

A psicanálise na instituição de saúde

Cecília Carvalho Meirelles

O trabalho do psicanalista nas instituições públicas de saúde exige aprofundamento. Propõe-se aqui uma forma de trabalho, a da ‘psicanálise em atendimento de curta duração’, seguindo a orientação lacaniana no que se refere às entrevistas preliminares.

“É possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quanto o tem, agora, a ajuda oferecida pela cirurgia, e a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não exista escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes

esses deveres.... Mais cedo ou mais tarde, contudo, chegaremos a isso.”

FREUD, 1919.¹

Uma discussão fecunda e bastante interessante desliza sobre o terreno de atuação da psicanálise. Trata-se de fazer falar e circular alguns argumentos acerca da seguinte questão: qual o trabalho do psicanalista nos ambulatórios e hospitais da rede pública de saúde?

Para além de importantes desdobramentos conceituais que podem ser feitos sobre as nuances nos sentidos existentes nos termos *saúde e doença*, temos diante

Cecília Carvalho Meirelles é psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, psicanalista do Hospital Universitário da USP, doutoranda do IPUSP. Este artigo se baseia na dissertação de mestrado da autora: *Investigação da Psicanálise em Atendimento de Curta Duração em Instituição Pública de Saúde*, sob orientação do Prof. Dr. Luiz Carlos Nogueira, IPUSP, 2002.

de nós um panorama bastante claro da integração da subjetividade nos sintomas humanos.

Nos últimos anos, temos acompanhado uma abertura significativa das instituições de saúde para os profissionais da área de Psicologia. Vários trabalhos têm sido desenvolvidos, em diferentes esferas e de diversas formas, segundo as linhas teórico-clínicas que os fundamentam.

Longe de abranger todos os ângulos possíveis deste amplo campo de atuação, levantamos algumas considerações pertinentes sobre uma forma de atendimento, aqui denominada “psicanálise em atendimento de curta duração” e, mais especificamente, segundo o pensamento lacanianiano.

A primeira questão que desejamos ressaltar é a da possível sobreposição dos campos de conhecimento da psicanálise e da medicina. De maneira geral, dentro de um hospital, o pedido, por parte da direção, de um tratamento psicológico aos pacientes, costuma suscitar no profissional da área psicológica uma resposta similar à da Ordem Médica.² A expectativa de cura é o foco principal nos hospitais e, portanto, engendra intervenções de positividade, rapidez e eficiência.

Observamos que as pessoas, na maioria das vezes, buscam um tratamento que as deixem numa posição de passividade e de espera da “grande solução” definitiva e rápida. Esperam que lhes dêem uma resposta nos moldes do modelo médico tradicional. Neste sentido, Lacan comenta um modelo que pressupõe uma relação do sujeito com o Outro que caracteriza um vínculo no qual o profissional tem o saber e transmite para o paciente esse saber. O sujeito encosta o *mes-tre* contra a parede para que este produza um saber. Saber sobre o gozo que está em causa e que vem mostrar a verdade escamoteada do sintoma. Esta manobra está fadada ao insucesso devido à impotência

do saber em dar conta da verdade do gozo.

A relação analítica fundamentada no discurso imediato dos fatos por parte do paciente e igual escuta do profissional caracteriza o discurso como um discurso *vazio*, que não promove a emergência do sujeito do inconsciente. E quanto a isso, é preciso que o psicanalista esteja muito atento, pois o seu lugar é marcadamente diferente daquele que se orienta pelo modelo médico.

A partir daqui, seguiremos tentando demarcar qual é o trabalho mais característico e concernente ao psicanalista; que limites e que possibilidades lhe são colocados.

Interroguemo-nos, então, sobre o que fazem hoje os *médicos analiticamente preparados* nas instituições de saúde. Um grande número de pessoas procura os hospitais e ambulatórios em busca de alívio para seu sofrimento. Em sua maior parte, o sofrimento procede do corpo, da doença orgânica. Procura ajuda porque têm sintomas físicos, outros por apresentarem sintomas ditos “emocionais” e dirigem-se diretamente ao profissional da área de saúde mental. Neste ponto, coloca-se para nós uma regra fundamental da psicanálise, a demanda, o desejo por um tratamento psicanalítico. Encaminhar um paciente orgânico crônico, por exemplo, ao psicólogo; não é algo tão simples. É preciso que ele queira o tratamento. E esse querer é avaliado por um psi-

canalista de forma muito diversa da do médico. Os pacientes, muitas vezes, dizem aos médicos que *querem*. Querem? Como cada profissional entende o desejo humano?

