo Delgado é implantada. Em Minas Gerais, a lei da Estadual da Reforma Psiquiátrica número 11802, conhecida como lei Carlão, é aprovada em 18/01/95, e, finalmente, em 19/02/02 vigora a Portaria Ministerial número 336 que trata da ampliação e financiamento do CAPS.

Estes processos de regulamentação garantem que o tratamento para pessoas portadoras de sofrimento mental devem ser realizados em serviços abertos de atenção diária e a internação, quando necessária, deve ser realizada em hospitais gerais com leitos psiquiátricos ou nos próprios serviços abertos de funcionamento 24 horas, assim como a continuidade do tratamento em unidades básicas e o acesso a outros dispositivos que a especificidade indica.

Em Minas Gerais o processo de implantação destes serviços ainda está em

construção. Segundo estudos do Ministério da Saúde e da Coordenação Estadual de Saúde Mental Minas Gerais, seria necessário cerca de 492 CAPS para compor a rede de atenção do Estado. A rede de Saúde Mental, incluindo aí as unidades básicas - centros de saúde- ainda não comporta toda a demanda e a realidade demonstra haver dificuldades políticas e operacionais em inúmeros municípios para implantar os referidos serviços.

Após mais de 10 anos de implantação do Projeto em Minas Gerais e há mais de 50 anos do início da reforma psiquiátrica em âmbito mundial, precisamos ressaltar os êxitos conquistados, mas, principalmente, averiguarmos os pontos sobre os quais se fazem necessários ajustes e intervenções que possam promover o avanço e a maior eficácia da proposta de atenção a saúde mental.

Neste tempo histórico o que vemos é a complexidade crescente dos casos e uma demanda de atendimentos cada vez maior, colocando as equipes, em sua grande maioria, diante do enfrentamento de uma transformação da clínica, com usuários cada vez mais graves, pela relação mais próxima com substâncias químicas, mascarando quadros clínicos clássicos e um alto índice de envolvimento com a criminalidade, exigindo uma maior diversidade dos dispositivos, assim como uma aproximação da frágil relação dos discursos clínico e jurídico.

A demanda acaba por moldar um projeto particular em cada unidade de atendimento, promovendo uma convivência das equipes com uma diversidade que torna obscuro os pontos de orientação da rede. Tal heterogeneidade que em outros momentos já produziu ricas construções, atualmente, pode operar como um dificultador do diálogo e da construção dos casos, denunciando o limiar tênue onde a orientação clínica apoiada na subjetividade deixa de ser o pilar de sustentação dos projetos terapêuticos, dando lugar a uma fragmentação que alguma vezes encontra como eixo regulador um discurso moral e disciplinador.

Acreditamos que tal contexto, se deve a, pelo menos, duas hipóteses que estão intimamente relacionadas: uma clínica e a outra decorrente da maneira como a rede encontra-se estruturada.

A primeira deve-se à dificuldade de sustentar a orientação dentro da lógica do caso a caso e operar com dispositivos clínicos que considerem as saídas apontadas por cada sujeito, o que está na contramão de tratamentos padronizados dificultando o encaminhamento destes pacientes a outros pontos da rede, particularmente, aos ambulatorios de saúde mental.

A segunda apresenta uma distribuição geográfica de equipamentos dentro de uma proposta de regionalização dos acolhimentos sem, contudo, haver um eixo orientador consistente na articulação entre os mesmos.

Em 2002, em um Seminário promovido pela Coordenação de Saúde Mental do Estado de Minas Gerais, sob o título “Hospitais Psiquiátricos saídas para o fim”, muito se discutiu sobre os serviços substitutivos. José Sampaio destacou “a necessidade de equalizar conhecimentos dentro da equipe multiprofissional interdisciplinar da saúde mental, como próprio desafio da interdisciplinaridade. Há por aí conhecimentos que precisam negociar, compartilhar e gerar em avanço crítico, outros conhecimentos, articulando necessidades, condições, posições e desejos.” Portanto, a articulação entre os serviços baseada numa resposta clínica mais efetiva à clínica desenvolvida nos CAPS se coloca como o desafio maior para se compor uma tecnologia em saúde mental que seja capaz de acolher o sujeito e não somente a patologia.

