

PSICANÁLISE E SAÚDE COLETIVA: A DELIMITAÇÃO DOS OBJETOS INERENTES ÀS SUAS INTERSECÇÕES

Pesquisa desenvolvida na Universidade Paulista (UNIP) no âmbito da Iniciação Científica, apresentada no XX Encontro de Iniciação Científica UNIP/PIBIC-CNPq.

2018

Alan Ferreira dos Santos

Graduando de Psicologia na Universidade Paulista (UNIP), Brasil

E-mail de contato:

alanfs1995@gmail.com

RESUMO

Este estudo buscou identificar comuns contidos na intersecção dos campos de conhecimento da Psicanálise e da Saúde Coletiva. Para isto, investigou as relações nelas existentes, iniciando a pesquisa em textos de Freud e de Winnicott, e em autores mais atuais como Onocko-Campos que usa, como base, o arcabouço teórico-técnico-conceitual de Freud-Winnicott-Lacan. Em todos, vislumbram-se aspectos relativos à aplicação da Psicanálise ao contexto da saúde geral. O método utilizado foi o teórico crítico e reflexivo, buscando definir, segundo os autores estudados, qual a função da psicanálise em sua relação com a Saúde Coletiva e em quais objetos compartilham seus interesses. Como resultado, vimos que há a aplicação da Psicanálise a outros saberes encontrados em interação na saúde Coletiva, já que pode fornecer subsídios à compreensão do sintoma, à promoção de saúde e à compreensão das vivências transferenciais observadas nas relações profissionais/pacientes. Houve a percepção de que os autores atuais utilizam a Construção do Caso Clínico, prescrito primariamente por Freud, como forma de construir o saber sobre o sintoma em duas direções: a do paciente que constrói o saber de si, em si, tornando-se isso parte do próprio tratamento; e a construção realizada em conjunto pelos partícipes, onde o conhecimento não é finito, criando-se constantemente novas possibilidades de compreensão. O bem-estaria em produzir a verdade de cada caso, ancorado no saber nele próprio contido e auxiliado pelo saber contido no Outro (suposto saber), visto como secundário. A partir do delineamento da intersecção

entre os conhecimentos, identificou-se os objetos de estudos comuns: o adoecimento psicológico e o núcleo familiar; a estrutura institucional; o relacionamento entre profissionais; o posicionamento do psicanalista diante das adversidades; os sistemas de comunicação. Refletiu-se, ainda, sobre as várias terminologias encontradas, como Psicanálise e Saúde Coletiva/ Saúde Mental em Saúde Coletiva/ Psicanálise e Saúde Mental em Saúde Coletiva, entendendo-se que são empregadas de formas imprecisas, comprometendo o processo de identificação daquilo que se encontra na convergência desses campos. Após uma reflexão sobre isso, pudemos pensar em uma terminologia como *Psicanálise em Saúde Mental Pública*, sendo essa vista como subárea de conhecimento da Saúde Coletiva.

Palavras-chave: Psicanálise e saúde coletiva, psicanálise e saúde mental, saúde mental em saúde coletiva.

Copyright © 2019.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



O PRENÚNCIO DA PSICANÁLISE EM SAÚDE COLETIVA: FREUD PARA ALÉM DA CLÍNICA PRIVADA.

Cabe a nós fazer referência à textos clássicos e um deles é, *As linhas de progresso na terapia psicanalítica* escrito por Freud (1917). Neste pequeno pronunciamento feito no Quinto Congresso Psicanalítico Internacional o autor demonstrou uma preocupação com o futuro e com a maneira pela qual a Psicanálise poderá se inserir em espaços mais amplos além da clínica particular:

Os senhores sabem que as nossas atividades terapêuticas não têm um alcance muito vasto. Somos apenas um pequeno grupo e, mesmo trabalhando muito, cada um pode dedicar-se, num ano, somente a um pequeno número de pacientes. Comparada à enorme quantidade de miséria neurótica que existe no mundo, e que talvez não precisasse existir, a quantidade que podemos resolver é quase desprezível. Ademais, as nossas necessidades de sobrevivência limitam o nosso trabalho às classes abastadas, que estão acostumadas a escolher seus próprios médicos e cuja escolha se desvia da psicanálise por toda espécie de preconceitos. Presentemente nada podemos fazer pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave (p. 209).

Segue disso a ideia de que para a sobrevivência da Psicanálise é necessário que ela se instale em espaços amplos de maneira que ela possa abarcar as necessidades de uma população que carece de condições financeiras para obter um tratamento. Há ainda uma nítida preocupação com este sujeito – uma preocupação da sociedade enquanto coletivo -, da mesma forma que existe o tratamento das doenças físicas e, portanto, do corpo, a psicanálise se incumbiria de tratar das doenças nervosas e, portanto, do psíquico:

Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade (ibid., p. 210).

E Freud fornece, então um projeto de como isto poderia se constituir no futuro e de como deveria ser:

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 existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. As condições atuais podem retardar ainda mais esse evento. Provavelmente essas instituições iniciar-se-ão graças à caridade privada. Mais cedo ou mais tarde, contudo, chegaremos a isso (ibid., p. 210).

Contudo, para o autor, essa conexão que estaria sendo feita da psicanálise com o público, essa relação entre uma atividade particular adentrando num espaço de uma atividade coletiva poderá sofrer algumas implicações, a saber:

Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições. Não tenho dúvidas de que a validade das nossas hipóteses psicológicas causará boa impressão também sobre as pessoas pouco instruídas, mas precisaremos buscar as formas mais simples e mais facilmente inteligíveis de expressar as nossas doutrinas teóricas (ibid., p.210).

Essa implicação se refere principalmente ao modo de comunicação com as pessoas de baixa instrução. É provável que essa alteração no modo de expressar as suposições ou inferências psicanalíticas acabe tendo, enquanto consequência, a emergência de ciências auxiliares que subsidiem a prática da psicanálise nesse novo espaço. Um exemplo seriam os estudos socioeconômicos com vistas a compreender como esse fator basilar e estrutural da vida humana afeta os processos cognitivos do indivíduo, em stricto sensu: capacidade de compreensão, assimilação de conteúdo, conexão de ideias e processos de perlaboração. Esses atributos do psiquismo são, de uma maneira ou outra afetados pela condição socioeconômica dos indivíduos uma vez que esta estabelece os dinamismos sociais nos quais os sujeitos se inserem como também, a educação que se impõe para estes e, conseqüentemente às suas diversas facetas e características, sendo menos ou mais sofisticadas.

