

INVESTIGAÇÕES SOBRE O LUGAR DA PSICANÁLISE NA SAÚDE MENTAL*

RESEARCH ON THE PLACE OF PSYCHOANALYSIS IN MENTAL HEALTH

INVESTIGACIONES SOBRE EL LUGAR DEL PSICOANÁLISIS EN LA SALUD MENTAL

*Sonia Alberti
Ana Luiza Ferraz Taves Bukowitz
Thiago Ferreira dos Santos*

Resumo: Esse artigo é um dos produtos da pesquisa 'A Divisão do sujeito e seu corpo na articulação entre psicanálise e saúde mental levando em conta as referências à ciência' na qual busca-se um aprofundamento sobre o que normalmente se faz em nome da psicanálise e o que a psicanálise pode oferecer. O texto consiste por um lado na tentativa de compreender o lugar que a saúde mental dá à psicanálise, o que inclui resultados anteriores da pesquisa, por outro lado, baseado num estudo de caso clínico, investiga as observações desenvolvidas pela psicanálise na clínica de uma instituição de saúde mental. Os resultados são analisados na conclusão.

Palavras-chave: Psicanálise. Saúde mental. Saúde pública. Caso clínico.

Abstract: This article is one of the products of the research "The division of the subject and his body in the articulation between the fields of psychoanalysis and mental health taking into account the references to science" in which we try to increase our knowledge on what is usually done in the name of psychoanalysis and what psychoanalysis can offer. The text consists on one hand in trying to understand the place mental health gives to psychoanalysis, which includes previous results of the research, on the other hand, based upon a clinical case study, it investigates the observations developed by psychoanalysis in the clinic of a mental health institution. The results are analyzed in the conclusion.

Keywords: Psychoanalysis. Mental health. Public health. Case study.

Resumen: Este texto es uno de los productos de la investigación 'La División del sujeto y su cuerpo en la articulación entre psicoanálisis y salud mental, teniendo en cuenta las referencias a la ciencia. Es un trabajo centrado en el área de la salud mental para una mejor comprensión de lo que se hace en nombre del psicoanálisis, y también de lo que el psicoanálisis tiene que ofrecer en este ámbito. Se divide en dos segmentos: en uno, se busca comprender el lugar que la salud mental ofrece para el psicoanálisis, teniendo en cuenta resultados anteriores de la investigación, en otro, a partir de un trabajo con un caso clínico, se verifican las observaciones realizadas por el psicoanálisis en la clínica de una institución de salud mental. Los resultados son analizados en la conclusión.

Palabras clave: Psicoanálisis. Salud mental. Salud pública. Caso clínico.

1 INTRODUÇÃO

Há alguns anos, alunos de graduação vêm participando de um projeto de pesquisa que, entre outras questões, busca verificar de que maneira se articula a relação da psicanálise no campo da saúde mental, na prática. Esse projeto se desenvolve levando em conta também as contribuições de mestrandos e de doutorandos, mas o trabalho dos alunos de iniciação científica tem nele uma especificidade: estagiando em instituições de saúde, ambulatórios, hospitais, serviços especializados, resi-

dências terapêuticas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou outro dispositivo de saúde mental, ao mesmo tempo em que ingressam no campo clínico em articulação com outros saberes e práticas, pesquisam o lugar da psicanálise nesses dispositivos. No contexto de desenvolver a pesquisa "A divisão do sujeito e seu corpo na articulação entre psicanálise e saúde mental levando em conta as referências à ciência" e, conforme o entrosamento desses alunos de graduação com a pesquisa, uma pergunta que sempre surge é: "afinal, o que é a psicanálise tendo em vista as possibilidades de ação da psicanálise no campo da saúde mental?". Para responder, levou-se em conta

* Artigo recebido em setembro 2010
Aprovado em dezembro 2010

o desenvolvimento do trabalho de pesquisa que articula estudo teórico, prática clínica e debate sobre o lugar da psicanálise no campo da saúde mental. Valorizamos não só o estudo teórico, discutido pelo grupo de pesquisa semanalmente, mas também a prática no campo da saúde mental, diante da oportunidade de um levantamento e discussão das experiências realizadas em estágios. O grupo de pesquisa tem preocupação com a formação na graduação na medida em que o trabalho foi realizado fundamentalmente por esses alunos que geralmente seguem tal trabalho tanto em suas monografias quanto em suas pesquisas de iniciação científica.

Neste artigo também apresentamos a análise de uma situação clínica num hospital – a partir de um dos estágios realizados –, utilizando para tanto um estudo de caso, e a articulação teórica para compreendermos a maneira pela qual a articulação entre psicanálise e saúde mental é vista pelos psicanalistas.

As nossas investigações se particularizam nos seguintes pontos:

- a) o que é finalmente o trabalho do psicanalista numa instituição de saúde? Cedo verificou-se que não há uma definição unívoca para isso; ao contrário, o que há é uma verdadeira falta de coesão entre as falas de diferentes profissionais com os quais os alunos tiveram interlocução;
- b) é possível fazer psicanálise em um hospital psiquiátrico? Alguns profissionais que trabalham ativamente em hospitais afirmavam que não seria possível fazer psicanálise em um hospital psiquiátrico, oferecendo para tanto algumas justificativas tais como a crença de que o paciente psicótico não faz transferência, a observação de que o setting da enfermaria não seria um espaço apropriado, o fato de que o trabalho do psicólogo está mais ligado à assistência do paciente, promovendo cidadania aos internos.

É mister observar que os alunos em questão são de graduação em psicologia e, em função disso, se questionam por um lado sobre o papel do psicólogo e, por se interessarem pela psicanálise, pelo lugar do psicanalista. Se por um lado isso leva à necessidade de uma diferenciação da psicologia e da psicanálise, por outro lado, a psicanálise nunca se insere no serviço público por contratos com psicanalistas. Na maioria das vezes, como pudemos constatar na pesquisa, a psicanálise se insere nas instituições de saúde através de contra-

tos com psicólogos. Ou seja, quando nos referimos a psicanalistas num serviço público de saúde mental, são justamente estes psicólogos que se dizem psicanalistas nos serviços, os mais visados.

Conforme o avançar de nossos estudos, nos deparamos com um acontecimento que explicita ainda mais a importância dessa pesquisa. Soubemos de uma reportagem publicada pelo *Jornal do Brasil*, no dia 4 de janeiro de 2009: "Autistas serão tratados no Rio: novo secretário da pessoa com deficiência promete implementar o serviço na rede municipal" (VAZ, 2009). Tal reportagem considerava que apenas a terapia cognitivo-comportamental estaria apta a tratar da deficiência por ela diagnosticada como autismo (referência à Lei Municipal nº 4709)¹, pois esse tipo de terapia seria o único capaz de efetivamente ter eficácia nesses casos. Quando pensamos que o Estado contrata profissionais para servirem ao povo, que critérios podem ser utilizados para esta contratação, visto que o que está em jogo é a eficácia?