Dentro dessa perspectiva, de acordo com a avaliação da Coordenação Municipal de

Saúde Mental de Belo Horizonte é imprescindível que se faça uma interlocução permanente entre as instituições da rede pública de saúde mental e seus profissionais. Faz-se indispensável, ainda, a reflexão sobre o modelo assistencial adotado, tendo em vista a fragmentação de condutas no acompanhamento dos casos. Além disso, esta Coordenação Municipal sugere a criação de espaços que assegurem discussões dos casos, necessária articulação entre diversos profissionais e instituições envolvidas, com vista à construção dos melhores resultados em cada caso, como assegurar uma maior visibilidade dos trabalhos realizados, um melhor controle social sobre cada instituição e profissional, além de promover troca de experiências e a busca de alternativas intersetoriais.

Diante desse quadro, é possível supor que estamos atravessando um momento cuja necessidade de encontrarmos novas respostas envolve o desafio de um profundo questionamento e avaliação do modelo atual.

Nesse sentido, temos como proposta de pesquisa a introdução de uma metodologia clínica de intervenção proposta por Carlo Viganò - A Construção do Caso Clínico - e desenvolvida no âmbito de Minas Gerais na Sessão Clínica do Instituto Raul Soares- IRS. Baseada na construção de casos clínicos, acredita-se permitir buscar novas formas de lidar não só com as dificuldades do tratamento, mas também com as questões e impasses institucionais a fim de possibilitar a equipe envolvida interrogar a lógica de funcionamento da instituição e introduzir uma mudança de perspectiva nos modelos assistenciais oferecidos pela Reforma Psiquiátrica.

A partir da apresentação de casos complexos, por meio de uma entrevista ou pelo relato de técnicos, assim como com a contribuição dos diversos atores envolvidos no tratamento, possibilita-se desvelar a lógica do funcionamento subjetivo do paciente, a fim de estabelecer as principais coordenadas do projeto terapêutico, discutindo o manejo clínico, as hipóteses diagnósticas, as intervenções da equipe, a interação com a rede. A questão que orienta esta proposta se configura nos seguintes termos: é esta metodologia - a construção do caso clínico - um operador eficaz na organização do projeto terapêutico e da rede de atenção à saúde mental?

Além disso, cabe ressaltar, uma outra questão fundamental relativa às dificuldades que os profissionais alocados nesses serviços enfrentam no cotidiano de suas práticas. Nessa perspectiva, o que interessa a este projeto é: criar e avaliar um ambiente de produção de conhecimento e questionamento permanente do modelo de atendimento na área de saúde mental a partir de uma metodologia de trabalho e intervenção clínica que reformule conceitualmente a prática do trabalho em equipe. Para tanto, faz-se necessário uma articulação com a construção do caso clínico com o universal do trabalho de rede, entendida enquanto funcionamento lógico, para além de uma distribuição geográfica de equipamentos.

Tal proposta se faz relevante na medida em que sistematiza apreciações mais cuidadosas dos casos tratados na rede de Saúde Mental do Estado redefinindo e esclarecendo aspectos qualitativos de análises institucionais, ao mesmo tempo que produz a implicação das equipes envolvidas, intervenções mais articuladas e integradas e cálculos coletivos mais responsáveis.

Dessa forma, a proposta desse projeto é analisar, sistematizar e avaliar qualitativamente os processos de institucionalização do modelo CAPS a partir da construção do caso clínico e da formação dos profissionais da rede de saúde mental.