Mas prossigamos, levando em conta o momento que o paciente marca uma primeira entrevista com o psicanalista, porque assim o deseja. Se o tratamento vier a ter continuidade ele deverá ser, na maioria das vezes, de curta duração, devido a uma política institucional.

A brevidade ou a curta duração tem um caráter extra-analítico por se tratar de uma exigência institucional. Impossibilitado financeiramente ou talvez politicamente de arcar com tratamentos psicológicos longos, o sistema de saúde espera que os atendimentos sejam breves, na esperança de que uma grande quantidade de pacientes possa ser atendida. Como sabemos, a particularidade do tratamento psicanalítico concentra-se basicamente na escuta da singularidade do sujeito, em dar o tempo necessário para o paciente falar. E como no serviço público há uma inevitável pressão em relação à produtividade, exige-se, além do tempo breve, o encaminhamento de um número significativo de pacientes para grupos e a redução dos atendimentos individuais, negligenciando-se a importância da indicação para um ou outro enquadre. Muitas vezes, o elevado número de atendimentos pode comprometer a qualidade destes. A pressão para o aumento de atendimen-

Interroguemo-nos, então,
sobre o que fazem hoje
os *médicos analiticamente
preparados* nas instituições
de saúde.

tos em grupo dificulta, muitas vezes, a possibilidade de os sujeitos serem escutados, e talvez reedite uma história de massificação, na qual singularidade não tem valor nem lugar.

Colocam-se aí, portanto, os aspectos em relação aos quais o psicanalista deve iniciar sua tomada de posição. O tempo de duração das sessões e do tratamento e a indicação da modalidade de atendimento seguem os pressupostos da psicanálise. O mal-entendido das ciências positivistas resulta em um argumento equivocado de que é a psicanálise a responsável pelo longo tempo dos tratamentos. Desde que Freud abandonou o hipnotismo, testemunhamos a inegável importância dos movimentos psíquicos em jogo na formação dos sintomas. Acompanhamos cuidadosamente a relação quase inerente entre temporalidade psíquica e duração do tratamento, entre a cristalização das resistências e a modalidade de atendimento.

O tempo e o contexto de os sujeitos falarem de si mesmos fundamentam-se no particular de cada um. Se o psiquismo tem suas próprias leis e um tempo divergente do tempo cronológico, isto não interessa à Ordem Médica. Ela exige de todos os profissionais da saúde uma fidelidade ímpar à sua coerência objetiva. No hospital, a ciência médica predomina e impõe o seu próprio discurso, entende o corpo como sendo habitado por uma doença na qual o sujeito não está engajado pessoalmente. Sendo assim, também os médicos e enfermeiros são chamados a estabelecer *relações sem sujeitos*.

Mas cabe pensar como tratar essa característica do tempo breve de tratamento no campo psicanalítico; como integrar este critério temporal aos pressupostos psicanalíticos, ou ainda, que trabalho propor nas instituições de saúde onde a Ordem Médica prevalece.

Esta nossa reflexão faz um recorte na abordagem sobre as entre-

vistas preliminares em Freud e Lacan. Por esse caminho é possível elaborar argumentos que nos aproximam de uma atuação consistente do psicanalista na rede pública de saúde.

Segundo o pensamento lacaniano, o final das entrevistas preliminares apresenta-se como o limiar da entrada em análise, o que nos abre a possibilidade de aproximar esse primeiro tempo de análise aos atendimentos institucionais que aqui

A expressão
“entrevistas
preliminares”
corresponde,
em Lacan,
ao tratamento
de ensaio
em Freud.

chamamos de “atendimentos de curta duração”.