Considerando que nossa pesquisa tem como tema a psicanálise e sua relação com a saúde mental, sem perder de vista uma perspectiva de ciência, nos deparamos com um impasse quando se propõe que os cargos de psicólogos na saúde mental deveriam ser preenchidos por psicólogos comportamentais. E, ainda, justifica-se tal proposta por um critério tecnicamente vinculado à eficácia sem, no entanto, identificar os critérios utilizados para a avaliação de tal eficácia. Com isso, para nós, a questão da pesquisa ficou ainda mais em evidência: o que faz e o que deveria fazer a psicanálise no campo da saúde mental e que relação isso teria – ou não – com a eficácia?

E é para testemunharmos essa prática que muitos integrantes da pesquisa se inserem em diferentes serviços de saúde mental e, a partir daí, surgem novas questões em função da prática que começa. Às vezes, são questões complexas. Integrantes do grupo de pesquisa se deparam com diferentes psicanalistas e com diferentes discursos. Diferentes psicanalistas nesses serviços têm discursos diferentes, dando sentidos diferentes ao tratamento psicanalítico. O fato de haver essas diferenças, por um lado provoca estranheza entre os alunos de graduação e, por outro, poderia dar margem à justificativa do questionamento de se a psicanálise seria incapaz de se inserir na midiática da "comunidade científica internacional" (confira o debate ocorrido no VI Congresso Norte Nordeste de Psicoló-

gia (CONPSI), em maio de 2009, em torno da questão da clínica do autismo²) já que, na contramão dessa midiática, a psicanálise não compreende nenhuma hegemonia.

Por outro lado, ao longo da pesquisa também pudemos verificar que não é verdade que a psicanálise está fora dos debates da comunidade científica internacional. O fundador da psicanálise já se preocupava com isso, mas observava, em 1916-1917, que

o que caracteriza a psicanálise, como ciência, é menos a matéria com a qual trabalha e mais a técnica da qual se instrumentaliza. Podemos, sem violentar sua natureza, aplicá-la tanto à história da civilização, à ciência das religiões e à mitologia, quanto à teoria das neuroses. Seu único objetivo e sua única contribuição consistem em descobrir o inconsciente na vida psíquica (FREUD, 1961, p. 366).

A articulação entre psicanálise e ciência nos interessa quando toca o ponto dos efeitos que provoca essa prática na saúde mental, mas que devem ser medidos a partir de parâmetros próprios. A psicanálise é sempre efeito da presença de um psicanalista e cada psicanalista é produto de sua própria análise. Assim, antes mesmo de identificar os parâmetros para uma eventual medida, a pergunta que se coloca é: o que leva um profissional a se dizer psicanalista? O que ele propõe como psicanalista na prática da saúde mental? Essas questões se mantiveram também ao longo da primeira fase de pesquisa e nos levaram a prosseguir com a pesquisa nas instituições formadoras de psicanalistas. Será que nessas instituições encontraríamos coesão quanto ao que faz o psicanalista na saúde mental? Temos este estudo em andamento, mas se faz necessário entender que no campo da saúde mental, quando procuramos por psicanalistas, não encontramos coesão quanto ao que se propõem, nem quanto ao que praticam, e mesmo encontramos pensamentos antagônicos sobre o que faz o psicanalista nesse âmbito.

Para que comecemos a nos situar diante de tantas questões, iniciamos com a retomada da leitura de *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*, de Ana Cristina Figueiredo (1997). Figueiredo começa seu livro mostrando-nos que não existe uma psicanálise, mas sim "psicanálises". A autora distingue três modelos: kleinismo (inglês); psicologia do ego (americano) e o movimento laciano (francês) e, considerando essas vertentes, ela se questiona sobre qual seria o ponto de intersecção entre todos, levantando como hipótese a referência a Freud.

Apesar da amplitude teórica que recebe o nome de psicanálise e das dificuldades reais de se iniciar um trabalho de análise, será possível usar essa teoria e técnica em prol da saúde mental? Ou ainda mais: há algo que podemos chamar de psicanálise no contexto da saúde mental? Esse artigo retoma o encontro de alunos de graduação em psicologia com essas questões e de modo algum visa respondê-las, mas trazer o testemunho do impacto causado no início da formação desses estudantes. Aliás, é também testemunha da importância de levar os próprios alunos a levantar questões sem respondê-las e buscar no campo pesquisado a eventual multiplicidade de respostas que os diferentes sujeitos entrevistados dão.

2 RELEVÂNCIA DO TEMA

Em "Linhas de progresso na terapia psicanalítica" Freud em 1919 previa que, no futuro, as autoridades estariam mais alertadas à necessidade do atendimento da população de forma geral, afirmando que: "o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência psíquica quanto tem agora a ajuda oferecida pela cirurgia, pois as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose" (FREUD, 1977b, p. 210).

Nesse mesmo trabalho, Freud pontua alguns elementos da psicanálise, dizendo que sua principal função é trazer o material inconsciente à tona, entendendo melhor os elementos dos processos psíquicos de modo que o paciente consiga se apropriar deles e lhes dar melhor arranjo.

Essa explicação de Freud em 1910 pode parecer elementar, mas sabemos que se trata de todo um processo. A complexidade de trazer tal material inconsciente à consciência é apontada também quando se lê que não é pelo simples fato de revelar seus conteúdos inconscientes que o sujeito ficaria livre de seu sintoma (FREUD, 1977a). É preciso que fique claro que o psicanalista procurará se aproximar do conteúdo recalçado, mas é o sujeito quem se deparará com tais questões. O saber sobre si encontra-se no próprio sujeito. Freud em 1910 adverte psicanalistas para que não façam psicanálise selvagem com seus pacientes, tentando a todo custo lhes revelar os conteúdos inconscientes. Escreve:

o paciente deve, através de preparação, ter alcançado ele próprio a proximidade daquilo que reprimiu e, segundo, ele deve ter formado uma ligação suficiente (transferência) com o médico para que seu relacionamento emocional com este torne uma nova fuga impossível. (FREUD, 1977a, p. 237).