## **2- RELEVÂNCIA E VIABILIDADE**

A originalidade e pertinência desse projeto está em diagnosticar, intervir e avaliar permanentemente os impasses apresentados na viabilização das ações nos serviços de Saúde Mental criados a partir da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, tomar-se-á, como metodologia, a investigação dos impasses clínicos e institucionais, a partir da discussão detalhada e exaustiva dos impasses clínicos, enfrentados na direção dos tratamentos, especialmente nos casos de psicose. Tomando uma metodologia clínica para investigação e intervenção nos serviços, espera-se: 1) possibilitar a capacitação e articulação das equipes nos diferentes serviços do estado; 2) criar um dispositivo de produção do conhecimento baseado na metodologia proposta; 3) propiciar efeitos clínicos nos pacientes atendidos na rede de saúde mental.

### **3 - OBJETIVOS:**

#### OBJETIVO GERAL

Exame e avaliação qualitativa dos processos de institucionalização do modelo CAPS de assistência em Saúde Mental

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Diagnosticar os impasses e dificuldades enfrentadas pelo modelo de assistência em Saúde Mental – CAPS, nos seguintes níveis:
  - a) verificação das dificuldades enfrentadas pelos profissionais no cotidiano do trabalho;
  - b) verificação das dificuldades enfrentadas – a partir das discussões clínicas - dos impasses no tratamento e encaminhamento dos pacientes na rede.
2. Utilizar dois serviços da rede de SM –SUS, como projetos-piloto para:
  - a) verificar os limites de resposta institucional do modelo CAPS;
  - b) estabelecer uma nova metodologia de intervenção nestes serviços.
3. Criar um ambiente de produção de conhecimento e questionamento permanente do modelo de Atendimento na área de Saúde Mental.
4. Capacitar profissionais envolvidos nestes serviços a fim de promover uma outra resposta na forma de funcionamento do modelo CAPS.
5. Avaliar os efeitos produzidos pela introdução do método clínico de investigação na resolução dos impasses e dificuldades enfrentadas pela rede de SM no atendimento aos seus usuários.

### **5- METODOLOGIA:**

1. Como o método de proposta é um método de investigação eminentemente prático, realizado a partir da discussão e análise exaustiva e detalhada dos casos clínicos, o

ensino dos conceitos e noções fundamentais assim como sua forma de operação, será transmitida através da aplicação na clínica. Os impasses e dificuldades enfrentados pelos serviços serão trabalhados a partir da investigação e discussão de casos clínicos que apontam, aos serviços de SM-SUS, o seu limite de resposta. Estas discussões serão feitas sob a forma de uma Conversação Clínica e circularão na rede através de uma revista eletrônica.

1.A) Conversação de Clínica: Ocorrerá uma vez por mês, onde estarão reunidos técnicos envolvidos com o acompanhamento dos pacientes que apontam aos serviços seus limites de resposta. Tais casos serão selecionados previamente. A Conversação Clínica terá como função a construção destes casos com a rede de assistência, permitindo a equipe novas formas de intervenção no caso, no funcionamento do serviço assim como na articulação da equipe.

Sobre a seleção dos casos: a rede de assistência ao portador de sofrimento mental do SUS, será convidada a escrever e enviar casos. Os casos recebidos serão agendados para discussão (de 2 a 3 casos por mês). Para seleção serão considerados como critério, elementos que favoreçam o alcance e repercussão da intervenção, tais como: disponibilidade do serviço e presença dos técnicos, abrangência de circulação do paciente na rede (ser atendido em mais de um serviço), necessidade e complexidade do caso, representatividade do(s) serviço(s) envolvido(s) no tratamento, em sua micro-região. Os casos selecionados serão divulgados na revista eletrônica, de tal forma que todos os participantes tenham acesso ao material de discussão, de forma a possibilitar uma leitura preliminar, visando enriquecer as discussões.

As conversações serão gravadas, transcritas e divulgadas na forma de uma síntese das questões mais importantes que façam avançar o nosso conhecimento e nos permitam maiores possibilidades de intervenção clínica e/ou institucional.