Antonio Quinet, em seu livro *As 4+1 Condições da Análise*³, ressalta a importante discussão sobre as primeiras entrevistas e nos aponta que desde Freud encontramos a idéia de tratamento de ensaio, referida ao início do tratamento. A expressão “entrevistas preliminares” corresponde, em Lacan, ao tratamento de ensaio em Freud. Esta expressão indica que existe um limiar, uma porta de entrada na análise totalmente distinta da porta de entrada do consultório do analista. Trata-se de um tempo de trabalho prévio, em relação à análise propriamente dita, cuja entrada é concebida não como continuidade, e sim como uma descontinuidade, um corte em relação ao que era anterior

e preliminar. Esse corte corresponde a atravessar o limite de entrada do preliminar para entrar no discurso analítico. Esse preâmbulo a toda a psicanálise é demarcado por Lacan como condição absoluta. Segundo ele, “não há entrada em análise sem as entrevistas preliminares”. (p. 18)⁴

Sabemos que nem sempre é possível demarcar claramente o momento exato do final das entrevistas preliminares. Isso se dá porque a associação livre está em jogo desde o início, tanto nas entrevistas preliminares quanto na própria análise. Elas têm a mesma estrutura da análise, mas são distintas desta. Do ponto de vista do analista, as entrevistas preliminares podem ser divididas em dois tempos: um tempo de compreender e um momento de concluir, no qual ele toma sua decisão. É neste momento de concluir que se coloca o ato psicanalítico, assumido pelo analista, de transformar o tratamento de ensaio em análise propriamente dita.

Na psicanálise só há uma demanda verdadeira para se iniciar uma análise: a de se desvencilhar de um sintoma. Lacan afirma que a demanda de análise propriamente dita só pode ser assim entendida se for correlata à elaboração do sintoma enquanto *sintoma analítico*. O sujeito pode ir ao analista para se queixar de seu sintoma e pedir para se livrar dele, mas isso não basta. É preciso que essa queixa se transforme numa demanda endereçada ao analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo.

Observamos aí dois movimentos fundamentais que ocorrem na relação analítica: a transformação do sintoma inicial do paciente em sintoma analítico e o trabalho de deciframento que deve ser feito pelo paciente.

No trabalho preliminar, o sintoma será questionado pelo analista, que procurará saber *a que esse sintoma está respondendo*, que gozo

esse sintoma vem delimitar. Essa problemática pode ser formulada em termos freudianos da seguinte forma: o que fez fracassar o recalque e surgir o retorno do recalçado para que fosse constituído o sintoma.

Essa etapa inicial de trabalho, em que o analista propiciará que o paciente fale livremente, relançando sempre o paciente ao próprio discurso para que o sintoma possa ser transformado em *sintoma analítico* é o que, nesta reflexão, aproximamos daquilo que chamamos de análise de curta duração.

Segundo nossa experiência, qualquer pessoa que procure ajuda psicológica tem um sintoma e sofre. Muitos esperam inicialmente que seu problema tenha uma solução pela intervenção de um profissional de psicologia, como no modelo médico, e não supõem o quanto estão implicados em seu próprio sofrimento. Essa percepção singular e quase indizível de que são os responsáveis por seu funcionamento psíquico e corporal, só se dará através do vínculo de confiança com o analista e do trabalho próprio da psicanálise: pela entrada na rede da linguagem e pela escuta e interpretação psicanalíticas.

Há de se fazer um caminho, às vezes longo, às vezes curto, que se inicia na queixa do paciente e segue até a elaboração de um *sintoma analítico*, ou dito de outra forma: tempo de tornar o sintoma analisável. O que está em questão nas entrevistas preliminares não é se o sujeito é analisável, se tem um eu forte ou fraco para suportar as agruras do processo analítico. *A analisabilidade é função do sintoma e não do sujeito*. A analisabilidade do sintoma não é um atributo ou qualificativo deste, como algo que lhe seria próprio: ela deve ser buscada para que a análise se inicie. Só depois, então, haverá uma demanda pela análise propriamente dita.

Esse momento de constituição do *sintoma analítico* equivale a sua

transformação em um enigma, ou seja, não existe uma resposta ou uma solução *a priori*. O paciente irá decifrar o enigma com seu próprio discurso. Dessa forma, segundo Lacan, nas entrevistas preliminares trata-se de provocar a *histerização* do sujeito, no sentido de que o histérico é o nome do sujeito dividido, o próprio inconsciente em exercício.