Lacan trouxe acréscimos fundamentais para a teoria e técnica da psicanálise, nos quais não poderemos nos aprofundar. Porém, Freud e, posteriormente, Lacan construíram um arcabouço teórico sobre a clínica, fundamental para qualquer desenvolvimento do tratamento pela psicanálise nos dispositivos de saúde. Também por isso, há hoje no Brasil um trabalho importante da psicanálise nas instituições de saúde mental, de saúde pública, nos dispositivos clínicos em saúde mental oriundos das mudanças nas formas de tratamento da loucura, e também nos hospitais gerais, postos de saúde e nas mais diferentes práticas clínicas. A inserção da psicanálise nas Reformas Psiquiátricas já foi historiada por vários autores. A título de exemplo, chamamos a atenção para o artigo "Breve história da reforma psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual", publicado na Revista Saúde em Debate (ALBERTI; COUTO, 2008) que nos deu subsídios para uma visão ampla do assunto.

Ao mesmo tempo, quando vamos às instituições de saúde mental e entramos em contato com esse trabalho da psicanálise, muitas vezes nos deparamos com uma multiplicidade de interpretações quanto ao que é a psicanálise e sua prática junto à saúde mental. Independente do fato de Freud, como pode-se ler na citação acima, afirmar, já em 1919, que a psicanálise não deve ser elitista, que ela poderá ter uma importância para todos que quiserem, a questão que se coloca atualmente, quando de certa forma já estamos no futuro prenunciado em 1919, é como e se efetivamente isso acontece. O trabalho que ora apresentamos pretende contribuir para essa avaliação.

3 DELIMITAÇÃO DA QUESTÃO

A questão que se colocava para a pesquisadora coordenadora do projeto era: se de um lado, alguns psicanalistas que também têm vinculação com sua própria formação enquanto psicanalistas e que sustentam, ao mesmo tempo, uma prática em algum dispositivo assistencial em saúde mental, no Rio de Janeiro, vêm cada vez mais elaborando teoricamente a prática que desenvolvem, articulando-a à psicanálise, tanto no que tange sua teoria, quanto a sua clínica e a sua ética, confira, por exemplo, Rinaldi e Alberti (2009), e sustentando até mesmo um Grupo de Trabalho na Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Psicologia (ANPEPP) sobre "Os dispositivos

clínicos em saúde mental", de outro lado, o que será que acontece com outros analistas que não buscam essa formalização e mesmo assim atuam em instituições assistenciais?

As primeiras instituições pesquisadas por nós foram instituições de assistência à população, públicas, em que havia psicólogos trabalhando em equipes multidisciplinares. Os resultados foram surpreendentes. Tanto a observação que os bolsistas de iniciação científica faziam na prática cotidiana enquanto estagiários, quanto os resultados das entrevistas que faziam com os profissionais que trabalhavam nessas instituições e que, de bom grado, aceitavam participar da pesquisa, levaram à seguinte conclusão: a maior parte do material recolhido testemunha a não existência de qualquer homogeneidade quanto ao que seria o lugar da psicanálise na prática cotidiana de um dispositivo de saúde mental, nem entre os próprios profissionais que se dizem psicanalistas, nem entre os outros profissionais que trabalham com eles na mesma instituição, cada um tendo uma idéia própria sobre o que fazem psicanalistas dentro das instituições!

Tanto no trabalho em equipe, quanto no atendimento clínico de cada paciente em uma dada instituição – ao longo dos anos a pesquisa já examinou a questão em pelo menos sete instituições de diferentes especialidades: psiquiátricas, serviços hospitalares, um posto de saúde, um serviço para usuários de drogas –, psicólogos que na maioria das vezes se dizem psicanalistas não têm a mesma idéia do que é a psicanálise num serviço público, nem tampouco seus colegas de trabalho têm a mesma idéia sobre o que seria o trabalho do "psicólogo psicanalista" na instituição. Há aquelas em que esse trabalho é mais criticado, há outras em que é mais respeitado. Ainda há colegas que se dizem psicanalistas que não crêem na possibilidade de se fazer psicanálise em um serviço público, e quando perguntados quanto ao que então fazem, respondem que é "de tudo um pouco"³.

Em um único serviço pesquisado as respostas dos diferentes entrevistados apresentaram coerência entre si. Nesse serviço, todos os entrevistados que se diziam psicanalistas, afirmavam ter formação lacaniana. Tal fato chamou nossa atenção porque nos permitiu associá-lo a uma observação que se encontra no livro de Figueiredo (1997), segundo a qual é provável que a referência à teoria de Jacques Lacan tenha introduzido uma formalização. Figueiredo afirma que "Em minha amostra não

encontrei ninguém que defenda um trabalho psicanalítico no serviço público e se diga psicanalista sem hesitar, que não tenha uma ligação com o pensamento lacaniano. Isto não é novidade" (FIGUEIREDO, 1997, p. 96). Com efeito, nesse único serviço em que se verificou uma coerência nas respostas de vários entrevistados, trabalham somente psicanalistas cuja formação é freudiana e lacaniana.

Vale lembrar que já em 1921, Freud (1977c) orientava o psicanalista para o fato de que toda psicologia individual é também uma psicologia social, argumento também fundamental no livro de Figueiredo, ou seja, que o atravessa, e que, portanto, de uma forma ou de outra, fundamenta qualquer psicanalista, independente de sua orientação teórica na sua prática dentro de uma instituição de saúde mental. É base para o acesso da psicanálise às diferentes camadas da população e é base para qualquer prática psicanalítica na instituição. Se Lacan desenvolve o conceito de *desejo do psicanalista* como o que garante uma psicanálise (COTTET, 1989), e se tal desejo é fruto da relação do psicanalista com a sua própria análise a partir da qual se formou psicanalista, então talvez não seja mesmo possível encontrar uma resposta unívoca para o que faz um psicanalista dentro da instituição. Cada psicanalista o responderá a partir da sua própria experiência. Ressaltamos, no entanto, que é muito diferente esta resposta de um psicanalista, do tipo de respostas que também encontramos em nossa pesquisa, proferida por profissionais que se diziam psicanalistas mas que julgavam não ser possível fazer psicanálise na instituição porque esta não o comporta... neste caso, de saída, nem mesmo se aposta na doutrina freudiana segundo a qual toda psicanálise individual é também uma psicanálise social...

Em se tratando de apenas uma hipótese levantada por Figueiredo, quisemos retomar a questão. Se há tamanha diferença de opiniões no interior das instituições sobre o que é a relação da psicanálise com a saúde mental, quais seriam as razões para tal?