1.B) Revista Eletrônica: será criado um site com o objetivo de promover uma conversação clínica permanente na rede de assistência de SM-SUS. Esta revista possibilitará a circulação:

a- dos casos selecionados para a Conversação Clínica, de forma a possibilitar que os mesmos fiquem disponíveis para leitura e trabalho antes de cada reunião;

b- síntese das elaborações produzidas a partir da investigação e análise dos casos nas conversações;

c- elaborações e artigos sobre temas discutidos nas reuniões,

d- artigos técnico-científicos produzidos;

e- artigos de autores reconhecidos como notório saber, que se dedicam a prática em saúde mental, e que privilegiam, em suas intervenções, o método clínico como orientador do trabalho, tanto no Brasil como no exterior: Viganò na Itália, Zenoni na Bélgica, Adriana Rubstein e Oswaldo Delgado, na Argentina, Èric Laurent na França, outros.

A produção da revista será utilizada como fonte de dados para avaliar a incidência e alcance dos efeitos que esta metodologia produz na rede de SM-SUS.

1.C). Seminário: No final do primeiro ano, será realizado um seminário internacional, com a participação do convidado internacional, o Dr. Carlo Viganò. A intenção é conhecer sua experiência com o método clínico de investigação em serviços de atendimento ao portador de sofrimento mental em Como - Itália, considerado um Centro de Excelência, notoriamente reconhecido nessa área; assim, como tomá-lo como interlocutor

para avaliarmos o andamento do nosso projeto, discutirmos os impasses e estudar os casos clínicos e serviços sob intervenção.

O material produzido neste seminário será publicado e utilizado como referência na continuidade do projeto.

## 2. Projeto-piloto

a) O projeto piloto é uma maneira de verificar – através de um recorte dos serviços de SM-SUS qual a incidência da metodologia clínica na direção do tratamento, no manejo institucional e na formação de profissionais que compõe esta rede, criando um ambiente de produção de conhecimento e questionamento permanente dos modelos de atendimento já existentes. Neste recorte serão estabelecidos dois serviços que sejam referência no estado, localizados em municípios diferentes, a partir de sua representatividade onde estão dispostos. Dentre os serviços interessados nesta parceria, serão escolhido dois, aleatoriamente.

Nos dois primeiros meses será realizado um diagnóstico institucional acerca dos impasses e dificuldades enfrentados nos serviços. Esse diagnóstico será realizado com os profissionais de nível médio e superior, e gestores dos serviços a partir da aplicação de questionários.

b) O trabalho com estes dois serviços se constituirá na capacitação contínua e sistemática dos profissionais de nível médio e nível superior. Durante o período de 2 anos, sua formação será feita através de seminários, para estudo e introdução de conceitos, supervisão e acompanhamento das práticas realizadas pelas equipes na articulação institucional e na condução dos casos.

c) A etapa final do projeto consistirá na análise qualitativa da eficácia do método de análise dos impasses e intervenção no modelo, através da investigação dos casos clínicos como orientador da intervenção institucional nos serviços de SM-SUS. A avaliação se dará a partir do estabelecimento de entrevistas semi-estruturados com os técnicos dos serviços dos projetos-piloto visando a avaliação que este método proporcionou na direção dos tratamentos dos pacientes atendidos, no funcionamento da equipe, na adesão, ou resistência, dos profissionais em aderir ao método de trabalho, principais dificuldades enfrentadas, principais benefícios obtidos, efeito produzido na rede, entre outros.

## **6 - RESULTADOS ESPERADOS (tanto do ponto de vista do avanço do conhecimento, quanto daqueles com perspectiva de aplicação no Sistema Único de Saúde – SUS, geração de patentes, produtos, processos ou serviços especializados):**

### RELEVÂNCIA PARA AVANÇO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

Esse projeto vem contribuir com as investigações no campo da saúde mental no que diz respeito ao avanço do conhecimento científico e tecnológico, à capacitação permanente das equipes no enfrentamento dos impasses do cotidiano de suas práticas, ao estabelecer uma metodologia de intervenção que se caracteriza pela articulação do método clínico com o trabalho em rede.

