



Revista
de Psicologia

ISSN 2179-1740

CLÍNICA DOS AFETOS: TRAJETÓRIAS DE UM PSICOTERAPEUTA EM FORMAÇÃO

CLINIC OF AFFECTIONS: TRAJECTORIES OF A PSYCHOTHERAPIST IN FORMATION.

Cristian Da Cruz Chiabotto¹

Fernanda Bellé Barichello²

Resumo

Este artigo foi construído na modalidade de relatos de experiências, vivenciadas a partir do Estágio de Clínica da Graduação em Psicologia na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, situada na cidade de Santiago, interior do Rio Grande do Sul. Busca-se por meio deste, cartografar experiências que perpassam a trajetória de formação de um psicoterapeuta, ampliando as possibilidades do fazer clínico e situando a própria figura do terapeuta enquanto um sujeito que afeta e é afetado na medida que a clínica se movimenta nas intervenções que se dão pela relação transferencial e pelas aberturas de uma clínica contemporânea. Para possibilitar a compreensão da experiência, é feito inicialmente um percurso teórico sobre clínica psicanalítica e alguns conceitos fundamentais nesta prática e então, serão apresentados dois casos clínicos no formato de vinheta clínica, possibilitando uma cartografia que irá delinear os trajetos da formação em Psicologia e da prática da Psicoterapia.

Palavras-chave: Clínica psicanalítica; cartografia; contemporâneo

Abstract

This article was constructed in the form of reports of experiences, lived from the Clinical Internship of the Graduation in Psychology at the Integrated Regional University of Alto Uruguay and the Missions, located in the city of Santiago, in the interior of Rio Grande do Sul. The purpose of this research is to map experiences that go through the path of formation of a psychotherapist, expanding the possibilities of clinical practice and situating the very figure of the therapist as a subject that affects and is affected as the clinic moves in the interventions that occur in the relationship transference and the openings of a contemporary clinic. In order to make possible the understanding of the experience, a theoretical course on psychoanalytic clinical practice and some fundamental concepts in this practice is done, and then, two clinical cases will be presented in the clinical vignette format, allowing a cartography that will outline the paths of the Psychology and practice of Psychotherapy.

Keywords: Psychoanalytic clinical; cartography; contemporary

¹ Cristian da Cruz Chiabotto, Brasil; Graduando do Curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Santiago; cristianchiabotto.cristian@gmail.com

² Fernanda Bellé Barichello, Brasil; Psicóloga, Especialista em Saúde Coletiva, Mestra em Psicologia Social e Professora na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Santiago; nandabarichello@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Clínica e suas Transformações

O fazer clínico é um dos componentes mais antigos da história da Psicologia enquanto profissão, e parte fundamental da graduação em Psicologia, que possibilita o surgimento de novos psicoterapeutas dentro do campo. Mas o que é psicoterapia? É fazer clínica? O surgimento da clínica psicológica nos interessa justamente enquanto uma linha do tempo histórica que nos remonta um panorama de práticas das quais precisamos (re)pensar e movimentar. O surgimento da clínica nos remete inicialmente a própria etimologia do termo: "(...) originariamente, a atividade clínica (do grego *klinê* – leito) é a do médico que, à cabeceira do doente, examina as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico e prescrever um tratamento" (Doron e Parot, 1998, p.144-145).

Diante disto, a clínica é fundada a partir de um saber médico, que visa examinar e observar sintomas para diagnosticar e assim, tratar. Pode-se pensar então no fazer clínico enquanto um fazer que possibilita um olhar sobre um possível adoecimento para que se estabeleça a seguir uma cura. É pautada neste saber médico que se inaugura o fazer clínico da Psicologia, partindo de diagnósticos e sintomas psicológicos que também surgiram na Medicina dentro da história da Psiquiatria. O filósofo francês Michel Foucault em seu livro *Em Defesa da Sociedade* (1999), nos traz o conceito de biopoder, que é justamente este poder que as ciências médicas possuem sobre a vida e sobre os processos biológicos dos seres vivos, criando então dispositivos de poder que disciplinam e vigiam a sociedade através dos corpos. É neste sentido que as clínicas psicológicas foram grandes dispositivos de poder da sociedade disciplinar, concebendo os sujeitos enquanto indivíduos e corpos que precisam se adequar a uma norma social que serve ao Estado.