Em artigos anteriores, pudemos levantar uma hipótese segundo a qual uma diversidade de orientações teórico-clínicas numa mesma equipe de psicólogos trabalhando nas instituições não é necessariamente uma vantagem para a interlocução com a equipe multidisciplinar, nem para os próprios psicólogos que nela trabalham, nem mesmo para os usuários. O que se vê é que cada vez que uma equipe de

psicologia tem uma formação muito heterogênea, há pouco diálogo, pouca troca e debates de casos clínicos, e isso desorienta os outros membros das equipes multidisciplinares, podendo não só ser prejudicial ao atendimento dos usuários, como também aos psicólogos eles mesmos, levando-os a fazerem um trabalho cada vez mais distanciado de suas formações. Observa-se que nesses casos é bastante comum os psicólogos estarem mais ocupados em responder a pedidos de parecer do que construir uma clínica tal que lhes permita crescer profissionalmente.

Observe-se que a pesquisa em andamento há alguns anos identifica as questões em diferentes serviços de psicologia, mas se ocupa somente daquilo que tange à psicanálise. A questão que ela se coloca é sobre as equipes de psicologia em que há psicanalistas, ou seja, profissionais que se identificam como tal, tanto diante das equipes multidisciplinares, quanto diante dos estagiários, alunos de iniciação científica que se interessam em entrevistá-los. A razão dessa delimitação diz respeito ao campo da pesquisa ela mesma, que visa verificar o lugar da psicanálise no campo da saúde mental.

Diante dos resultados anteriores aqui rapidamente indicados, nosso trabalho no último ano procurou dar uma sequência à pesquisa, a partir de dois enfoques:

- a) seria possível entender um pouco mais o que acontece com a psicanálise nos dispositivos de saúde mental se nos ativermos então, mais especificamente, à discussão da conduta diante de casos clínicos singulares e à sua abordagem dentro da instituição?;
- b) se há tamanha diferença de opiniões no interior das instituições sobre o que é a relação da psicanálise com a saúde mental, e se isso eventualmente se deve às diferenças nas formações dos psicólogos que trabalham juntos numa mesma equipe, será que essa diferença também existiria na visão das instituições que têm por objetivo formar psicanalistas? Esta segunda questão não será desenvolvida nesse artigo, mas abriu caminhos para pesquisas ulteriores.

4 A PARTICULARIDADE DA ABORDAGEM PSICANALÍTICA

Na prática cotidiana em hospitais, ambulatórios e dispositivos clínicos da saúde de

forma geral, a abordagem psicanalítica difere da maior parte das outras abordagens em função do fato de a psicanálise postular um sujeito que é necessariamente dividido. Tal postulado teórico depreendeu-se da clínica psicanalítica e orienta a prática da psicanálise a ponto de determinar sua ética. Disso se desdobram algumas consequências que julgamos fundamentais:

- a) não há prática psicanalítica possível sem o lastro dado pela teoria que postula o sujeito de uma determinada forma;
- b) tal forma é determinada pelo fato de que toda teoria psicanalítica advém da verificação clínica;
- c) não há prática psicanalítica fora da colocação em evidência do sujeito, seja na clínica quando ele se presentifica na fala, seja no campo da saúde mental, quando ele se presentifica no lugar do outro ao qual o discurso do psicanalista se dirige. Em consequência, há que se ter muito cuidado na abordagem do sujeito propriamente dito, vide por exemplo, todo desenvolvimento feito por Elia (2007). Ora, o termo é hoje empregado de maneira bastante ampla, mas a psicanálise evolui justamente porque o sujeito evolui, e sua teoria também. Onde o julgamento de que todo estudo e aprofundamento do sujeito é absolutamente necessário quando se trata de ancorar nossa prática e nossa clínica. Por outro lado, há o sujeito e há também seu corpo, nem sempre subjetivado, mas que é palco ou objeto de inúmeras intervenções quando se trata da saúde. Sabemos que é fundamental que o sujeito possa se assenhorar do corpo, mas às vezes não vemos o quanto o sujeito é corpo, às vezes a ele reduzido, por exemplo, em algumas situações no hospital.

Associam-se ao estudo do sujeito e de seu corpo do ponto de vista da psicanálise alguns conceitos sem os quais é impossível nos situarmos na orientação dada pela nossa relação com a causa freudiana, dentre os quais listamos o sintoma, a pulsão e a concepção freudiana da cultura. O sintoma por um lado porque, para além da fala, é ele que viabiliza a manifestação do sujeito, inclusive em seu corpo; por outro lado, porque sua acepção pela psicanálise é parâmetro de diferenciação da abordagem do psicanalista para com trabalhadores referidos a outros discursos que encontramos quando

trabalhamos no contexto da saúde mental, por exemplo o médico, o psicólogo, o nutricionista, o assistente social, o fonoaudiólogo, entre outros. A pulsão, um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, segundo Jacques Lacan em 1963-1964, porque orienta a teoria psicanalítica quanto ao que move o sujeito para muito além do campo da biologia (LACAN, 1993). Na medida em que a pulsão é um conceito forjado por Freud para verificar tal movimento, ela implica tanto as quantidades de energia psíquica, quanto a forma como cada um as subjetivará. Finalmente, a própria cultura, tendo em vista, como dito, que do ponto de vista da psicanálise, toda psicologia é tanto social quanto individual, não há uma sem a outra.

Pois bem, para pensarmos a orientação teórica que nos sustenta na clínica e que, ao mesmo tempo, é sempre colocada à prova nas práticas que exercemos como psicanalistas, não há como nos excetuarmos de nossa relação com a ciência (MILNER, 1996). Lacan em 1966 diz que o sujeito da psicanálise é o sujeito da ciência, mesmo se esta o foraluciu (LACAN, 1998). A diferença entre psicanálise e ciência nesse âmbito é justamente essa: a ciência foraluciu o sujeito, a psicanálise só se sustenta porque se dirige para ele – conforme o discurso do psicanalista cunhado por Lacan em 1969-1970 (LACAN, 1992).

Para poder levar em conta o sujeito e ao mesmo tempo não trair sua raiz, ou seja, o próprio discurso da ciência, a psicanálise teve que criar alguns parâmetros que lhe permitem situar-se no campo que a fez emergir, com Freud. Cedo, Lacan identificou esses parâmetros a partir de três registros, três dimensões, como diria mais tarde, em que o sujeito se manifesta: o real, o simbólico e o imaginário.

São três dimensões, mas "estritamente equivalentes" no sentido de que são três consistências que têm o mesmo valor (LACAN, [1974]). São equivalentes e quando articuladas borromeamente, cada uma fura a outra, de modo que as três são, necessariamente, furadas (LACAN, [1975]).

