

DE UTI A UCI: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA COM A PSICANÁLISE¹

Andréa Diniz Gonçalves Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Resumo

Trata-se do relato da experiência do primeiro ano de trabalho enquanto psicóloga hospitalar na UTI de uma maternidade de referência da rede privada de Salvador-Ba, fundamentado na teoria psicanalítica, incluindo uma breve revisão bibliográfica sobre o tema. Concluiu-se ser a humanização um sintoma da terapia intensiva e foi proposta a humanização da assistência como um posicionamento ético que inclua a subjetividade do paciente, seus familiares e dos profissionais de saúde na prática médica, através do atendimento psicológico individual e em grupo ao paciente, seus familiares e à equipe e de anotações em prontuário e discussões de casos clínicos multidisciplinares, visando uma prática interdisciplinar que faça circular a subjetividade de todos os envolvidos.

Palavras Chave: Psicologia Hospitalar; Psicanálise; Humanização; Psicologia; UTI.

FROM ICU TO INTENSIVE CORONARY CARE UNIT: REPORT OF AN EXPERIENCE WITH PSYCHOANALYSIS

Abstract

This is the report of the experience of the first year of work as a hospital psychologist in the ICU of a famous maternity of private providers in Salvador-Bahia, based on psychoanalytic theory, including a brief literature review on the topic. Humanization was found to be a symptom of intensive care and the humanization of care has been proposed as an ethical stance that includes the patient, family and health professionals subjectivity in medical practice, through the individual and group psychological care of the patient, their families and the staff, and notes in medical records and multidisciplinary clinical case discussions, seeking interdisciplinary practice to circulate the subjectivity of all involved.

Keywords: Hospital Psychology; Psychoanalysis; Humanization; Psychology; ICU.

Ao recebermos o convite para falar da nossa experiência com a psicanálise na UCI do hospital Santo Amaro, buscamos tranquilidade diante de tamanha responsabilidade detendo-nos na proposta de *relato* de experiência e propondo-nos, então, um discurso sincero, através do qual contaríamos a história do serviço e tentaríamos mostrar uma prática que inevitavelmente faz questão da psicanálise. Questão que acreditamos ser a que possibilitará nossa comunicação: O

¹ Trabalho apresentado em 1997, no Espaço Moebius, sobre o primeiro ano de atendimento na UTI do Hospital Santo Amaro.

que é psicanálise? Ou quais os limites da psicanálise, ou quais nossos limites diante da psicanálise.

Mas, por fazer questão, a psicanálise alterou (colocou em *outro* lugar, desejamos) a tranqüilidade com que esperávamos atender a este convite, já que pela relação que a partir dela é possível fazer à verdade, a sinceridade é sempre ilusória.

Então, será a partir do nosso sincero equívoco ou no equívoco da nossa sinceridade que vamos contar a vocês como começou o serviço de psicologia do Hospital Santo Amaro (HSA), ou antes, a equipe de psicologia da UCI Adulto.

Em 1995, dois jovens médicos intensivistas estavam construindo uma UTI, uma pequena UTI, no HSA e queriam fazer uma grande diferença introduzindo o que chamavam de assistência humanizada. Eles haviam sido plantonistas durante muitos anos numa UTI de grande porte aqui em Salvador, onde experimentaram muitas insatisfações, principalmente no que se referia à relação da equipe com o paciente, da equipe com o médico assistente e, especialmente, da equipe com os familiares dos pacientes.

Nesse período eu e Denise Stefan havíamos encerrado nosso serviço no Hospital do COT e Ieda Borges havia passado pelo Centro de Saúde Ocupacional da FJS e identificado seu interesse em estender seu trabalho para o hospital. Fomos convidadas, eu e Iêda, pelo diretor médico que, por amizade, viu na UTI uma possibilidade de fazermos parte do *corpo* técnico do hospital. Foi então, um terceiro, que nos introduziu. Fomos as primeiras psicólogas a trabalhar em UTI de hospital particular, mas nos projetos da UTI humanizada eles não haviam contado com o profissional psi. Esquecimento que muito se repetiu. Mas, a lembrança do diretor médico veio bem a calhar, assim como a *coincidência histórica*, para aqueles que acreditam em coincidência, do que veiculava na mídia na semana da inauguração da UTI: nas capas da Veja e Isto é, a UTI como corredor da morte, a partir da experiência de Darcy Ribeiro.