Assim parece que, além da adaptação da técnica, seria necessário a criação de novas técnicas a partir das contribuições que as ciências auxiliares forneceria. Além disso, teríamos de compreender o impacto que causaria essa incursão na rede pública. Freud nos dá um direcionamento sobre tal questão, vejamos: “Provavelmente descobriremos que os pobres estão ainda menos prontos para partilhar as suas neuroses, do que os ricos, porque a vida dura que os espera após a recuperação não lhes oferece atrativos, e a doença dá-lhes um direito a mais à ajuda social” (ibid., p. 211).

Existe uma noção implícita nesse trecho (1) sobre os benefícios da psicanálise, isto é, as contribuições que o tratamento fornece e (2) sobre as suas desvantagens. Expliquemos o primeiro deles. Quando Freud diz “porque a vida dura que os espera após a recuperação não lhes oferece atrativos” é provável que esteja se referindo à suposição que subjaz à teoria psicanalítica de que toda vida consciente é uma vida árdua e difícil, uma vez que os sintomas são necessariamente a realização de um desejo e, portanto, satisfações substitutas. Nessa via – e agora passamos para o segundo ponto -, parece existir um “preço” em relação ao processo de cura, de modo que a remissão

dos sintomas – que são a realização dos desejos - acaba por promover a não satisfação desses e, portanto, o princípio de realidade e assim a consciência das próprias limitações. Retirado o véu da falsa consciência, das repressões e das resistências, o que restaria ao pobre? Além da própria consciência de si e da realidade árdua e dura? A vantagem em ser neurótico e pobre, é de ser ao menos “ajudado socialmente” e quando atenuado os mecanismos de defesa, a sua tendência é ser consciente. Mas, com a percepção de que a vida não é tão atrativa do modo que se pensava, pelo fato de ser repressora das pulsões instituais, acaba por tornar-se uma desvantagem.

Aqui adentramos num paradoxo do homem pobre: quando doente está insatisfeito, mas desfrutando de uma parcela de prazer através dos sintomas e quando curado torna-se insatisfeito plenamente, em virtude de ter consciência de ser pobre e não poder desfrutar de nenhuma forma satisfação material. O que passa a subsistir é a consciência da vida limitante de seus impulsos e descontentamento. Podemos inferir dessa forma que a assertiva de Freud é correta se analisarmos por essa ótica, após o tratamento e a cura do paciente. Este regressaria para o seu espaço natural sem seus sintomas ou neurose e, portanto, com ausência de alguma forma de prazer e teria ganho consciência e, portanto, aborrecimento diante da vida. Com as frustrações consequentes dessa vida o que poderia ocorrer? Na lógica freudiana e a partir desses apontamentos ocorreria possivelmente o regresso da doença, é deste lugar que o autor irá dizer “Muitas vezes, talvez, só poderemos conseguir alguma coisa combinando a assistência mental com certo apoio material, à maneira do Imperador José” (ibid., p.211).

É notável a concepção inerente a essa forma de pensar, de que a vida é mais tolerável para uma pessoa consciente e que tenha condições socioeconômicas para desfrutar de alguns prazeres, do que para uma pessoa consciente com pouco poder aquisitivo.¹

Em nome da cura, o paciente estaria sacrificando o princípio de prazer e os seus corolários: os sintomas e a sua doença, visto que esta produz uma vantagem – parcela de prazer -. E por outro lado estaria recebendo em troca a percepção das suas limitações e, por conseguinte, insatisfações por conta do princípio de realidade e a consciência da vida castradora e frustrante que o ingresso na civilização impõe.

Para não haver um regresso na doença teria de haver um apoio material, este permitiria que às pessoas pudessem olvidar o desprazer originado da consciência de uma vida árdua e dura através

¹ Uma hipótese sócio-psicanalítica: é provável que a pulsão revolucionária se desencadeie nesse processo, uma vez que o proletariado passa a ter consciência da sua condição sócio-histórica e determinada materialmente. Aqui se instaura as vicissitudes da libido que quando liberada a partir do desbloqueamento das resistências, das repressões e de todos os processos de censura esta produz uma nova ligação à um novo objeto. O que produz um processo revolucionário desses ocasionados por exemplo na Revolução Francesa não é a consciência do coletivo em prol de objetivos comuns para a sociedade, mas sim pressões internas e externas do inconsciente e da consciência que estão ligadas à uma liberação da libido por conta da diluição dos processos repressivos e que por sua vez se liga aos objetos de insatisfação social ocasionando assim movimentos sociais.

da aquisição de bens materiais e o prazer deste (aquisição material) estaria se sobrepondo ao desprazer daquele (consciência da precariedade). Entretanto, parece que essa alternativa é inviável tendo de haver uma outra solução para o tratamento das massas, que além de produzir menos gastos para o Estado tem de ser eficiente, e Freud diz:

É muito provável, também, que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta; e também a influência hipnótica poderá ter novamente seu lugar na análise, como o tem no tratamento das neuroses de guerra (ibid., p.211).

Dessa forma, é necessário fornecer ao sujeito livre de neuroses alguma forma de benefício para que este possa se sobrepor ao desprazer de ter a consciência das frustrações que a realidade lhe causa. Assim, a hipnose teria o seu lugar na saúde coletiva, já que poderia produzir sugestões ou induzir ideais ao inconsciente que contrabalancear-se-ia com a carga de frustração originada da percepção da realidade decepcionante. Desta forma quando ocorre uma percepção da realidade e esta gera sentimentos de desprazer, o inconsciente iria se ativar de maneira a fazer com que fosse lançada à consciência ideias que modificariam a percepção do sujeito para produzir sentimentos agradáveis que se sobreporia aos afetos reprováveis.