É então, com o surgimento da Psicanálise com Sigmund Freud, em meados de 1890, que se iniciam os passos para a quebra dos paradigmas do fazer clínico e do saber psi, direcionando o sofrimento dos sujeitos para as pulsões do inconsciente e para a relação que se estabelece entre terapeuta e paciente, o qual Freud irá denominar como transferência, ou seja, a via pela qual se dá o tratamento.

Transferência: Enodamentos Éticos

Um dos conceitos mais importantes descoberto

por Freud, que fundamenta a prática psicanalítica e a psicoterapia, é o conceito de transferência; a origem da palavra vem do alemão *ubertragung*, que significa transferir algo de um, para outro. A transferência pressupõe que em análise (ou psicoterapia), o paciente a partir da relação com o terapeuta transfere afetos e repete aspectos relacionais de sua história de vida, direcionando assim um tratamento pela via da relação terapêutica. Ora, o próprio conceito de transferência já assume uma quebra de paradigma, de uma psicologia biomédica e ligada aos processos do corpo, para uma psicologia que escuta a fala livre do paciente e maneja suas angústias através da dos aspectos transferenciais inconscientes desta. É neste sentido que a psicanálise contribuiu com o olhar sobre os indivíduos, ou seja, para um laço social que traduz a matéria que se deve tratar e que fornece condições para sua operação. (MEIRELLES, 2012)

É, portanto neste sentido que a transferência assume o papel da via do tratamento, justamente pelos enlaces e enodamentos que se dão no encontro entre terapeuta e paciente e que é sustentado na escuta e no olhar. Em análise o paciente poderá repetir as suas vivências emocionais, que serão colocadas em cheque pelo terapeuta e gradativamente elaboradas no *setting* analítico. Partindo destes pressupostos, a transferência é uma relação e também uma ética, da palavra grega *éthos*, que significa morada. Ela se faz morada na medida em que o sujeito deposita seus sofrimentos e suas intimidades ao terapeuta e recebe, na relação, uma ética do cuidado.

Clínica dos Afetos: uma Clínica que caminha, sente, cheira e toca.

De antemão, o leitor deve ter se questionado sobre a escrita acima: *Klinika, com k*. Esse é um conceito que vêm sendo construído a partir dos autores Deleuze e Guattari, que fundam um paradigma filosófico e político que denominamos de Esquizoanálise (a quebra da análise). Eles direcionam as ideias da Psicologia e da Psicanálise para um campo da produção de subjetividades e afetações que produzam desvios, transformações e desejos. É então partindo disto que a clínica hoje é uma clínica-política, enquanto uma ação-intervenção que ultrapassa as barreiras entre individualidades e coletividades e compreende sujeitos enquanto complexos, sociais e subjetivados pela cultura. (HUR, 2014)

Esta clínica ultrapassa as paredes de um consultório e sai pra rua. É na rua que encontra o toque, o cheiro e é no caminhar dessa clínica andante que se faz movimento de resistência. Resistir neste sentido é político, é demarcar uma posição contrária às lógicas

hegemônicas de um fazer profissional que está a serviço da vigilância e de uma suposta norma a qual sujeitos devem se adequar. É pautada nesta experiência que a clínica andou, saiu das paredes de um serviço-escola e tocou, sentiu, cheirou outros ares que possibilitaram resistir às durezas das histórias de vida de quem andou. Conforme Romagnoli (2007), “a vida é uma potência, que funda, inaugura, dispara uma singularidade, propicia deslocamentos (...) criação de outros territórios existenciais mediante as relações com forças externas que nos forcem a ser de outro modo. (p. 100)