Começamos nosso trabalho antes do início do funcionamento da UTI: além de participarmos da planta física, recorrendo a noções de cromoterapia para a escolha das cores usadas na unidade e no vestuário dos profissionais e opinando com relação à distribuição do espaço e do mobiliário, janela, vista para o exterior, luz natural, plantas, recursos físicos que facilitassem a orientação tempo/espaço... Começamos a trabalhar com a equipe em grupos multidisciplinares e a surpresa desse trabalho inicial foi o espanto geral ao constatarem que cada

um ali era portador de uma história. Um grupo, na sua maioria, formado por pessoas que trabalhavam juntas em outra instituição há alguns anos, mas que não conheciam nem um pouco das suas histórias.

A história de Darcy Ribeiro levou a UTI às manchetes. O espanto da equipe diante da história do outro levou a psicanálise a UTI.

O estranho Freud de 1919 (1) poderia então nos fazer atentos da sua flutuação teórica, já que empenhado em sua obra *Além do Princípio do Prazer*,⁽²⁾ já nos indica o que seriam importantes conceitos que nos importavam: pensando o estranho (UNHEIMLICH) como aquela categoria do assustador que remete ao que é familiar (HEIMLICH, com seu significado ambivalente de íntimo, secreto), nos apresenta o fenômeno do duplo (a partir inclusive de exemplos pessoais) onde o sujeito identifica-se com outra pessoa, ficando em dúvida sobre quem é o seu eu, ou substitui seu próprio eu por um estranho, nos falando então de uma divisão e intercâmbio do eu e o retorno constante da mesma coisa – anuncia a descoberta da psicanálise como a descoberta de uma divisão na antítese entre o ego e o que é inconsciente, reprimido. E nos traz Otto Rank para pensar a origem do *duplo* como uma segurança contra a destruição do ego, uma enérgica negação do poder da morte e propor a alma imortal como o primeiro duplo do corpo (Reconhece, ainda, a negativa no UN de UNHEIMLICH, antecipando seu texto de 1925, “A Negativa”). Situa o fenômeno do duplo no narcisismo primário, no tempo do amor próprio ilimitado da criança e do homem primitivo e, na separação dessa etapa, a inversão do seu aspecto de garantia de imortalidade a estranho anunciador da morte. Considerando a consciência e sua função auto-crítica como um novo significado do duplo, nos esboça os conceitos de superego e ideal do ego. Através do estranho nas coincidências, nos traz a noção de compulsão à repetição, referindo-se vagamente ao princípio do prazer para associar o estranho ao que possa remeter à compulsão à repetição e o assustador ao retorno do reprimido. Evoca nossa relação com a morte e o desejo na medicina ao afirmar que “a biologia não conseguiu *ainda* responder se a morte é o destino inevitável de todo ser vivo ou se é apenas um evento regular, mas ainda assim talvez evitável, da vida”, seguindo essa questão da idéia da imortalidade no inconsciente e nos desenhando o fantasma no mal assombrado como produto de uma operação entre a realidade psíquica e a realidade material.

Entramos na UTI com a psicanálise. Estávamos assustados. Éramos corpo estranho. Não fomos chamados, fomos apresentados e enquanto psicóloga. O lugar que nos foi oferecido foi o de condutor do processo de humanização da Unidade de Terapia Intensiva. Humanização. Este nome não nos dizia muita coisa, assim como aqueles aparelhos. Não sabíamos o que podíamos tocar, onde estávamos pisando – corpo estranhamente fragmentado. Era preciso nos organizar diante da ordem médica.

Observamos que a palavra *humanização* começava a ser empregada cada vez mais no meio médico, indicando a necessidade de uma mudança na relação médico-paciente. A escolha da palavra *humanização* aponta para uma busca de retomada da tradição humanística presente na formação médica antiga, que foi se perdendo com as exigências de objetivação decorrentes do avanço tecnológico e científico. Seria uma tentativa de restauração (numa metáfora arqueológica) da imagem do médico de família, um substituto da relação *médico-de-família* – humanização como um sintoma da medicina intensiva? Esse foi o primeiro sentido construído por nós para esse conceito, que quase uma década depois viria a se constituir como proposta de prática em saúde pública e privada.