Essa solução é econômica e efetiva, já que produz uma saída para o empasse no tratamento das populações menos abastadas. Por fim, Freud dirá que caso a Psicanálise seja aplicada à população, ela deverá seguir estritamente o caminho ao qual leva aos seus objetivos:

No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa (ibid., p. 211).

Vimos que Freud inicia essas relações produzindo especulações sobre como poderia se dá a implementação dessa disciplina no âmbito da Saúde Coletiva. Formula essas questões por meio da aplicação dos conceitos psicanalíticos de prazer e desprazer no indivíduo detentor de uma condição socioeconômica desfavorável e os seus possíveis consequentes resultados. Numa outra cena se refere a hipnose e de como esta poderia se encaixar nesse âmbito por conta do seu caráter efetivo e, portanto, econômico. E por fim nos deixa a afirmação de que a psicoterapia que for aplicada nos menos favorecidos deverá seguir a psicanálise estrita e não tendenciosa, o que nos dá entender que

essa terapia psicológica teria de estar calcada estritamente nos princípios da psicanálise ou, nos seus fundamentos.

WINNICOTT E A DELINQUÊNCIA ENQUANTO UM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL.

Já Winnicott em *Privação e Delinquência* (1987), permite identificar um intercâmbio entre essas áreas – Psicanálise e Saúde Coletiva -. Num texto que se encontra nessa obra intitulado *Comentários sobre o Report of the Committee on Punishment in Prisons and Borstals* (1961), ele diz:

Chamei a atenção, em outra parte, para o fato de que existe um perigo na moderna tendência para o sentimentalismo, sempre que se considera a punição de delinquentes. Como psicanalista, sinto-me propenso a encarar cada delinquente como uma pessoa doente e sofrida, embora seu sofrimento nem sempre seja evidente (p. 229).

Partindo do princípio de que o comportamento delinquente é expressão de uma patologia, e não tendo assim como base uma etiologia fundada numa intencionalidade de má índole, postula-se uma terapêutica. Dessa maneira às casas de cumprimento de medidas socioeducativas passam a ter a função de um hospital, isto é, tratar, prevenir e curar sintomas que indiquem um quadro patológico.

Essa alteração no modo de pensar a delinquência modifica o modo de compreensão da problemática dos atos infracionais. Se antes entendíamos através de um escopo sociológico de comportamentos correspondentes à expressão de produções sociais, agora observamos enquanto anormalidade do comportamento e, portanto, de um distúrbio da conduta.

Sendo as instituições de acolhimento de adolescentes em privação de liberdade uma organização de proteção a estes e uma vez que esta se encontra nas sociedades de modo geral, passa a ser também – de acordo com o referencial Winnicottiano – um estabelecimento de cuidados médicos e por conseguinte com conotações de prevenção, cuidado e tratamento podendo ser caracterizada *enquanto uma instituição de Saúde Coletiva*.

Os pontos que permitem fazer essa asserção é: (A) a modificação da etiologia do ato infracional - a expurgação da lógica etiológica que o assume enquanto sendo um comportamento

de intencionalidade moral, isto é, bom ou mal -. (B) Transição da esfera moral para da patologia – passa-se para a esfera das patologias do comportamento, sendo este a expressão de um sofrimento. Não existe intencionalidade, mas sim expressão, o que abre espaço para a dissolução do teor moral sobre o fenómeno e por sua vez a imputabilidade jurídica sobre ação. Assim, Winnicott diz “Desse ponto de vista, eu diria que é ilógico punir um delincente. O que ele requer é tratamento ou administração corretiva” (1987, p. 229).

No entanto, o autor segue dizendo que não é possível produzir o tratamento desses adolescentes pelo fato de existir uma variável social que deve receber tratamento e ao menos consideração sobre às suas reações:

Não podemos pensar unicamente em termos de tratamento de cada criminoso, esquecendo que a sociedade foi ferida e também necessita de tratamento. Pessoalmente, a minha tendência, que se soma à de grande número de pessoas nos dias de hoje, é ampliar o mais possível a faixa de delitos que devem ser tratados como doença. É por causa da esperança que vislumbro nessa direção que me sinto na obrigação de deixar bem claro que a lei não pode renunciar subitamente à punição de todos os criminosos. É possível que, se os sentimentos de vingança da sociedade fossem plenamente conscientes, a sociedade pudesse admitir o tratamento do delincente como doente, mas grande parte da vingança é inconsciente, de modo que se deve levar permanentemente em conta a necessidade de se manter a punição em vigor, em certa medida, mesmo quando ela é inútil no tratamento do delincente (ibid., p. 230).

Existe a convicção por parte do psicanalista de que o problema da delinquência é um problema de saúde, segundo este:

É importante que essas questões sejam constantemente colocadas em primeiro plano, caso contrário haverá reação contra o tratamento de delinquentes como indivíduos doentes, ainda que se possa demonstrar que isso é bom, como no caso de crianças [...] Talvez com o passar do tempo outros setores da comunidade antissocial possam vir a ser tratados como doentes em vez de ficarem sujeitos a punições [...] (ibid., p. 231).

E, por fim, o autor termina dizendo: “Sempre que exponho esse ponto de vista, sei que serei mal interpretado, e que serei acusado de estar defendendo a punição em lugar do tratamento dessas pessoas doentes, as pessoas antissociais” (ibid., 231). A asserção esta que revela claramente o posicionamento do psicanalista inglês.

LACAN NO CAPS.

Nesta redação o intuito é demonstrar o posicionamento do psicanalista de abordagem lacaniana frente às adversidades que se encontra nos serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos.

A principal atividade destacada para o bom funcionamento da organização é a *Construção do Caso Clínico (CCC)* (VIGANÒ, 1999). Esse dispositivo pode ser definido enquanto sendo a *capacidade dos técnicos em saúde mental de construírem em conjunto uma representação coletiva de um determinado caso*, segue-se disso o resultado de permitir com que possam encontrar soluções *não apenas em comum*, mas também variadas.