Neste sentido, sair para a rua possibilita olhar o que está além da relação transferencial paciente-terapeuta, engendra novas relações, com a cidade, com sujeitos que se atravessam neste caminho e também com o que estes atravessamentos podem gerar e construir de terapêutico. Assim, a rua como via da *pólis* afirma como legítimo os movimentos que a rua engendra e intervém nos modos de relação que ocupam a vida e compõem a cidade. (SOUZA & MACERATA, 2015)

Método

Por ser um relato de experiência, a metodologia utilizada na produção deste artigo foi a cartografia, justamente pelo aspecto de pesquisa-intervenção que a prática desta experiência possui. A cartografia é um método que visa inserir o pesquisador nos processos e encontros que se formam no ato de pesquisar, sem percursos pré-definidos, mas que se definem a partir das produções e encontros que se dão entre o pesquisador e o objeto. Pensar a cartografia enquanto uma metodologia de pesquisa, no campo da Psicologia, é pensar em uma produção conjunta das partes envolvidas no ato de pesquisar, é não distanciar o objeto do pesquisador, como na ciência tradicional, mas sim chegar o mais próximo possível, sentir, afetar-se e ser afetado e poder conhecer a realidade de perto e não de forma distanciada e matematizada. (ROMAGNOLI, 2009)

Cartografar assume o lugar de uma pesquisa-intervenção quando através do encontro e imersão no território da pesquisa está sempre intervindo e próximo dos sujeitos, produzindo novos olhares e sentidos nas questões habituais daquele território. Cartografar é sentir e vivenciar coletivamente as subjetividades daqueles que estão trilhando juntos os caminhos e construindo durante o processo, mapas, meios e linhas de fuga, capazes de fazer efeito e construir novos sentidos e modos de subjetivação.

Pode-se dizer então que a cartografia se

relaciona com os processos de vida e com ferramentas de pesquisa que se colocam no meio, e não fora. Portanto, foi neste viés que se buscou produzir as experiências relatadas neste artigo, ao viver o processo terapêutico de cada uma das pacientes e experimentar as possibilidades do fazer clínico.

DISCUSSÕES

Vinheta Clínica

1: Pagu, um desejo subversivo à cultura.

Pagu, o pseudônimo dado à Patrícia Galvão, uma forte figura na história brasileira. Mulher, escritora, artista, jornalista e militante política, nascida em junho de 1910, era muito além de seu tempo, era subversiva. Também publicava em jornais, meio pela qual foi inserida no Movimento Modernista² pelo casal Tarsila do Amaral e Oswald Andrade, do qual nutriu uma relação íntima, vindo a casar-se com ele e passar a ser conhecida como uma traidora da amizade de ambos. A imagem física de Pagu sempre foi uma afronta à época, se vestia e maquiava-se de forma extravagante, chamava atenção da opinião pública por colocar em cheque a imagem da mulher recatada e submissa da época. Foi militante do Partido Comunista em meados de 1930, onde fica conhecida por ser uma mulher atipicamente ativa nas causas operárias e desigualdades do País, sendo até mesmo perseguida e presa política por se declarar ideologicamente de esquerda. Mesmo após ser presa, Pagu se mostra uma mulher de força, que luta pela emancipação feminina e pelas artes. Ela cria até o fim de sua vida, retorna aos teatros, encena, dirige peças e faz da arte seu último suspiro de luta e resistência, morrendo aos 52 anos.