Em seguida propomos humanização como a reinserção do discurso das Ciências Humanas ao discurso médico, ou seja, a introdução das idiosincrasias, do “cada caso é um caso” na busca da homogeneidade estatisticamente garantida.

E seguimos entendendo humanização como a inclusão nas práticas médicas da unicidade humana: a palavra. Propondo a participação da subjetividade na etiologia e na terapêutica das doenças.

Experimentando onde podíamos colocar nossas mãos, que lugar ocupar (foi difícil até mesmo termos um lugar para nossas coisas - só depois de um ano tivemos uma sala). Propusemos humanização enquanto um posicionamento ético, não a reduzindo a mudanças de atitudes, sendo antes de tudo uma mudança de posição que propicie a emergência da subjetividade e conduzimos a humanização da assistência quando incluímos na direção do tratamento a história de todos os envolvidos: paciente, família e equipe.

Além do atendimento ao paciente e à família, atendíamos a equipe através de grupos onde eram tratadas questões trazidas pela equipe no seu dia-a-dia ou apontadas nas entrevistas

individuais que fazíamos trimestralmente, além de escutarmos cada um que nos procurava ou que procurávamos em intervenções pontuais, individuais ou em grupo.

Sistematizamos o processo de humanização em propostas de atuação que só se sustentam por remeterem a uma prática. Esta proposta foi elaborada como resposta ao pedido da coordenação da unidade, sem, no entanto, isolar qualquer tentativa de sistematização da humanização da sua compreensão enquanto conduta ética:

- a) O respeito à privacidade do paciente (como recurso físico, contamos com portas pantográficas);
- b) A individualização do paciente: que este seja tratado pelo seu nome próprio (que é fixado sobre o leito) e respeitado, na medida do possível, em seus valores, religiosidade, costumes e solicitações.
- c) A explicação ao paciente sobre os procedimentos a serem realizados com ele, mesmo quando este se encontra sedado ou em coma;
- d) A comunicação entre a equipe e o paciente, mesmo quando este estiver em condições de difícil verbalização, através do uso de instrumentos oferecidos (alfabetos, cartões, jogos educativos, etc);
- e) O toque e a expressão de afetos na relação com o paciente;
- f) Informações que orientem quanto ao tempo e ao espaço;
- g) Informações sobre o seu estado clínico;
- h) Evitar discussões de caso próximo ao leito;
- i) Que se propicie na diminuição de sentimentos de isolamento, abandono, separação e perda vivenciados pelo paciente, valorizando o intercâmbio dos seus vínculos familiares e sociais
- j) A explicação aos familiares sobre a rotina da unidade, aparelhos e suas finalidades, através de explicações verbais, folhetos, fotos e desenhos;
- k) A explicação aos familiares sobre os procedimentos a serem realizados com o paciente;
- l) Facilitar a comunicação entre a equipe e a família dos pacientes, através de registros em prontuário sobre a dinâmica familiar, pela psicologia;

- m) O contato da equipe com a família;
- n) A informação diária sobre o estado geral do paciente pelo médico de plantão, acompanhado da psicologia;
- o) O uso de informações uníssonas para os familiares a fim de evitar dificuldades no relacionamento com a equipe (um dos recursos utilizados para garantir esse alinhamento são a passagem de plantão e a visita multidisciplinares, quando são discutidos a história do paciente, a dinâmica familiar e as informações transmitidas).
- p) O respeito às necessidades e desejos dos familiares, possibilitando que permaneçam o maior tempo possível ao lado do paciente, tornando o horário de visitas mais flexível;
- q) Uma atmosfera acolhedora aos visitantes;
- r) O respeito ao silêncio necessário;
- s) Que atitudes humanizadas , implantadas como rotina na unidade, nas atuações dos profissionais da equipe se estendam a seus demais locais de trabalho, no sentido de que ao serem internalizadas passem a fazer parte do seu cotidiano;
- t) Atender aos familiares dos pacientes eletivos, ainda no período pré-cirúrgico, orientando-os e informando-os sobre a rotina da UCI, diminuindo o impacto da internação do paciente na unidade. Podendo ser utilizados recursos, tais como: fotos da unidade, visitas a unidade e folhetos explicativos.