É notável a ideia de que o “trabalho do psicanalista”, não é necessariamente o trabalho apenas deste. Existe um enlaçamento constante das outras profissões que acabam por constituir um resultado final, vejamos:

Também comenta que seus exames médicos estavam muito bons e, por isso, o médico clínico geral havia diminuído várias dosagens medicamentosas. O cardiologista disse que o coração estava bem, dentro da medida possível. Estava dormindo bem à noite e havia engordado alguns quilos. Retomou a escola, mesmo com dificuldades no aprendizado. Creditava toda essa mudança ao trabalho da “junta médica” (sic) que a acolhia. Ela inclui nesta “junta” o cardiologista, o clínico geral, a assistente social, a estagiária e o psicólogo (SOUZA; PIMENTA, 2013, p. 13).

A construção do caso clínico é um exemplo que expressa uma – das - ferramentas que o psicanalista pode se utilizar para produzir um trabalho em cooperação no contexto do CAPS. Isto pode ser produzido por meio das categorias conceituais como a *circulação e o intercâmbio da palavra* (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2010).

Nessa via, não seria equivocado afirmar que o técnico da palavra é o psicanalista e, portanto, este é responsável por manter a flexibilidade e o movimento contínuo desta, sempre encontrando maneiras de fazer com que esta nunca se concentre nas mãos de um único sujeito. Referência a esse fenômeno se encontra na ideia do *Discurso do Mestre*, que pôde ser considerado enquanto sendo uma palavra de autoridade que é recebida passivamente e que acaba por reproduzir um conhecimento a priori. No caso dos hospitais psiquiátricos a maior forma de autoridade são os psiquiatras, logo, tudo o que for dito por estes é uma verdade incontestável (RINALDI; BURSZTYN, 2008).

O objetivo de todo o funcionamento numa outra lógica terapêutica é privilegiar o conhecimento do paciente, o conhecimento que ele tem sobre si mesmo. É encontrar modos de fazer com que ele possa aproveitar-se de seus próprios recursos de maneira a buscar a sua problemática (DINARDI, 2005). O dado clínico que fundamenta essa postura é a ideia de que o indivíduo durante o empreendimento de buscar recursos para lidar com suas contrariedades está, de modo concomitante, produzindo amadurecimento psíquico. O seu aparato psicológico amadurece durante esse transcurso. Encontrar formas de solucionar uma problemática é submeter o psiquismo ao processo de funcionamento das capacidades cognitivas e, portanto, exercer e praticar essas funções constantemente, essa estimulação frequente ocasiona no aprimoramento dessas regiões e, por conseguinte na sua sofisticação.

Existem variáveis que não podem ser controladas em um ambiente como os dos equipamentos substitutivos dos hospitais psiquiátricos. Às vezes o paciente pode produzir uma transferência com a assistente social ou com um farmacêutico e não, necessariamente, com o psicólogo ou o psiquiatra. Não obstante, ainda assim é necessário que o manejo possa ser feito por esses profissionais. A articulação e difusão da palavra aparecem nesse âmbito, na agilidade e na sensibilidade do psicanalista em antecipar as necessidades do paciente via e através de outros profissionais, seja aconselhando-os ou produzindo intervenções junto deles.

Com o não-controle das variáveis é que se faz-se clínica, pois é esta modalidade de disposição que se torna efetiva e adequada num contexto de devires:

A palavra clínica vem do grego kline e quer dizer leito. A clínica é ensinamento que se faz no leito, diante do corpo do paciente, com a presença do sujeito. É um ensino que não é teórico, mas que se dá a partir do particular; não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito (VIGANÒ, 1999, p. 40).

Assim, o modo de tratamento do paciente não se faz a partir de um conhecimento a priori, ou melhor, através de noções de psicopatologia do binômio neurose-psicose que acabam por

orientar o olhar e as prescrições terapêuticas, mas sim através do conhecimento do cliente que direciona e tendenciona o seu agir em busca de alternativas para suas dissidências.

Com a suposição da clínica enquanto sendo um meio de se obter um conhecimento não universal, mas particular, se faz-se possível nessa condição que o profissional sendo um psicólogo ou um farmacêutico possa fornecer este subsídio:

No entanto, a outra orientação clínica mantém esse vazio do tempo clínico, que não é um vazio de assistência, mas um vazio de saber, como preliminar à entrada não obrigatória, no discurso do analista. Trata-se de um vazio que pode permitir a passagem de qualquer um à posição de trabalho de um analisante. De fato, esse vazio vai permitir o aparecimento daquelas perguntas. Nesse caso, uma orientação analítica, em vez de sufocar o apelo à interpretação (o qual é perfeitamente natural no sintoma analítico) como um programa terapêutico, consiste, apenas, em deixar ser o tempo clínico da demanda do sujeito a condição preliminar ao começo de seu trabalho. Em síntese, trata-se de não colocar a pergunta: – O que podemos fazer por ele?, mas uma outra pergunta: O que ele vai fazer para sair daqui? (VIGANÒ, 1999, p. 43).

Nessa via os recursos são encontrados pelo o próprio paciente dentro da sua temporalidade física e psicológica. Esses recursos se referem ao fato de serem encontrados numa forma de conhecimento que não é prévia e muito menos estabelecida, mas que é única e singular e que se encontra no sujeito “Essa escritura dá razão ao conselho freudiano de tratar cada caso como se fosse o primeiro, sem nunca aplicar um saber pré-constituído” (VIGANÒ, 1999, p. 44).

Se privilegia o saber do cliente e quando todos estão em conformidade com essa ideia cria-se uma autoridade clínica, que é diferente da autoridade do Discurso do Mestre, uma vez que a primeira é um consenso geral e com representações múltiplas e com soluções numerosas de posicionamentos diante do ser. Contudo todas essas soluções são referentes ao próprio posicionamento do técnico visando sempre a um conhecimento não estabelecido e com o agir tendencionado para a criação de novas possibilidades, que estão todas ancoradas e que foram extraídas do conhecimento do sujeito.

A decisão não é tomada pela maioria, mas se impõe a partir do saber que é extraído do paciente. Naturalmente isso requer um grande e longo exercício, mas requer, sobretudo, uma transferência de trabalho entre os membros da equipe. Ou seja, a ideia de que seja um bem, igual para todos, produzir a verdade do paciente (VIGANÒ, 1999, p. 47).