A partir da história dessa figura forte que foi Pagu resolvi nomear a paciente com este mesmo pseudônimo, justamente porque no desenrolar da sua história terapêutica se mostra forte, subversiva e uma mulher que busca incessantemente sua independência. Esta Pagu, mulhercis, tem 26 anos e carrega consigo o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline e está em atendimento no serviço-escola de Psicologia há cinco anos. Pagu inicialmente se inquieta com o suposto diagnóstico, o que já mostra sua característica subversiva e de não adequação às normas, colocando em pauta sua vida emocional intensa, suas recorrentes ideias suicidas e seu medo da solidão e abandono. Ao começar junto com a paciente a investigação sobre sua história de vida, a mesma traz a figura de seu pai como central na sua história de sofrimento e apresenta o atual relacionamento conjugal como extremamente conflituoso, bem como uma dificuldade de conseguir se

relacionar com as figuras masculinas sem que esta relação se caotize e se rompa. No decorrer do processo terapêutico foi vivido um momento chave na relação transferencial: a posição que as mulheres da história de vida de Pagu ocupam em seus lares e relacionamentos.

Pagu escreveu uma carta para não enviar³, onde o endereço de destinatário é sua avó materna, a qual nunca conheceu. Nesta carta, ela escreveu para a avó o quanto queria conhecê-la e que precisava de seus conselhos, carinho e principalmente a força que a mesma teve para enfrentar uma vida de submissão. É aí então que Pagu revela que esta avó havia falecido com 36 anos de idade de um ataque cardíaco, após inúmeros momentos estressores e agressões físicas advindas do marido. Após essa morte, a mãe de Pagu teve que enfrentar a vida sozinha e com inúmeras dificuldades, até encontrar o homem com quem se casou e também estabeleceu uma relação que se repetia: submissões, agressões psicológicas e físicas. É neste momento então que Pagu traz à tona toda sua insatisfação e sofrimento com seus relacionamentos e com a sua figura feminina. A mesma consegue perceber a repetição transgeracional de um sintoma social: o machismo e a submissão feminina. Partindo disto a cena terapêutica toma outros rumos, com o desejo de Pagu pela liberdade e sua subversão à cultura. A cultura que coloco aqui é a machista: “Quando falamos relações de Gênero, estamos falando de poder. À medida que as relações existentes entre masculino e feminino são relações desiguais, assimétricas, mantêm a mulher subjugada ao homem e ao domínio patriarcal”. (COSTA, 2008)

O funcionamento patriarcal da sociedade insiste em inferiorizar a figura e o corpo feminino e exaltar a figura do macho, capturando as subjetividades femininas e as colocando na posição de servidão, de encarceramento da existência. O mal estar vivenciado por Pagu está justamente em tentar romper com este ciclo de agressividade e angústia. Porém, Pagu vive na relação com o seu namorado situações que remetem à violência e ao encarceramento. Ao tentar romper com isto se percebe culpada e má aos olhos da sociedade e é nisto que a transferência e o processo terapêutico entram em ação: aqui se coloca a liberdade de Pagu em cheque e abre-se aos poucos a porta do cárcere subjetivo em que ela se encontra. A relação construída no *setting* abre condições para o abandono de algumas resistências e convida o terapeuta a se debruçar ainda mais sobre o caso, o que o remete a uma canção que foi escutada, em sessão, por ambos: “Triste, Louca ou Má” do grupo Francisco el Hombre.

Pagu consegue se visualizar dentro da canção e juntos conseguimos sentir e criar novas forças dentro do

processo terapêutico. As sessões avançam e a relação transferencial vai se alinhavando e então é hora de sair pra rua. Pagu me leva ao seu território, um lugar de refúgio, na companhia de uma amiga. Ali, totalmente inserido no mundo de Pagu (que agora também passa a ser o universo do terapeuta) ela revela as questões que a levam ao sofrimento e a palavra que surge é desamparo. A rua retoma o relato sobre as violências do pai na relação com a mãe e também com ela. Neste sentido, a rua foi além de um refúgio, um *setting* aberto. Um momento de retomada do fôlego e da produção desejante de Pagu, ali ela era livre, podia sentir que havia sido transportada para um mundo particular, só seu. Palombini (2006), refere que o urbano hoje se apresenta como um complexo de múltiplos territórios, dando lugares às vidas plurais e multifragmentadas.