Lacan em 1954-1955 introduz esses conceitos falando da relação do homem com a sua imagem no espelho (LACAN, 1985a). Nosso mundo é simbólico e é através da palavra que podemos nos reconhecer, como uma troca de símbolos. Inicialmente, Lacan compara a mãe à figura de um cego, num sentido metafórico, pois não vê seu filho como é, mal articulado, totalmente dependente, mas sim, vê nele aquilo que ela idealiza e planeja para este ser. Esse

olhar da mãe para o bebê, por sua vez, fascina o bebê que, por conseguinte, enamora-se da imagem que vê no olhar da mãe a refletir o que ele é na idealização dela. Isso se superpõe ao que na realidade ele é: aquele corpo desconjuntado que a mãe, “cega”, não vê. O eu assim fascinado, constitui o eu que é imaginário. “Os raios que voltam para o espelho nos fazem situar num espaço imaginário o objeto que se acha além disso —, em algum lugar da realidade. O objeto real não é o objeto que vocês vêem no espelho” (LACAN, 1985a, p. 64).

O eu simbólico é outro: ele foi nomeado. O eu simbólico é o nome, a referência significativa que dá uma existência. O sujeito se reconhece nessa referência significativa, esse nome que lhe é dado no simbólico, o que lhe dá um lugar entre os homens. “O sujeito se coloca como operante, como humano, como “eu”, a partir do momento em que aparece o sistema simbólico” (LACAN, 1985a, p. 72). É o simbólico que dá ao homem uma existência, pois a existência é simbólica. Com o eu simbólico, o sujeito não está mais completamente à mercê de exclamações cegas ou fascínios idealizados na relação especular. Estas se tornam identificações efêmeras.

Quando se trabalha em hospitais, ambulatórios, CAPS, e na relação com as diferentes políticas de saúde mental hoje, uma das coisas mais importantes para um possível diálogo se dá pelo viés de referências que poderiam ser compartilhadas. Há uma forma de postular a psicanálise rejeitando perigosamente os avanços das ciências na ilusão de com isso poder proteger a psicanálise de vir a ser subsumida pelo cientificismo. Aparentemente heróica, esta tentativa de proteger a psicanálise está fadada ao fracasso. Primeiro porque não há saber que se sustente enquanto tal se não puder fazer frente aos questionamentos que o avanço científico impõe; segundo, porque tais tentativas de proteção necessariamente podem levar à dúvida quanto à solidez teórica da psicanálise: se ela pode ser tão facilmente destruída por um outro saber que seria mais forte – e não importa tanto aqui que a essa força se associem interesses de capital⁴ – então a psicanálise provavelmente não se sustenta. Nossa responsabilidade como psicanalistas que também trabalham no campo da saúde mental é de sustentar a dupla abertura da clínica para a teoria e da teoria para a clínica, sem o que corremos sempre o risco de, nesse campo e em qualquer outro, transmitir outra coisa que a psicanálise.

A clínica psicanalítica não implica somente

o paciente, mas o próprio contexto em que está inserido, desde sua família até os diversos profissionais de saberes e práticas das diferentes disciplinas. A psicanálise, por trabalhar com o inconsciente, única via de acesso para qualquer pesquisa que se intitule psicanalítica, só pode ser realizada pela clínica que:

[...] não é lugar de aplicação de saber, mas de sua produção, o que significa que, havendo produção de saber, há necessariamente condições para a prática clínica, uma vez que o saber produzido [...] foi gerado a partir de uma experiência em que o sujeito está necessariamente implicado (ELIA, 2000, p.32).

Essas considerações só nos permitem pensar o trabalho do psicanalista na saúde mental fundamentalmente na contramão de um saber previamente estabelecido. É do lugar de analista instituído no dispositivo analítico – lugar que o pressupõe tanto escutar quanto causar o sujeito a poder falar – que um saber vai ser construído, mas que não sutura. Conforme então a ética da psicanálise, diferentemente dos códigos de ética da medicina e da psicologia que, cada uma, tem um código específico, o psicanalista procurará promover o bem dizer tanto da relação do sujeito com seu desejo quanto com seu gozo. Se a ética da medicina se liga ao humanitarismo, qualificando-se a partir da ética dos cuidados, desde Hipócrates, cabe ao psicanalista que trabalha com o médico e com tantos outros agentes da saúde subsidiá-los a suportarem o fato de que o bem do próximo muitas vezes mais o anula do que sustenta, na medida em que o próximo, como Freud já alertava em 1930, é somente uma projeção narcísica do si mesmo (FREUD, 1975a). Nem sempre o que a equipe multidisciplinar pode identificar como um bem para seu paciente é por este identificado como bem, o que talvez sempre será uma das maiores dificuldades no trabalho na saúde mental, pois muitas vezes é frustrante justamente no contexto dominado pela ética dos cuidados. E somente uma sólida ancoragem teórica na psicanálise e uma formação psicanalítica que tenha sustentado o encontro com o rochedo da castração (FREUD, 1975b) ancorará o próprio analista a transmitir para os demais membros de uma grande equipe as impossibilidades do ato terapêutico – desde Freud analisar é uma das três tarefas impossíveis. A psicanálise não é uma clínica que trabalhe simplesmente com a escuta – característica de toda clínica – mas, sobretudo, com a fala! Ela promove a fala de cada sujeito que concorda de nela se inserir.

Um dos dispositivos do campo da saúde mental que privilegia a possibilidade de o psicanalista transmitir isso à equipe é o trabalho de oficina. Por exemplo, a oficina em que se discute casos entre diversos profissionais e em que uma linha de atendimento é traçada, que pode ir desde o tratamento psicanalítico, psiquiátrico, até uma intermediação com as instâncias do social e jurídicas. É um tipo de atividade que cria a possibilidade de que em alguns momentos possa vigorar o discurso do psicanalista, pois o psicanalista que ali atua está como agente do discurso, como objeto a causar o trabalho analítico, permitindo que o sujeito na posição do outro rememore, repita e elabore suas próprias questões a partir do que o determina em sua singularidade. E todos os profissionais envolvidos acabam por construir um saber sobre o encaminhamento possível para cada caso.

Para o psicanalista nada é pronto.

Ainda que esteja inscrito em um contexto histórico e geográfico específico, o sujeito é o efeito da articulação discursiva possível de ser construída na linguagem como referência de si, diante dessa invasão que é o corpo com seus movimentos, que é o Outro com suas demandas, que é a vida com sua pulsação. Assim, para a psicanálise, o sujeito é evanescente, é o efeito do deslizamento da cadeia discursiva. Ele não é somente um sujeito incluído com seu corpo na história. Ele é o efeito da maneira como se subjetiva e se inscreve em sua cultura (GUERRA, 2010, p. 93).