Portanto, é um empreendimento coletivo a construção da verdade do paciente, por que esta demanda um situar-se do técnico dentro do campo do desejo do paciente, das suas vontades e dos seus querereres.

ROSANA ONOCKO-CAMPOS: AS RELAÇÕES ENTRE PSICANÁLISE E SAÚDE COLETIVA ATUALMENTE.

O livro escrito por Rosana Onocko-Campos, *Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces (2012)* é uma coletânea de artigos inéditos e publicados pela autora. Existe uma clara aplicação dos conceitos psicanalíticos ao campo da saúde pública. É necessário esboçar de modo pormenorizado os norteadores que indicam a maneira pela qual ocorre às relações entre Saúde Coletiva e Psicanálise. O ganho que teremos nesse delineamento é compreender de modo epistêmico como se faz investigação nesse campo, uma vez *que todo conhecimento histórico sobre uma determinada ciência nos permite compreender o seu desenvolvimento e nisto sua metodologia de investigação, sua elaboração teórica e sua tecnologia, em suma, nos permite compreender sua investigação, elaboração e aplicação do conhecimento.*

O primeiro apontamento feito pela autora sobre a necessidade de cruzamento dessas áreas é a afirmação de que todo ser humano detém um inconsciente, logo, para se obter conhecimento válido sobre as diferentes formas de relação nos diversos níveis da sociedade é necessário que haja uma compreensão ao menos basal desse postulado, este por sua vez é um axioma que não pode ser provado e muito menos refutado e d'onde se origina as hipóteses psicanalíticas. Portanto, postula-se enquanto axioma um inconsciente e a partir disso se deriva hipóteses adjacentes como os mecanismos de defesa. Assim, temos uma hipótese nuclear em torno da qual se orbita todas as teorias posteriores sobre qualquer fenômeno humano e também sobre o qual gravita qualquer inferência psicológica. Dessa maneira, o núcleo é o centro de todas as conexões fenomênicas e tudo o que for dito terá uma associação direta com este eixo axial. À vista disso Onocko-Campos diz:

Assumir que as pessoas, os pacientes e os trabalhadores de saúde também atuam movidos por reações inconsciente, que eles mesmos desconhecem e sobre as quais não tem de todo o controle, muda nossa forma de abordar as equipes de saúde e as relações que aí se desenvolvem. O reconhecimento da dimensão inconsciente altera nossas análises (2012, p. 24).

As inferências da autora se tornam cada vez mais gerais, a partir do momento que sai do paciente e vai em direção as pessoas comuns e depois para os trabalhadores. Dado o caráter da existência do inconsciente, este se encontra até no nível dos processos evolutivos, uma vez que os homens produzem processos de seleção artificial entre os animais e que o faz desde dos primórdios da civilização de modo despercebido, se pudéssemos dizer, quase que instintualmente. Esse fenômeno foi denominado de seleção inconsciente (DARWIN, 1859 [2014]). O que nos importa não é necessariamente a semântica do termo – o que é inútil – ou o sentido que fora cunhado por um teórico ou outro, mas sim a *dimensão no qual se encontra o inconsciente*. Daí em diante vemos que o inconsciente não é necessariamente um fenômeno que permeia apenas a mente humana, mas sim um fenômeno que se aloca em diversos graus da realidade.

Por isso de haver um inconsciente que é conhecido a partir do homem, mas que se estende em diversas dimensões. É um axioma porque prova-se de modo indireto sua existência e que não pôde ser refutado por conta de *suas funções explicativas* de alguns fenômenos, sem o qual, não poderiam ser explicados. Um exemplo comum é a atenção seletiva, enquanto o pensamento seleciona um objeto no qual ele deve priorizar as suas energias - a pretexto de se dedicar integralmente ao que se está fazendo - o corpo humano com sua funcionalidade faz com que outros processos se tornem automáticos ou inconscientes. Aqui, em específico, estaríamos nos referindo a processos fisiológicos, como respirar, regeneração muscular, digestão de nutrientes e assim por diante. Em outro grau poderíamos pensar nos sonhos ou em processos de dissociação psíquica que são estritamente inconscientes, mas que ainda não foi encontrado marcadores biológicos (KANDEL, 2003).

Com essas evidências nos vemos diante de inferências e mais inferências. Com Fromm (1992) temos a descoberta do inconsciente social, com Jung (2011) o inconsciente coletivo, em Darwin (1859 [2014]) processos de seleção inconsciente e em Freud (1900) a sua primeira teorização revela a estrutura do inconsciente. Com isto vemos que a ideia de interpretação acaba por promover uma *psicanalização* dos estratos da realidade e como podemos ver não se trata de interpretação, mas sim de fenômenos regularmente verificáveis.

As teorias sociológicas que se mesclam com a psicanálise acabam por produzir uma *psicanalização do social* ou em termos mais claros, um *reduativismo psicológico*, a famosa simplificação de fenômenos complexos à apenas uma instância. O que pretendo expor é que não se trata de interpretação, mas sim de encontrar *os espaços na onde o inconsciente se manifesta*, seja a onde for. Assim podemos perceber que o inconsciente ele se manifesta nos níveis das relações de seleção natural, de processos sociais e coletivos, de dinâmicas fisiológicas de diversos órgãos do corpo humano, como também em anormalidades psíquicas – psicopatologia -.

Com tal característica é possível questionar-se: existe um inconsciente no espaço da saúde coletiva? Logicamente que sim. No entanto, não faz-se uma interpretação psicanalítica da Saúde

Coletiva e sim encontra-se processos inconscientes nas dimensões políticas, institucionais e organizacionais das relações socioeconômicas e socioespaciais, olhemos:

Quantas vezes nos foi observada a dificuldade das equipes para trabalhar conjuntamente, as falhas de comunicação, o conteúdo ideologizado de modo fundamentalista, não dialetizado, maniqueísta, de certas defesas das equipes? Parece-nos importante entender que esses sintomas institucionais são parte da produção da própria realidade de trabalho; pelo próprio contato permanente com a dor, a morte e a dificuldade de simbolização que situações como a pobreza extrema e a segregação nos provocam (ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 25).