O anseio de Pagu é pela libertação feminina, quer se desprender das amarras da subjugação da cultura machista, quer apoderar-se e ter seu espaço enquanto mulher no mundo, busca a independência e o acolhimento que não reconhece em seu lar, deseja por mais, produz neste desejo, foge e enlaça linhas que se conectam pouco a pouco na psicoterapia.

Uma vinheta que pinta sobre a vida: Frida, da dor à arte.

Frida Kahlo, mulher, artista e militante política nascida no México em julho de 1907. Para além das obras que pintava Frida ficou conhecida por sua resiliência e a forma como reinventou as dores de sua vida a partir da arte. A artista teve poliomielite na infância e sofreu um acidente aos 18 anos de idade que a deixou três meses no hospital. Durante este período começou a produzir obras que simbolizavam os momentos difíceis na vida e nos relacionamentos, há época casada com Diogo Rivera, com quem tivera um relacionamento turbulento.

O que pretendo ressaltar nesta escrita é a relação de Frida Kahlo com sua mãe. Matilde, mãe de Frida, viveu um intenso processo de luta por perder um filho no parto, que se estendeu até o nascimento da artista. Esta, logo ao nascer, foi dada aos cuidados para uma ama de leite, já que Matilde tivera depressão pós-parto. Durante a infância, Frida teve que lidar com o afeto da mãe direcionado apenas para com a irmã mais nova, o que aumentava sua sensação de desamparo. Isto é retratado na obra *Meu Nascimento*⁴, onde a mesma refere que desde o nascer sente que sua mãe para si era morta. Na sua luta pela sobrevivência afetiva entrega-se ao relacionamento com Diogo, tentando vincular afetos que não encontrou desde sua infância.

É a partir deste ponto da história que nomeio

então a paciente desta vinheta clínica de Frida, uma menina mulher, que luta pelo respirar da vida e o encontro de um afeto que recubra seu desamparo no mundo. Esta Frida, menina cis, 11 anos de idade, é atendida por mim há quase um ano, desde um processo psicodiagnóstico⁵, onde a mesma chega melancólica e passando por um luto muito significativo: o suicídio da mãe. A mãe de Frida cometeu suicídio após vivenciar uma relação de muita violência psicológica e física com o atual marido, o então padrasto da paciente. O lar em que Frida vivera nos últimos anos, após vivenciar a separação dos pais, era um lar hostil, com um padrasto agressivo e uma mãe depressiva que já não conseguia mais sustentar a relação com a vida. Após o suicídio da mãe no ano de 2016, Frida inicia seu processo terapêutico ainda com o ego muito fragilizado e com peças de sua história fragmentada. Havia uma paralisia frente ao luto. Frida já não brincava mais, pouco sorria e não conseguia compreender o suicídio da mãe, carregando consigo inúmeros sentimentos de inferioridade e incapacidade diante da vida. Frida voltou a morar com o pai, com quem nutre uma relação muito significativa de cuidado, um pai que investe no processo psicoterapêutico da filha e torna possível que este processo estabeleça redes de afeto e cuidado para esta menina. O tempo passou e o processo clínico vivenciado por Frida através da transferência possibilitou novos rumos na sua história de vida: agora ela brinca, fala, quer olhar pra sua história e por fim, pinta.