Para o psicanalista as coisas são construídas, mesmo dentro da instituição. Além disso, ele deve estar o mais advertido possível do fato de que não há clínica sem o duplo movimento de avanços e retrocessos. O psicanalista sabe do mal estar na cultura e sabe que não se tem como dar conta disso. Assim, sua aposta também na saúde mental é de que cada sujeito pode se ocupar de dar conta do seu mal estar, em particular, na cultura.

Nunca se viu tantos psicólogos nos serviços públicos de saúde. Assim, é também nossa responsabilidade de transmitir o que é possível fazer, uma vez que há uma história de cuja construção participamos e em relação à qual seremos sempre devedores. Além disso, por sabermos que não atenderemos às demandas que não permitam sustentar a demanda de tratamento – primeira regra para uma psicanálise possível: não responder às demandas –, escutemos tudo o que quiserem nos falar sem jamais esquecer que, para poder agir de nosso lugar é preciso saber que isso implica também respeitar limites, nós somos limitados, ou

seja, não podemos responder a tudo! E antes de mais nada, para poder trabalhar devemos poder ditar nossas próprias condições de trabalho, que não são muitas, mas são algumas.

A partir disso, uma gama enorme de situações clínicas pode passar a ser repertoriada, tanto do trabalho com a própria equipe multidisciplinar quanto com os pacientes. Por ora, mantenhamo-nos nas questões que a clínica coloca. Eis um desafio de que já podemos dar algum testemunho.

5 O TRATAMENTO DE UM CASO CLÍNICO EM UM SERVIÇO PSIQUIÁTRICO

Apesar de os primeiros resultados da pesquisa indicarem que a maioria dos profissionais em equipes multidisciplinares julgaram impossível trabalhar com a psicanálise em serviços da rede pública, Figueiredo (1997) nos mostra que, se existem inúmeras dificuldades para a aplicação da psicanálise na rede pública de saúde, é possível sim realizar um trabalho de psicanálise nessa rede. O que se observa no cotidiano do trabalho no campo da saúde mental é que atender um paciente nem sempre significa de fato “valorizar a fala dos pacientes, acolher com escuta, suportar e transformar as demandas” (FIGUEIREDO, 2000, p.124). Em nossas diferentes práticas, verificamos que o trabalho no campo da saúde mental nem sempre respeita o paciente como cidadão, tendo em vista as inúmeras dificuldades que o trabalho impõe ao psicólogo, médico, assistente social e a tantos outros que trabalham na rede. A questão é: como a psicanálise pode ajudar a resituar o paciente como sujeito? É no intuito de demonstrá-lo que passaremos agora a relatar o caso clínico. Ele nos abre a possibilidade do exercício crítico, primeira condição para uma prática que vise um reposicionamento do trabalhador de saúde mental. Propomos, através do estudo do caso, que é possível exemplificar de que maneira o discurso psicanalítico, por focar o sujeito dividido da linguagem, reivindica sua posição na clínica da saúde mental. Na realidade, “para que o trabalho na orientação da psicanálise opere seus efeitos de sujeito [...] deve haver ao menos um psicanalista, sustentando no meio de tantos outros essa qualidade a partir da experiência do sujeito, a cada caso” (FIGUEIREDO, 2010, p.14).

Para além da assistência aos usuários, o hospital psiquiátrico em que se realizou esse

estágio tem uma função formadora, inclusive como residência não só para médicos, como também na interlocução com outras áreas, em diferentes disciplinas em saúde mental. Pudemos verificar, a partir de nossa prática nesse hospital, o quanto o discurso médico ainda, e paradoxalmente, se orienta pela concepção biologizante, muitas vezes negligenciando o sujeito, não prestando atenção para eventuais determinações históricas e significantes de um quadro sintomático.

Tomamos como exemplo um caso da enfermaria psiquiátrica, de uma mulher de 29 anos, evangélica, internada por conseqüência de uma crise psicótica após dar à luz a um menino, seu terceiro filho. A chamaremos Irene.

Esse foi um caso atendido por um dos integrantes da pesquisa inserido num serviço público de saúde como estagiário. O caso teve acompanhamento na própria instituição e, paralelamente, o aluno que realizou os atendimentos levava para a pesquisa diversos pontos que o inquietavam durante este trabalho. A partir do acompanhamento realizado junto à paciente, pudemos observar a importância da atenção aos fatos subjetivos e a necessidade de uma articulação entre o sintoma e a história da paciente, para melhor decantar o que se apresenta como patológico.

Segundo o prontuário, Irene apresentava um quadro de confusão e delírio, queixando-se de que tinha morrido e estava no inferno e que sua mãe e seu pai seriam sócias, colocados em substituição aos verdadeiros, pelo demônio. A paciente não possuía histórico de internação psiquiátrica, no entanto teria tido um quadro clínico semelhante na ocasião do nascimento de sua primeira filha, tendo sido tratada por um neurologista e tendo voltado à normalidade pouco tempo depois. O diagnóstico dado pelo médico nesse primeiro episódio foi de psicose puerperal. Ele prescreveu tratamento medicamentoso e acompanhamento psicoterapêutico. Esperava-se uma rápida recuperação do caso, que de fato ocorreu. Irene teve mais um filho do mesmo pai, e não há relato de intercorrência na ocasião. A internação psiquiátrica só ocorreu após o nascimento do terceiro filho.

Quando conhecemos Irene, dizia que estava no inferno porque seu pai havia dito que quando ela tivesse esse filho sua vida, enfim, seria um inferno. Segundo a paciente, as "punições" que agora estava vivendo eram em decorrência de "pecados" que começou a cometer aos sete anos de idade, quando beijou e acariciou o namorado de sua irmã de criação

- que depois se tornou seu cunhado. Irene conta também que pouco tempo depois trocou carícias com "um rapaz que morava na mesma casa", ele então com 16 anos. Anos mais tarde, ela foi morar com esse rapaz à revelia de sua família, Irene tinha 15 anos.

Irene é filha adotiva, e sempre o soube. O rapaz em questão é, na verdade, outro filho adotivo de seus pais, ou seja, seu irmão de criação, o que é negado por Irene.