## ABRANGÊNCIA INTER/MULTIDISCIPLINAR

Os serviços de atendimento em saúde mental têm, cada vez mais, se organizado em torno de equipes multiprofissionais, visando um trabalho interdisciplinar. As equipes são constituídas por profissionais de diferentes formações, tanto no que diz respeito à profissão, propriamente dita, quanto ao percurso na formação pessoal e de experiências sócio-políticas. Nesse encontro de diferentes saberes, o resultado é variável, pois há que se operar com um encontro de modelos, discursos e éticas diferentes, às vezes opostos e mesmo incompatíveis. Assim, a proposta deste projeto permite que intervenções dos diversos profissionais envolvidos no tratamento sejam mais articuladas, integradas, uma vez que podem ser orientadas por um cálculo feito coletivamente, a partir, não do saber teórico prévio, que precede o encontro com o paciente, mas do cálculo feito a partir da lógica subjetiva, singular, do paciente.

### EFEITOS ESPERADOS:

- Sistematização de uma metodologia técnico-científica para o modelo CAPS – de assistência à SM-SUS através da:
  - Articulação dos saberes permitindo uma intervenção coletiva.
  - Intervenção no modelo de tratamento atual.
  - Viabilização da capacitação profissional e supervisão institucional.
  - Articulação da rede de assistência de SM-SUS
  - Criação de um lugar permanente de avaliação e intervenção na rede de assistência de SM-SUS

### EFEITOS ESPERADOS NO SUS

Sendo uma estratégia de intervenção que promove a integração dos técnicos e serviços, espera-se produzir para o SUS, uma maior resolutividade das intervenções e encaminhamentos para a clientela atendida.

## **7 - ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DAS PESQUISAS E/OU DE TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA:**

Estratégias de divulgação:

- a – Publicação de revista com artigos técnico-científicos, sobre o a investigação institucional a partir do método de investigação dos casos clínico
- b- Ao final dos 2 anos de trabalho, realização de seminário sobre as produções e elaborações da pesquisa, destinado os trabalhadores da rede de saúde mental;
- c- Ao final dos 2 anos de trabalho, realização de seminário sobre as produções e elaborações da pesquisa, destinado aos alunos de graduação e pós-graduação com objetivo de iniciar sensibilização para este tipo de trabalho; nas universidades visando a criação de um espaço de investigação sobre a metodologia proposta,

- d- revista eletrônica – como espaço permanente de discussão e questionamento do método e seus efeitos.
- e- livro – produção de um livro com os resultados obtidos pela pesquisa
- f – publicação de 3 fascículos para divulgar elaborações produzidas nas conversações clínicas

## **8 - ASPECTOS LEGAIS DE BIOÉTICA, BIOSSEGURANÇA, EXPEDIÇÕES CIENTÍFICAS, PROPRIEDADE INTELECTUAL E OUTRAS DETERMINAÇÕES PERTINENTES:**

Respeitando a preocupação ética de sigilo e respeito aos pacientes e profissionais que de alguma forma participam da pesquisa, deverão dar sua autorização e consentimento através do Termo de Livre Consentimento.

As publicações seguirão ao compromisso de modificar dados que possibilitem identificação dos mesmos.

## **11 - PRINCIPAIS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

AMARANTE, Paulo (org.). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995, p. 48- 55

\_\_\_\_\_. “O homem e a serpente; outras histórias para loucura e psiquiatria”. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica / organização de Paulo Amarante*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BARRETO, Francisco Paes. *Psicanálise e psiquiatria biológica. Reforma Psiquiátrica & Movimento Lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BIRMAN, Joel. “Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação”. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2001, 3<sup>a</sup>.ed.