No decorrer de algumas sessões, Frida solicita brincar de quebra-cabeças, mas não é qualquer um: o mais difícil, inúmeras peças minúsculas de um desenho final o qual nem sabemos o que é. Foram muitas sessões e inúmeras tentativas, até que a mesma fala: “as peças nunca se encaixam, alguém as pegou”. Frida vivera momentos intensos em sua história no último ano e foi através do brincar e do seu próprio discurso que nomeou a dificuldade de encaixar as peças desta história em sua vida. Por muito tempo suas vivências estavam irrepresentáveis. Segundo Lacan (2005), o Real é estritamente impensável, ou seja, tudo aquilo que não pode ser representado, o indizível e traumático. A dor da perda pura está situada então neste real, por isto a dificuldade inicial de conseguir falar sobre a perda da mãe, uma dor que não consegue ser colocada em palavras, nomeada e elaborada. Amarrado à este Real, está a ordem Simbólica, ou seja, a função da fala e linguagem, bem como os significantes e significados que a paciente possui sobre as coisas e acontecimentos. Partindo disto, durante o processo terapêutico, percebeu-se que a paciente ampliou suas possibilidades simbólicas, conseguindo então de forma gradativa criar significantes para a elaboração da perda

da mãe. Ainda sobre o brincar em clínica, Felice (2003) refere sua potência ao envolver aquilo que é comum ao paciente e ao terapeuta e que dá condições para que se processe a psicoterapia com crianças.

Ao completar um ano do falecimento da mãe, Frida foi hospitalizada com insuficiência respiratória e ao retornar para o *setting* nos deparamos com uma dor irrepresentável que retornou para o corpo: a dificuldade de respirar representava a morte no sentido mais puro. O acolhimento que se deu ao longo das sessões seguintes visava a representação deste mal estar e foi a através da arte, com o resgate de fotografias que representavam a sua história de vida, que Frida passa a ressignificar sua própria história e elaborar sua perda. Ela passa a pintar telas, criar desenhos, traçados e linhas e por fim (re)cria-se um espaço terapêutico onde Frida consegue pouco a pouco encontrar esse oxigênio para respirar. Frida se encontra atualmente em um novo processo, uma criação de si, o momento em que vai se reinventar e pintar suas dores, pois agora já fala nelas, já expressa nas cores o incolor de sua história, traça rotas que vão além de si mesmo e na qual se encontram com as potências da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações de um psicoterapeuta em formação: é possível uma clínica dos afetos?

Diante de tais experiências que o estágio na prática clínica propôs, penso que o maior desafio da clínica contemporânea é construir uma clínica dos afetos. Diante das instabilidades política e do mal estar que se faz presente na civilização, como já nos apontou Freud em meados de 1930, é preciso traçar rotas que ampliem nossos olhares na clínica sobre o sofrimento e suas nuances. Freud (2011) lembra “[...] três fontes de onde vem o nosso sofrer: a prepotência da natureza, a fragilidade de nosso corpo e a insuficiência das normas que regulam os vínculos humanos na família, no Estado e na sociedade”. (p. 30)

Portanto, construir uma clínica que consiga compreender o sofrimento humano, pautada na ética e no afeto, que circula livremente em um fazer que não se limita a um espaço físico é inaugurar um fazer clínico pautado no desejo e nas produções desejanter dos encontros e desencontros que há entre a vida do paciente e a escuta do terapeuta. É neste sentido que se deve compreender um lugar de fala e um lugar de escuta, ou seja, uma fala desejanter e uma escuta que acolhe o desejo no seu sentido mais puro. Calligaris (2004), aponta que “a escolha da direção ou do caminho

não deve ser decidida por uma norma, nem mesmo por uma sabedoria. Espera-se que o terapeuta ou analista empurre o paciente na direção do seu desejo". (p. 28)

O fazer clínica então, assim como na música que fora trabalhada com a paciente, desatina e desata nós. A questão que nos convoca a refletir é quais os limites desses nós? Até onde a linha do encontro entre dois humanos puxa? A maior marca do fazer psicoterapia é a marca da presença, da escuta e de um espaço analítico que vira morada na medida em que despejamos nossas bagagens a cada encontro, a cada olhar e a cada toque inconsciente que nossa história faz ao se desenrolar no fazer clínico. Portanto, é possível fazer uma clínica dos afetos que toca, que sente, que chora; pautada no encontro onde uma nova história de vida se produz em psicoterapia.