Aqui nos abre a possibilidade de investigar o inconsciente institucional, sendo que este axioma – o do inconsciente - é o que pauta a inferência da percepção da existência dos sintomas institucionais. Sintomas esses: falhas de comunicação, ideologia, não dialetização e maniqueísmo. Todos sintomas de conotação e de qualidades não-conscientes. Desse modo – e não de outra maneira - através daquilo que é considerado “sintoma institucional” podemos investigar sua etiologia, gênese e teleologia.

É inegável como um postulado direciona nossas pesquisas, com as premissas bem estabelecidas é possível hipotetizar acerca de alguma realidade “Nas equipes de saúde e de educação acontecem processos de identificação imaginária entre trabalhadores e usuários” (ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 25).

Além disso podemos analisar a Saúde Pública através de um viés abrangente, não que necessariamente a psicanálise permita “nos abrir o olhar”, mas pelo contrário ela poderia estar sendo uma das ferramentas entre. É mister salientar que Onocko usa da interdisciplinaridade para apreender o campo da Saúde, as análises que se faz é dentro do campo como também sobre o campo:

Propor-nos a realizar uma clínica ampliada significa que tentamos estirar as bordas dessa clínica mais adiante do paradigma biomédico hegemônico vigente. Incluir certas análises de vulnerabilidade, trazer a dimensão de uma escuta que sirva de aporte a projetos negociados, compartilhados com os usuários e as comunidades.

Uma clínica menos prescritiva, que não desista, por isso, dos avanços tecnológicos nem desconheça a importância de uma boa qualificação técnica e de recomendações baseadas em evidências. Mais ainda, uma clínica que assuma a avaliação de riscos, sua dimensão de prevenção (secundária, terciária) e de negociação de redução de danos: o que é possível neste caso, para esta paciente, neste contexto? Esta clínica que, em certo sentido, se ocupa do paciente em sua humanidade, interessa-nos por sua capacidade de conseguir maior eficácia terapêutica, ou seja: curar, melhorar, reabilitar, mais e melhor. Mas — por obra e graça da própria ampliação — às vezes facilmente a clínica resvala na tutela e no enquadramento (ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 35).

Assim vemos que o campo da psicanálise e de outras ciências podem ser encontrados em diversos níveis de conhecimento. A sociologia se encontra na psicanálise de Freud e a psicanálise de Freud se encontra na sociologia. Volto a ressaltar mais uma vez, não se trata de interpretações que levem ao reducionismo psicológico ou ao psicologismo, como também não se trata do sociologismo ou do biologismo. Mas trata-se de compreender o que são os objetos de conhecimento de cada ciência e saber como identifica-los sem decairmos no puro relativismo de achar que todas as teorias são iguais, tem a mesma validade e podem ser consideradas ciências, querendo-as colocar em pé de igualdade, seja teórica ou tecnologicamente. A única coisa que essa forma de abordar o problema incide é não ter critérios para identificar “o que é, e o que não é”. Por isso de estarmos constantemente olhando a realidade através de “orientações” e por sua vez reduzindo a realidade a um escopo teórico pré-definido, ou seja, a famosa psicologia de gaveta (JUNG, 2016).

Por fim devemos responder à questão inicial, qual é a função da psicanálise em sua relação com a Saúde Coletiva? Responderemos essa questão com uma passagem colocada pela autora:

A tarefa primária é o que classicamente se entende por finalidade. Kaës ressalta que, às vezes, outros dispositivos acabam por suplantá-la. A instituição protege os seus sujeitos da própria tarefa. O que faz uma equipe qualificada dedicar seu tempo a outras tarefas (preencher formulários, agendar viaturas, etc.), em prejuízo da sua função terapêutica? A natureza do investimento psíquico é aqui uma variável importante. Nas instituições que trabalham com pessoas, a agressividade volta-se contra elas mesmas (estudantes, doentes, colegas), ao passo que nas que trabalham com outro objeto, ela se volta para o externo ou para a estrutura de direção. Kaës (1991) destaca que as identificações mobilizam os trabalhadores, aumentando o risco narcísico. Seria, então, necessário fornecer uma contribuição narcísica suficientemente trófica para a realização da tarefa (ONOCKO-CAMPOS, 2012, p. 162).

Geralmente o que a psicanálise produz são análises e nessa passagem vemos uma forma de compreensão dos processos institucionais. Nesse sentido é perceptível a função do psicanalista nesse espaço, que é de analisar e destacar situações em que as pessoas ou grupos fogem inconscientemente de suas tarefas e permitir que emergja possíveis soluções. Em suma, manejar a situação conforme os achados, essa é a função do psicanalista na saúde coletiva.

CONCLUSÃO: DELIMITAÇÕES DOS OBJETOS INERENTES À INTERSECÇÃO ENTRE PSICANÁLISE E SAÚDE COLETIVA.

As relações entre Saúde Coletiva e Psicanálise é um tema de pouca visibilidade, talvez seja pelo fato de não haver uma definição que permita estabelecer os pontos de intersecção entre essas áreas, isto faz com que haja uma pluralidade de conhecimentos dispersos que se referem ao mesmo fato, mas que não estão sintetizados em nenhuma terminologia singular e própria. Nesse sentido é imprescindível que encontremos uma terminologia adequada para nos referenciarmos a esse espaço e delimitarmos esse campo de investigação. Como também uma nomenclatura que detenha uma definição e nesta esteja localizada esses respectivos domínios. O intento dessa reflexão não é necessariamente identificar um termo adequado, mas refletir sobre os possíveis sinônimos e especular sobre definições com maiores níveis de pertinência.

Quando falamos em psicanálise nos referimos a uma suposta ciência que pressupõe enquanto objeto de análise o psiquismo humano. Portanto, ela se relaciona com o campo da Psicologia, da Saúde Mental e da Psicopatologia, apesar de saber que psicanálise é uma forma de

psicologia, por outro lado sabemos – também - que a psicologia não se delimita estritamente apenas através da psicanálise.