Partimos de um ponto fundamental para iniciar esta reflexão sobre psicanálise na instituição de saúde: a psicanálise não é uma técnica exclusiva dos consultórios particulares nem depende de várias sessões por semana para acontecer. Também não se condiciona a um espaço específico, pois trata-se de um tratamento que envolve a relação com o analista. Fazer psicanálise é uma tomada de posição. Qualquer analista em qualquer espaço faz psicanálise se tomar a posição de escuta psicanalítica; se acreditar na fala do paciente como expressão do inconsciente. Trata-se de uma porta de entrada no universo inconsciente que só se dá na relação com o analista. *O trabalho caracteriza-se pela alteração do seu pedido de resposta ao analista, para a formulação de uma questão para si mesmo*, que trará uma resposta parcial e temporária encontrada por ele mesmo. O analista deve procurar fazer com que o paciente fale sobre si mesmo, formule suas hipóteses e viva na relação transferencial a expressão de suas fantasias.

O que talvez fique colocado como problemático é a posição do analista no processo de *cura* do paciente aos olhos da Ordem Médica. Manter sua posição requer, antes de tudo, que o analista não se comprometa com os resultados esperados pelo campo de saber da medicina. Os resultados para a psicanálise são de outra ordem. Nem sempre aparecem definidos, visíveis e mensuráveis. Se o sujeito fala, reflete durante os dias entre uma sessão e outra, torna possível a transferência, confunde-se e também

Manter
sua posição
requer que o
analista não
se comprometa
com os
resultados
esperados pelo
campo de saber
da medicina.

elabora questões sobre si mesmo, isso pode configurar um processo analítico em andamento.

Se o trabalho pessoal é sempre contínuo, criando e recriando sentidos próprios, infundável, pois nunca completo e acabado em decorrência da divisão do sujeito – como sujeito castrado – então aí a psicanálise institucional marca sua identificação e sua diferença em relação à psicanálise clássica. Diferença, no sentido em que equivalerá às entrevistas preliminares mas se encerrará; aliança, por sua vez, por fundamentar sua prática em um processo baseado na associação livre. Trabalho psicanalítico de curta duração entendido como uma etapa do trabalho pessoal, dado que nunca se esgota, onde alguns sintomas podem vir a desaparecer e os primeiros passos podem ser dados no sentido de esvaziar a relação analítica do discurso imaginário e imediato.

Aqui é necessário que façamos uma pergunta importante: a regra

Não são
os pacientes
que pagam
os analistas.
Isso traz
nuances
em nossa
prática.

fundamental – livre-associação – continua existindo mesmo que o processo se encerre com aquele analista? Ou, tendo em vista que o paciente não terá a liberdade de continuar seu trabalho com aquele analista na instituição, podemos continuar contemplando a liberdade do processo associativo? Pois, em todas as formulações de Lacan e de outros autores, a questão da diferenciação das entrevistas preliminares, da análise propriamente dita, coloca-se dentro do mesmo processo analítico, com o mesmo analista.

Segundo nossa experiência institucional, mesmo com o término assinalado desde o início do atendimento, os pacientes seguem associando em função de nossa posição analítica de propiciar a fala livre do paciente e de fazer advir as significações inconscientes.

Por outro lado, o término ou encerramento de uma análise está previsto e presente em qualquer situação, seja ela institucional ou não. A separação e o corte sempre serão vividos por qualquer paciente. A questão principal parece incidir não no fato de o atendimento durar três meses, seis meses ou dois anos, mas sim na impossibilidade de o paciente, colocado neste tipo de atendimento, dar continuidade à análise com aquele analista.

Não afirmaremos definitivamente que a associação livre está sempre presente em um atendimento institucional de curta duração, que se encerra quando o analista entende que houve uma mudança subjetiva no paciente, a saber, a transformação do sintoma inicial em um *sintoma analítico*. O que nós analistas podemos afirmar é que estamos sempre a procura de nosso lugar, de nossa posição na relação com o paciente e a Instituição Pública.