NOTAS DE RODAPÉ

Notas

¹ O termo vinheta tem origem no francês vignette, que, originalmente, era o nome dado aos ornamentos usados para emoldurar desenhos ou peças de ferro ou madeira que tinham videiras como referência principal. Fonte: <https://www.ciabyte.com.br/faq/o-que-e-vinheta.asp>

² O Movimento Modernista foi um movimento artístico e literário vivido no Brasil no início do século XX, buscando romper com o tradicionalismo nas artes através das experimentações e da libertação estética, abrindo espaço para a constante criação e crítica dos movimentos artísticos em seus diversos aspectos. Fonte: <https://www.infoescola.com/literatura/modernismo>

³ Técnica clínica em que se pede para o paciente escrever uma carta para alguém que seja uma figura de importância em sua vida. Após, o paciente a lê em sessão e não a envia. Este tipo de escrita é referenciado no trabalho do Psicanalista Argentino Gustavo Lanza Castelli, Escrita como ferramenta em la psicoterapia.

⁴ Pintura onde Frida Kahlo retrata seu nascimento, a mãe está morta na cama e ela saindo do ventre, se deparando com a falta e o desamparo desde seus primeiros instantes de vida. Fonte: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2009000200006

Referências

Calligaris, C (2004). *Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Costa, A. A. (2008). *Gênero, poder e empoderamento das mulheres*. Disponível em http://www.reprolatina.institucional.ws/site/respositorio/materiais_apoio/textos_de_apoio/Genero_poder_e_empoderamento_das_mulheres.pdf

Doron, R. & Parot, F. (1998). *Psicologia Clínica. Dicionário de Psicologia*. Vol. 1. São Paulo: Ática.

Felice, E. M. de. (2003). O lugar do brincar na psicanálise de crianças. *Psicologia: teoria e prática*. Vol. 5, n. 1. (p. 71-79). São Paulo.

Foucault, M. (2005). *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.

Freud, S. (2008). *Luto e Melancolia*. Para Ler Freud. Sandra Edler. São Paulo.

Freud, S. (2011). *O mal-estar na civilização*. Tradução: Paulo César de Souza. 9 ed. São Paulo: Penguin Classics. Companhia das Letras.

Holanda, S. P. de. (2014). *Um caminho à liberdade: o legado de Pagu*. UFRJ/FL. Rio de Janeiro.

Hur, D. U. (2014). Trajetórias de um pensador nômade: Gregório Barenblitt. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Vol.14, n. 3. (p. 1021-1038). Rio de Janeiro.

Jorge, M. A. C. (2002). *Fundamentos da Psicanálise de Freud à Lacan. As Bases Conceituais*. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (2005). *Nomes-Do-Pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Levinzon, G. K. (2009). Frida Kahlo: a pintura como processo de busca de si mesmo. *Revista Brasileira de Psicanálise*. Vol. 43, n. 2. (p. 49-60). São Paulo.

Meirelles, C. E. F. (2012). O manejo da transferência. *Stylus Revista de Psicanálise Rio de Janeiro*. n. 25. (pp. 123-135). Rio de Janeiro.

Nasio, J. D. (2007). *A Dor de Amar*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Palombini, A. de L. (2006). Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psyche*. Vol.10, n. 18 (p.115-127). São Paulo.

Rodrigues, G. V. (2000). Nem o sol nem a morte podem ser olhados de frente. *Psicanálise e Hospital*. 3 ed. Marisa Decat de Moura. São Paulo: Revinter.

Romagnoli, R. C. (2007). A invenção como resistência: por uma clínica menor. *Vivência*, n.32. (p.97-107). Natal.

Romagnoli, R. C. (2009). A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*. Vol. 2, n. 21. (p. 166-173).

Souza, T. de P. & Macerata, I. (2015). A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. *Ayvu: Revista de Psicologia*. Vol. 1, n. 2. (p.03-23).