Na ocasião do nascimento de sua primeira filha, um ano depois de ir morar com esse rapaz, fruto, portanto, de uma relação incestuosa, deu-se a primeira crise relatada no prontuário, quando foi acompanhada por um neurologista que a medicou encaminhando-a à psicoterapia. Na ocasião desse primeiro surto, Irene fez seu primeiro delírio de que seus pais (adotivos) teriam sido substituídos por sócias. Tal delírio se baseava no fato de que, na sequência de uma briga dela com a mãe por conta do namoro com o irmão adotivo, a mãe teria dito pela primeira vez que se arrependeu da adoção. Irene observa: "minha mãe adotiva legítima nunca diria uma coisa dessas". Depois do nascimento do segundo filho, o *marido* [sic] a abandonou e ela passou a trabalhar como garçonne e a prostituir-se ocasionalmente, saindo com homens que freqüentavam o bar onde ela trabalhava.

Irene relata que prosseguiu mantendo relações "promíscuas" ao tempo que freqüentava uma "seita do diabo" [sic] até os 23 anos quando, durante o Ano Novo, teve outra crise e tentou se matar. Irene relatou que estava mudando de roupa no quarto da irmã, quando o pai abriu a porta e a viu semi-nua. Segundo a paciente, tratava-se do sócia e não de seu pai legítimo, e ele queria matá-la. Para evitá-lo, fugira, indo passar uma semana na casa de uma amiga. Quando a família a encontrou, tentou se matar.

Depois do episódio do Ano Novo, Irene passou a alternar períodos de "promiscuidade" e briga com a família (inclusive tendo tentado matar a mãe com uma faca) e períodos em que frequentou uma igreja evangélica. Segundo a paciente, sua mãe teria tentado proibi-la de ser evangélica, relato que se confunde com outro, de que a família e os vizinhos a chamavam de prostituta quando ela estava frequentando a igreja.

Em um dos momentos em que estivera afastada da igreja, levou para morar em sua casa um morador de rua que é 40 anos mais velho que ela. Hoje supõe ser esse senhor o pai

de sua filha – terceiro parto. Mais uma vez Irene entrou em constantes conflitos com a família durante a gravidez. Seus pais se opunham à nova gestação, às suas “relações promíscuas” e a seus descuidos para com os dois primeiros filhos. Em uma das brigas, diz para o pai, que a acusava de ser filha adotiva e de ser hipócrita em relação à religião, que ele estava pecando ao acusar uma evangélica e que por isso iria para o inferno. Foi em resposta a essa fala que veio o vaticínio do pai: “Quando esse filho nascer, você vai estar no inferno”.

Se levarmos em consideração o conteúdo do relato de Irene, que se abriu com o estagiário em razão de uma forte relação transferenceal, é possível constatar, através de uma concepção estrutural, sua posição subjetiva. Irene é uma paciente psicótica, e sua psicose foi desencadeada por ocasião do nascimento do primeiro filho. Segundo Freud em 1924, na psicose identificam-se duas etapas: primeiro, a perda da realidade, insuportável para o eu; em seguida, a tentativa de criar uma nova realidade com os conteúdos do isso (FREUD, 1977d). Notamos que Irene, mediante a acusação de estar sustentando uma relação incestuosa com o irmão, nega que ele seja seu irmão de fato. Irene nega de forma delirante – recusando essa realidade –, a legitimidade da fala da mãe que a acusava de incesto. Ao fazê-lo, nega à mãe (e ao pai) a legitimidade da maternidade e da paternidade deles, construindo delirantemente uma nova realidade: são sócias ou mesmo colocados nesse lugar pelo demônio.

Para Lacan, a forclusão do significante do Nome-do-Pai é o mecanismo psíquico que caracteriza a posição subjetiva psicótica. É a lei simbólica instaurada pelo Nome-do-Pai, através da metáfora paterna, que barra o Outro, ordenando o sujeito no campo da linguagem, a partir da lei simbólica universal da proibição do incesto. Ora, é justamente diante da maternidade e da acusação de uma relação incestuosa que a forclusão do Nome-do-Pai se presentifica no caso: Irene nega que o irmão seja seu irmão, declara que os pais são sócias, interpreta que está literalmente no inferno, a partir do vaticínio do pai. Com sua própria fala, Irene pode tecer a trama que a levou à internação, fazendo de nós testemunhos de seu sofrimento – confirma a fórmula de Lacan 1955-1956, de que o psicanalista deve ser o secretário do alienado e, portanto, testemunha do esforço que o sujeito faz de construção de seu caso na tentativa de elaborar sua situação (LACAN, 1988). Foi por estarmos atentos

a isso que pudemos ouvir Irene. Infelizmente éramos somente estagiário e não éramos os únicos a atendê-la.

No hospital, o discurso que dirigiu de maneira unânime a internação de Irene não a tomou como sujeito. Cada sintoma foi lido de maneira imediatista e enquadrado em uma classificação diagnóstica. Irene foi medicada e as alucinações, a agitação e o delírio diminuíram. No entanto o quadro se agravou, pois a relação de Irene com a família se deteriorou, multiplicaram-se as agressões físicas entre ela e os pais, a ponto de a mãe declarar que ela não mais poderia ir a sua casa, nem ver seus filhos, nem mesmo receber ajuda financeira da família que, mal ou bem, possibilitava seu sustento.

Se para nós estava claro que se tratava de um caso de psicose, com claro desencadeamento no momento em que Irene pariu o filho de seu irmão adotivo há vários anos atrás, a equipe desconhecia toda sua história e reduzia o caso a uma psicose puerperal, ocasionada pelo nascimento de seu terceiro filho, na realidade filha, cujo pai era, provavelmente, o senhor muito mais velho que ela havia acolhido em sua casa. A leitura biológica da psicose puerperal feita pela equipe no primeiro momento, baseava-se, sobretudo, em uma suspeita de *transtornos hormonais* em consequência da gestação e do parto. O problema é que essas “questões hormonais” não cediam... Quando a paciente chegou a três meses de internação foi considerado que seria inadequada a sua permanência no hospital, porém foi exatamente um momento em que a paciente estava pior (havia muitas brigas familiares). Sem grandes explicações, juntamente com a decisão súbita de alta (afinal, burocraticamente era interessante desocupar esse leito), foi feita uma mudança de diagnóstico, agora se podia ler no prontuário de Irene o diagnóstico de esquizofrenia paranóide.

Com o objetivo de ela poder ir para casa, muda-se o diagnóstico, considera-se que os sintomas já estão controlados e que a queixa das brigas com a família não são questões psiquiátricas. Dessa forma, não se escuta o que a própria paciente vinha apontando: sua impossibilidade de ir para casa naquele momento e as precárias condições da família em recebê-la naquelas condições. Como efetivamente não era possível tal encaminhamento, decidiu-se, finalmente, de uma hora para outra, encaminhar Irene para um CAPS, como uma forma de passar o problema para outra instituição.