CAMPOS, César. *Sistema único de Saúde em BH –Reescrevendo o Público*. Belo Horizonte: Xamã Editora, 1998.

CANGUILHEM, Georges . *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 2000

CHIZZOTTI, ANTONIO , *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. , São Paulo: Cortez, 2003.

CLAVREUL, Jean. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. SP:Brasiliense, 1983.



COSTA, Jurandir Freire. *Psicanálise e contexto cultural. Imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

DELGADO, Pedro Gabriel, LEAL, Erotildes (org). *O Campo da intervenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Tecora, 1997.

FERREIRA, Cristiana. *Construção do caso clínico: o saber do paciente como forma de subversão da lógica institucional*. Monografia – Especialização: Saúde Mental Clínica – Unicentro Newton Paiva-2001.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. (org.) *Psicanálise: Pesquisa e Clínica*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

\_\_\_\_\_. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos. A clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002, 3a. ed.

\_\_\_\_\_. ; SILVA Fo.,Joao Ferreira da, Topbooks. *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro, 2001

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. 6ed., São Paulo: Perspectiva, 1999.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. 2ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

GARCIA, Célio. *Psicanálise, Psicologia, Psiquiatria e Saúde Mental – Interfaces*. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa, 2002.

HARARI, Angelina, e VALETINE, Willian. *Reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001.

LAURENT, Éric. O analista cidadão. In: *Curinga – Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte: EBP-MG, n. 13, setembro, 1999. p.12-19.

LOBOSQUE, Ana M. *Experiências da Loucura: Da questão do sujeito à presença na cultura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

\_\_\_\_\_. *Pelo fim próximo do hospital psiquiátrico* in *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo, Ed Hucitec, 1997.

MACHADO, Roberto. A História da Arqueologia em Michel Foucault. In: *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. 2 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

MILLER, J. A. *Psicanálise e Psiquiatria*, In: *Falo*, Revista brasileira do campo freudiano. Salvador: Fator Ed. n.1. 1987. p-113-124.

NUNES, Silvia Alexim. Da medicina social à psicanálise. In: BIRMAN, Joel (coord). *Percursos na história da psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus, 1988, p. 61- 122.

QUINET, Antônio. *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Quinet (org.) Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

REY, Fernando Gonzalez, *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade*. São Paulo: Thompson Learning, 2005

ROTELLI, F. A Instituição Inventada. In: Nicácio, F (org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p.89-99

\_\_\_\_\_. et al. *Desinstitucionalização, uma outra via*. In: Nicácio, F (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17-59.

VIGANÒ, Carlo. *A Construção do caso clínico em Saúde Mental*. Curinga – Psicanálise e Saúde Mental. EBP-MG, n. 13, setembro, 1999.

\_\_\_\_\_. Da instituição ao Discurso. In: *Primeiro congresso da Associação Mundial de Psicanálise*. Barcelona. Relatório das Escolas- EBP. Sl. Cultura. 1998

\_\_\_\_\_. *Saúde Mental: Psiquiatria e Psicanálise*. Belo Horizonte: Instituto de Saúde Mental & Associação Mineira de Psiquiatria. 1997.

ZENONI, Alfredo. Qual a instituição para o sujeito psicótico? In: *Abrecampos. Psicanálise e Instituição – A Segunda clínica de Lacan*. Instituto Raul Soares– FHEMIG, ano 1, n. 0, 2000.

#### Revistas:

*Curinga* – Psicanálise e Saúde Mental. EBP-MG, n. 13, setembro, 1999.

*Curinga* - Há algo novo nas psicoses. B.H.: EBP-MG, n.14, abr.2000.

*Mental* – Revista de Saúde Mental e subjetividade da UNIPAC. Ano III – n. 4 – junho de 2005 – ISSN 1679-4427.

*Metipolá* – Revista do CERSAM Leste – PBH.