Uma vez que esse campo é balizado por meio dos conhecimentos extraídos da experiência clínica ou da *prática psicanalítica*, ela constitui um arcabouço teórico que visa compreender o desenvolvimento e as relações humanas. Com uma concepção estabelecida *do que é o psiquismo humano* tem-se em mãos ferramentas teórico-conceituais que podem ser aplicadas a qualquer campo prático – desde que neste se encontre o objeto de sua investigação -.

Na onde se encontra o psiquismo humano? O homem se encontra em todos os espaços do globo terrestre, logo, o psiquismo se encontra em todo lugar. Assim diversas áreas do saber podem se aproveitar das categorias conceituais desenvolvidas pela psicanálise e utilizá-las a seu favor, uma vez que trará benefícios explicativos e executivos – práticos e técnicos -.

Dessa maneira o termo Saúde Coletiva em Saúde Mental nos colocaria numa limitação, uma vez que a Psicanálise não está necessariamente apenas em favor e a favor da terapêutica de distúrbios psiquiátricos, uma vez que quando dizemos Saúde Mental estamos nos referindo a distúrbios psiquiátricos catalogados e considerados enquanto tais.

Mas se olharmos de uma forma geral a psicanálise se insere na Psiquiatria, como também na Sociologia. Se usamos o termo Saúde Coletiva em Saúde Mental perdemos o aspecto social no qual essa ciência se insere e, por outro lado, se ficarmos apenas com o termo Saúde Coletiva nos adentramos no erro de uma generalização, tendo em vista que a Saúde Coletiva trabalha com saúde, mas qual delas? A Psicanálise trata de todas as formas de saúde? Até então o que nos é conhecido é que é possível lidar com transtornos psiquiátricos, mas também com problemáticas que não necessariamente levem a uma doença mental. Assim, inserindo-se no contexto de produzir orientações e discutir questões existenciais.² Dessa forma, podemos identificar mais ou menos bem a onde a psicanálise se insere:

- Tratamento de problemas mentais, mas não obrigatoriamente apenas estes, pois;
- Lida com problemáticas existenciais que não necessariamente são enquadradas no escopo das psicopatologias, apesar de que estas, dependendo do grau de intensidade, podem ser a causa precipitante de uma possível doença psicológica;

² Podemos nos indagar se o termo psicoterapia – com sua carga semântica referente ao cuidado de patologias - e suas inúmeras definições são compatíveis com aquilo que realmente se encontra na clínica – no sentido de ser estritamente apenas isto o que aparece: neuroses, psicoses, perversões -, é muito bem sabido que da época de Freud para cá surgiram inúmeras formas de terapêuticas psicológicas e que o campo da psicanálise acabou adentrando numa espécie de área de “exploração de si” ou um “conhece-te a ti mesmo” como também uma “arte de cuidar de si próprio”.

- Uma vez que a psicanálise detém um conhecimento sobre o psiquismo humano, outras ciências que estudam esse mesmo homem podem se utilizar desses conhecimentos, assim, a sociologia que é uma ciência compreende os processos sociais, inevitavelmente se utilizam desses conceitos. Percebemos desse modo que a aplicação dos conceitos psicanalíticos são benéficos para a compreensão em maior abrangência de dinâmicas sociais.

Tendo em vista que a psicanálise se insere no contexto das doenças mentais, dos processos psicológicos que não levam necessariamente a psicopatologias e também no espaço das análises macrossociais, é possível produzir um termo que sintetize essas áreas de tal forma que possamos melhor organizar esses dois campos como sendo apenas um. Existem as implicações nos termos Saúde Coletiva e Psicanálise e Saúde Coletiva em Saúde Mental e Psicanálise. Portanto, sugere-se o termo *Psicanálise em Saúde Mental Pública*. Uma vez que a Saúde Coletiva e Psicanálise tem enquanto objeto a saúde mental dos indivíduos, sendo este do espaço público ou do coletivo, vê-se talvez da possibilidade de empregar o termo em uma subdisciplina da Saúde Coletiva.

Na seção anterior nós havíamos sugerido um nome para o campo da Saúde Coletiva e Psicanálise, modificando-o para *Psicanálise em Saúde Mental Pública*, nos resta responder quais são as definições para esse termo e qual é o espaço que essa nomenclatura preencheria na investigação em saúde.

No entanto, é mister nos perguntamos antes, quando falamos em psicanálise na saúde coletiva estamos nos referindo a que exatamente? A resposta que podemos dar diante dos dados coletados nessa investigação é: estamos falando do modo pelo qual a psicanálise se insere nesse campo, seja através do psicanalista ou do psicólogo de orientação psicanalítica, como também do conhecimento psicanalítico que pode ser usado enquanto elemento útil para explicação dos fenômenos nesse âmbito. Seja a nível das relações nas instituições (microsociais) ou coletivas (macrossociais).

Assim, o objeto da psicanálise no âmbito da saúde coletiva é referente a tudo aquilo que concerne e é delimitado pela inserção dessa disciplina nessa área, a saber: o adoecimento do sujeito e da família, a estrutura e as funções dos processos institucionais, o relacionamento interprofissional, o posicionamento do psicólogo e a dinâmica dos sistemas de comunicação, isto é, *as discursividades*.

Desse modo podemos visualizar um novo horizonte de possibilidades investigativas, cabe, portanto, a Psicanálise em Saúde Mental Pública investigar os processos que ela própria circunscreve enquanto sendo seus. O critério de valor utilizado para delimitar o que é propriamente dessa área se faz através dos *entraves cotidianos*. Podemos definir estas enquanto sendo *todas*

aquelas interrupções que impedem o bom funcionamento da organização de tal forma que comprometa a sua finalidade de produzir a reinserção psicossocial do sujeito acometido (ou não) de anormalidades mentais, bem como de promover à saúde.

Portanto, as interrupções emergentes são variáveis e em um cada um dos objetos pode haver problemáticas que impedem o funcionamento dos sistemas de relação e por sua vez causa enquanto consequência um impedimento no tratamento do usuário. Assim vemos que a identificação dos objetos da Psicanálise em Saúde Mental Pública nos auxilia a melhor compreender esse campo em suas especificidades. Pretendo adiante fornecer algumas sugestões de modos de investigação. Na *Psicanálise em Saúde Mental Pública* nós podemos ter enquanto objeto de pesquisa e atuação – até o momento³ - os seguintes itens:

- O adoecimento psicológico do sujeito e da família.
- A estrutura e o funcionamento da instituição.
- O relacionamento interprofissional.
- O posicionamento do psicanalista diante das adversidades.
- Sistemas de comunicação (Discursos).