O vínculo estabelecido entre o contrato com o analista e com a instituição será desfeito no momento em que o analista entender que o paciente formulou uma questão para si mesmo. Que repercussões isso tem no paciente, diferentes naquele que inicia uma análise de tempo aberto, é um ponto que continua aberto a novas discussões. A análise propriamente dita, caso o paciente deseje, poderá se dar com outro analista indicado, ou com o mesmo, em outro *setting* e com outro contrato. O que podemos apontar, é que é possível o atendimento de curta duração, se entendido como uma etapa preliminar, o início de uma possível análise, segundo os conceitos lacanianos já levantados a respeito das entrevistas preliminares.

Também de grande relevância é a reflexão sobre a função diagnóstica das entrevistas preliminares. Os atendimentos psicanalíticos de curta duração em uma instituição de saúde teriam como função delimitar, através do diagnóstico, aqueles pacientes que poderiam atravessar essa forma de percurso analítico. Se o sujeito é psicótico, é importante que o analista o saiba, pois a condução da análise não poderá ter como referência o Nome-do-Pai e a castração. É a partir do simbólico que se pode fazer o diagnóstico diferencial estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo – negação da castração do Outro – correspondentes às três estruturas clínicas.⁵

Cada modo de negação é concomitante a um tipo de retorno do que é negado. No recalque, o que é negado no simbólico retorna no próprio simbólico sob a forma de sintoma: o sintoma neurótico. No desmentido, o que é negado é concomitantemente afirmado retornando no simbólico sob a forma de fetiche do perverso. Na psicose, o que é negado no simbólico retorna no real sob a forma de automatismo mental, cuja expressão mais evidente é a alucinação ou o delírio.

Parece-nos que esta nossa posição de atendimento não seria indicada aos pacientes psicóticos e àqueles com fortes traços perversos. Estas estruturas requerem, efetivamente, mais tempo de trabalho e a continuidade com o mesmo analista.

Pensemos agora em outro ponto relevante: a transferência se dá com a instituição ou com o analista? Após algum tempo de experiência, percebemos que inicialmente a relação transferencial é com a instituição. Os pacientes procuram um atendimento psicológico naquela instituição.

Em sua grande maioria, os pacientes procuram o trabalho por ser um trabalho psicológico gratuito. Ele não é efetivamente gratuito, pois os profissionais são pagos pela instituição. Mas não são os pacientes que pagam os analistas. Isso, sem dúvida, traz nuances em nossa prática psicanalítica.

Logo que a confiança se instala, o vínculo transferencial vai se alterando. O respeito ao horário agendado, ao tempo de duração das sessões (em média 50 minutos), à frequência de uma ou duas vezes por semana e o posicionamento de escuta do analista, demarcam um trabalho diferente do conhecido nos hospitais públicos e já determinam uma parcela significativa da instauração da transferência. Distintamente do agendamento médico que segue uma lógica numérica que lhe é própria, o agendamento psicanalítico

tico respeita outra lógica que lhe diz respeito. O número de pacientes atendidos diariamente é determinado pela especificidade do trabalho psicanalítico. Dessa forma, o vínculo transferencial com o analista vai se fortalecendo e, em nossa opinião, passa a ser preponderante sobre o da instituição.

Continua presente o vínculo institucional, mas agora numa forma mista. E não poderia ser de outra forma, na medida em que, nós analistas estamos colocados na teia hospitalar e submetidos às suas regras de funcionamento.

Cabe pensar que a dialética público/privado está certamente sempre em jogo em qualquer tratamento psicanalítico, mas é ressaltada pela freqüente dificuldade de se encontrar um lugar de escuta singular nos hospitais públicos. Esta é uma das questões centrais da constituição subjetiva: como singularizar-se, como fazer-se sujeito de seu desejo a partir do comum, do coletivo, do conjunto indiferenciado, mas que também pode possibilitar a diferenciação do sujeito? As questões concernentes ao movimento de separação/alienação fazem parte de qualquer processo analítico. O fato de o trabalho analítico acontecer em um espaço compreendido como público talvez metaforize tal processo, mas não parece ser um impeditivo para que ele venha a ocorrer, desde que seja possível oferecer ao sujeito uma escuta do singular.