6 DISCUSSÃO

Desde o início de nosso contato com Irene, em função da transferência positiva que pode fazer e em decorrência de nossa escuta, pudemos ser testemunha da tentativa que a paciente fazia de recontar sua história. Foi porque pudemos nos prestar a isso que tivemos acesso às verdadeiras questões de Irene, e disso ninguém mais sabia em todo o trabalho no serviço. Como nossa inscrição no local era simplesmente para estágio, o que comentávamos em reuniões evidentemente não era levado tão a sério quanto o trabalho realizado pelos médicos que tinham assumido o caso. O tempo em que Irene ficou internada pode contar com nossa escuta. Ela nos permitiu diagnosticá-la como esquizofrênica na contramão do diagnóstico médico que apostava numa psicose puerperal de origem orgânica, hormonal. A psicose de Irene não era puerperal, mas implicava seu próprio lugar no mundo e a forclusão do Nome-do-Pai que levou a paciente a não poder se situar nem na família nem na geração. O que fica foracluído do simbólico, como diz Lacan em 1955-1956, retorna no real, e inicialmente Irene foi viver com o irmão adotivo, com quem tem dois filhos. Ao cohabitar com um homem muito mais velho que encontrou na rua e a quem ela adotara, repete, de forma invertida, o gesto de adoção que seus pais fizeram com ela e com o irmão. A filha que nasce dessa união é também mais uma vez ela, o que fez com que ficasse insuportável assumir mais essa maternidade (LACAN, 1988).

Há todo um trabalho que a psicanálise pode fazer na saúde mental, não só com os usuários, também com os membros da equipe. Nesse momento do estágio, tudo isso era bastante difícil para nós, e não pudemos nos fazer ouvir com relação aos comentários que fazíamos do caso. Mas aprendemos que não basta escutar o sujeito, lhe dar lugar de fala, mas é também preciso uma maior interlocução com a equipe para que ela possa escutar, através do que podemos relatar de nosso trabalho de assistência, que ali onde se vê somente um corpo biológico sofrendo as consequências de um parto, há um sujeito, uma história, uma questão. Eis como aprendemos um pouco mais sobre o que um psicanalista pode trabalhar no campo da saúde mental, assim como sobre suas dificuldades em seu trabalho.

NOTAS

4. RIO DE JANEIRO (Município). Lei Municipal nº 4709. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/255474/lei-4709-07-rio-de-janeiro-rj>>. Acesso em: 17 jul. 2009.
5. O debate ocorreu na mesa redonda de 7 de maio de 2009, com os seguintes participantes: João Cláudio Todorov, Luciano da Fonseca Elia e Carolina Lampreia, por ocasião do VI CONPSI, Belém, 2009. Nesta mesa, o participante atuante da área comportamental justificava a prevalência da abordagem da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de autistas na rede pública de saúde por participação de tal abordagem na "comunidade científica internacional". cf. "A oferta de tratamentos para o autismo na rede pública de saúde".
6. Todas essas observações derivam de apresentações em Semanas de Iniciação Científica e cujos resumos publicados não podem aqui ser indicados porque se assim o fossem identificariam a autoria do presente artigo.
7. Os interesses capitalistas certamente são massacrantes para a psicanálise e para o sujeito que ela postula, de forma geral, mas, ao mesmo tempo, seria somente o discurso psicanalítico aquele que teria alguma chance de poder dialetizar o do capitalista (LACAN, 1974, p. 33-34) como é o caso dos interesses capitalistas no avanço das neurociências ao fazerem crer que o cérebro poderá vir a dominar o homem pois, assim, eles próprios poderão manipular tal dominação com medicação e exames ultra-específicos.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S.; COUTO, R. Breve história da reforma psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. *Saúde em Debate*, v. 32, p. 49-59, 2008.
- COTTET, S. *Freud e o desejo do psicanalista*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1989.
- ELIA, Luciano. *O conceito de sujeito*. 2. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2007.
- _____. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ELIA, Luciano; ALBERTI, Sonia (Org.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. v. 1, p. 19-35.
- FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- _____. Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, 2000.
- _____. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA, A.M.C.; MOREIRA, J.O. (Org.). *A psicanálise nas instituições públicas: saúde*

mental, assistência e defesa social. Curitiba: CRV, 2010. v. 1, p. 11-18.

FREUD, S. Psicanálise silvestre (1910). In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1977a. v.11.

_____. *Introduction à la psychanalyse* (1916-1917). Paris: Payot, 1961.

_____. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919). In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1977b. v. 17.

_____. Psicologia de grupo e análise do ego (1921). In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1977c. v. 18.

_____. Neurose e psicose (1924). In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1977d. v. 19.

_____. Das Unbehagen in der Kultur (1930). In: _____. *Studienausgabe*. Frankfurt am Main: S. Fischer, 1975a. v. 10.

_____. Die Endliche und die unendliche Analyse (1937). In: _____. *Studienausgabe*. Frankfurt am Main: S. Fischer, 1975b.

GUERRA, A.M.C. Quando um crime surpreende o sujeito. In: GUERRA, A.M.C.; MOREIRA, J.O. (Org.). *A psicanálise nas instituições públicas*: saúde mental, assistência e defesa social. Curitiba: CRV, 2010. v. 1, p. 91-106.

LACAN, J. *O seminário, livro 2*: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-55). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985a.

_____. *O seminário, livro 3*: as psicoses (1955-6). Rio de Janeiro: J.Zahar, 1988.

_____. *O seminário, livro 11*: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1963-64). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985b.

_____. Ciência e verdade. In: _____. *Escritos* (1966). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

_____. *O seminário, livro 17*: o avesso da psicanálise (1969-70). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985c.

_____. *O seminário, livro 21*: os não tolos erram (1973-74). [S.l.: s.n.], [1974]. Seminário não publicado.

_____. *Televisão* (1974). Rio de Janeiro: J.Zahar, 1993.

_____. *O seminário, livro 22*: RSI (1974-5). [S.l.: s.n.], [1975]. Seminário não publicado.

MILNER, J.C. *A obra clara*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996.

RINALDI, D. L.; ALBERTI, S. Psicanálise, saúde mental e universidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2009.

VAZ, P. M. Autistas serão tratados no Rio: novo secretário da pessoa com deficiência promete implementar o serviço na rede municipal. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 4 jan. 2009. Encarte Cidade.

VAZ, P. M. Autistas serão tratados no Rio: novo secretário da pessoa com deficiência promete implementar o serviço na rede municipal. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 4 jan. 2009. Encarte Cidade.