Em cada um desses deve haver aquilo que são as invariáveis. No primeiro item por exemplo existe as consequências que são ocasionadas nos cuidadores de pessoas com transtornos mentais e, por conseguinte as dificuldades que são produzidas por conta desse fato e por sua vez as problemáticas emergentes. Aqui adentramos, por exemplo, num campo de pensarmos o que é a reinserção psicossocial e que esta não é composta apenas da reinserção do indivíduo ao seu lar, mas sim também através do fato *do indivíduo voltar para o seu lar de tal maneira que seja minimizado os efeitos produzidos nos integrantes do grupo familiar*. Parece haver um problema do sujeito acometido de doenças mentais acabar por produzir mais sofrimento mental também na família, assim do que adiantaria haver a reinserção do sujeito se a qualidade de vida de outras pessoas do grupo familiar está comprometida? Esse acaba por abalar os pilares da Saúde Coletiva, será que Saúde Coletiva é apenas pensar no imediato? É necessário um repensar essa questão de modo sistêmico, compreendendo causas e efeitos e também a dinâmica dos processos sociais de reinserção.

³ É muito bem sabido que os objetos de investigação são disputados pelas diversas ciências. Às vezes investigam este objeto a partir dos seus próprios critérios ou detém o monopólio completo deste objeto. A Psicologia já foi objeto da física e da fisiologia em nosso passado mais recente e em um passado mais distante da Metafísica e da Teologia.

Na estrutura e funcionamento da instituição percebemos os entraves burocráticos e devemos compreender o que propicia esse desenvolvimento. Mas a questão principal é compreender a Instituição enquanto tal, isto é, suas regularidades para podermos falar de irregularidades e por sua vez fazermos aplicações técnicas nessa área.

O relacionamento interprofissional entra no campo da compreensão dos grupos, mas está estritamente relacionada com o atendimento do paciente, nem todos são atendidos por profissionais de orientação psicanalítica, portanto a comunicação se faz necessária para a disseminação de um conhecimento que promova uma rede de informações, na onde todos estão ativamente engajados e caso não estejam que pelo menos a informação se faça acessível.

O posicionamento do psicanalista se refere ao modo de lidar com as demandas do cotidiano, em específico as atitudes e ao modo de resolver os problemas do dia-a-dia do serviço. Como resolver um problema na onde o grupo está descomprometido, o que o psicanalista pode fazer?

O sistema de comunicação se refere ao modo pelo qual os discursos se constituem, se desenvolvem e desintegram-se. A maneira pela qual se movimentam no espaço, ganham e perdem força. Se refere a sua circulação, intercâmbio e rotação nos espaços institucionais. A causa de determinado discurso, seus efeitos e suas finalidades.

Tentei apresentar de modo muito breve uma forma possível de atuação da Psicanálise em Saúde Mental Pública. Delineei seus objetos e fiz uma descrição sucinta sobre os mesmos. Tentei demonstrar que existe um enorme trabalho a ser feito nesse campo de grande complexidade e abrangência descomunal. Cada um desses tópicos poderá dar origem a outros tópicos. Creio que a problematização desses itens e investigação sobre eles poderá nos fazer compreender esse campo tão difícil e árduo, mas ao mesmo tempo tão fragmentado e disperso que é a Saúde Coletiva e Psicanálise, que diante do que fora investigado nessa pesquisa tornou-se *Psicanálise em Saúde Mental Pública*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DARWIN, Charles. **A origem das espécies: a seleção das espécies por meio da seleção natural ou a preservação das raças favorecidas na luta pela vida**. São Paulo: Martin Claret, 2014.

DE SOUZA, Hebert Geraldo; PIMENTA, Paula Ramos. **A " junta médica" como os vários de uma prática The " medical board" as the various practical**. Minas Gerais: CliniCAPS, 2013.

DINARDI REZENDE ANDRADE, Renata. **Discussão x construção do caso clínico**. Mental, v. 2, n. 4, 2005.

FIGUEIRÓ, Rafael Albuquerque; DIMENSTEIN, Magda Diniz. **O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?**. Fractal: revista de psicologia, v. 22, n. 2, p. 431-446, 2010.

FREUD, Sigmund. **A interpretação de sonhos**, vol. IV. Freud, S.(1980). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. 24, 1900.

FREUD, Sigmund. **Linhas de progresso na terapia psicanalítica**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, 1918.

FROMM, Erich. **A descoberta do inconsciente social**. São Paulo: Manole, 1992.

JUNG, Carl Gustav. **Arquétipos e o inconsciente coletivo**. Editora Vozes Limitada, 2011.

JUNG, Carl G. et al. **O homem e seus símbolos**. HarperCollins Brasil, 2016.

KANDEL, Eric R. **A biologia e o futuro da psicanálise: um novo referencial intelectual para a psiquiatria revisitado**. Rev Psiquiatr RS, v. 25, n. 1, p. 139-65, 2003.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. **Psicanálise e saúde coletiva: interfaces**. São Paulo: Hucitec, v. 79, 2012.

RINALDI, Doris Luz; BURSZTYN, Daniela Costa. **O desafio da clínica na atenção psicossocial**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 60, n. 2, p. 32-39, 2008.

SANTOS, Alan Ferreira dos. **A etiologia dos atos infracionais na adolescência**. Revista Psicologia de Portugal, 2017.

SANTOS, Alan Ferreira dos. **A Realidade das Instituições de Medidas Socioeducativas e suas Contradições – Um Estudo Sociológico**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 1. Vol. 9. pp 707-723. Outubro / Novembro de 2016.

WINNICOTT, D. W. **Comentários sobre o “Report of the Committee on Punishment in Prisons and Borstals” (1961)**. Winnicott, Privação e delinquência, p. 229-236, 1987.

WINNICOTT, Donald Woods. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.