A psicanálise em atendimento de curta duração na instituição de saúde pressupõe um objetivo, que é uma mudança subjetiva do sujeito e um encerramento. Objetivo modesto que não pretende ser um final de análise, tampouco determinar uma análise interrompida, mas que signifique o momento inicial da trajetória analítica do sujeito. Esse tempo inicial, por si só já promoveria saúde segundo os pressupostos psicanalíticos, pois colocaria em movimento os significantes e possibilitaria a retirada do paciente de uma paralisia

psíquica da qual ficaria prisioneiro se não houvesse trabalho algum. Pretendemos com isso viabilizar a psicanálise nas instituições de saúde de uma forma mais coerente com seu campo de atuação.

O processo psicanalítico pretende promover a expressão possível do conflito inconsciente, ligado ao sintoma principal e às queixas do paciente. O trabalho encaminha a elucidação dos significantes inconscientes do sintoma. Pressupõe uma relação que seja produto do imaginário do paciente, num espaço onde as lembranças possam tornar-se desejos.

Isso nos leva a pensar em um trabalho dirigido, dirigido a um momento de corte, a um momento de passagem, o que é diferente de dirigir o paciente. Distintamente da direção sugestiva, o psicanalista, em qualquer tipo de enquadre, dirige o tratamento, faz o paciente falar, associar, surpreender-se.

Através das associações, assim como nas entrevistas preliminares, o atendimento se encaminha para o entendimento e elucidação da existência de um conflito inconsciente.

Pensamos, então, que esse tempo de trabalho pode tornar possível o comprometimento do paciente com o próprio processo. Isso pressupõe que a pessoa tenha vivido (dito) algo com alguém que o escuta, algo que ela não sabia, mas que igualmente tinha força e existência; que tenha percebido ter feito assim antes, no passado (repetição); e que está diante de um impasse. Isso poderia indicar algo que se presentifica para além do que é mais visível, do que foi pensado e enunciado até o momento. Esta seria uma forma possível de o analista intervir na intencionalidade do paciente. Cortar a idéia imediata e abrir caminho para o sujeito do inconsciente. Trata-se do ato de fazer o paciente saber-se dividido e a partir daí, saber que para além do prazer, algo nele goza.

Em nosso entender, a psicanálise em atendimento de curta duração não procura responder à preocupação do longo tempo das análises, mas sim especificar um trabalho analítico em instituições de saúde que exige acompanhar, tanto os limites de funcionamento próprio e temporais que a instituição pública apresenta, quanto as demandas dos pacientes que procuram esse trabalho em um hospital público.

A função terapêutica do atendimento não seria desconsiderada, mas sim deslocada do lugar determinado pela Ordem Médica. Ela aconteceria *por acréscimo*, no desenrolar das entrevistas preliminares. Ela se daria como conseqüência de um trabalho inicial que se encerra, e que traria alguns benefícios em termos de alteração dos sintomas e de implicação do sujeito no próprio processo pessoal. ■

NOTAS

1. S. Freud, "Linhas de progresso na terapia psicanalítica" (1919), in: *Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XVII, Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro, Imago, 1976, p. 210.
2. Segundo o pensamento lacaniano, a Ordem Médica pressupõe um saber absoluto e totalizador sobre o corpo; o conhecimento só pode ser avaliado segundo a coerência médica, e sendo assim, ela se fecha sobre si mesma. Ver mais em: Clavreul, Jean- "A Ordem Médica - Poder e Impotência do Discurso Médico", São Paulo, Brasiliense, 1978. Ainda sobre o tema, o termo Ordem Médica refere-se à uma ordenação de pensamento que sustenta o Discurso Médico o qual se aproxima do Discurso do Mestre. Sobre a Produção dos Quatro Discursos ver: J. Lacan, *O Seminário Livro 17, "O Averso da Psicanálise"*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.
3. A. Quinet, "As 4+1 condições da análise", Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2001.
4. Termo referido por Lacan em A Produção dos Quatro Discursos no *Seminário 17*.
5. Lacan trabalhou o conceito de Estrutura como aquilo que sobre ela e ao seu redor, se dá o funcionamento psíquico. É ela que demarca e define um determinado discurso e nos possibilita fazer um diagnóstico em psicanálise. A incidência da estrutura ilustra o alcance econômico-dinâmico do aparelho psíquico. Segundo ele: "A saber, aquilo que uma turbina, isto é, uma máquina montada segundo uma cadeia de equações, introduz numa cascata natural para a realização da energia." J. Lacan, *Escritos*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998, p. 655.