Essas propostas já foram o resultado do nosso trabalho (equipe de psicologia).

Um profissional podia falar com um paciente em coma, não porque foi incentivado a isso, mas por ter podido experimentar que isso diminuía sua angústia e que tinha efeitos sobre ambos- ele e o paciente. Os médicos podiam sair na unidade a cada turno para conversar com os familiares dos pacientes porque puderam ser ouvidos na dificuldade de contato com a história do outro a partir da sua história.

Quando éramos vistos falando com um paciente que se encontrava em coma , vinham muito apressadamente nos avisar que aquele paciente estava em coma e se deixaram de assim proceder não foi por terem nos tomado como um caso perdido de insanidade mental. Nossa

atuação traz uma autorização. Foi testemunhando uma relação que supõe um sujeito e sentindo seus efeitos, que a equipe passou a se dirigir aos pacientes e a seus familiares, a se apresentar a partir do seu nome próprio, a explicar sobre os aparelhos, rotinas e procedimentos, mesmo se o paciente se encontrasse sedado ou em coma.

Poderíamos pensar numa espécie de efeito pedagógico da psicanálise? Freud⁽³⁾ talvez nos responda ao considerar como profissão impossível a de educador e Lacan⁽⁴⁾ nos esclareça em *Função e Campo da Palavra e da Linguagem*, ao afirmar que “ninguém é menos exigente que um psicanalista sobre o que pode dar seu estatuto a uma ação que ele próprio não está longe de considerar como mágica, por falta de saber onde situá-la numa concepção do seu campo que ele não pensa absolutamente ajustar a sua prática”.

Nesta prática o pudor do consultório é abandonado: o atendimento aos pacientes e aos familiares durante o acompanhamento das visitas é feito entre a equipe, com a equipe e enquanto rotina da unidade. Nós levamos a história do paciente e da família para a UCI também através de relatos de prontuário e da passagem de plantão multidisciplinar (não entendemos o funcionamento da nossa equipe como interdisciplinar, já que não acreditamos que a humanização constitua uma axiomática). Mas, a história do paciente e da família já está na UCI, é compartilhada, a partir da história de cada um (tão pouco são tidos como loucos os familiares que, com o nosso acompanhamento nas visitas, podem falar ao seu ente querido, mesmo que este esteja em coma).

A história de que tratamos pode ser compartilhada, enquanto rememoração, enquanto fala do sujeito, não, como denunciou Lacan,^(5, p. 104) “numa análise *causalista* que visaria transformar o sujeito em seu presente por explicações sábias do seu passado”, já que “não se trata na anamnese psicanalítica de realidade, mas de verdade, porque é o efeito de uma fala plena reordenar as contigências passadas dando-lhes o sentido das necessidades a virem, tais como as constitui o pouco de liberdade por onde o sujeito as faz presente”.

Acreditamos que essa história está cada vez mais compartilhada. Ocorre-nos diante desta constatação a lembrança de um médico da equipe que tem uma grande dificuldade em trazer sua história e muito medo dos contatos com a família do paciente. Cardiologista, se ocupava enquanto médico assistente de uma paciente internada na UCI. Diante da dificuldade em localizar uma lesão ou disfunção que justificasse os sintomas cardíacos daquela mulher, nos procurou

pedindo ajuda na história da paciente: era uma mulher, com aproximadamente 60 anos , que apresentava como queixa principal um *batecum* no coração. Sua história era rica em detalhes e repetições de números e datas que fazia questão de relatar a cada dia. Tinha se feito espancar muito pelo marido e quando conseguiu dele se divorciar, ouviu do juiz a sentença que aquela pancada nas costas (uma em especial) teria sérias conseqüências em sua vida. E a história continua. Esse médico chegou à psicossomática, o que para ele foi espantoso (UNHELMICH), mas, para além de um diagnóstico, pode interessar-se seriamente pelo texto da paciente – esse mesmo médico que um dia riu a nos ver explicar a uma paciente portadora de Síndrome de Down sobre os procedimentos que ele começaria a realizar nela, sem nenhum aviso, por considerar uma comunicação impossível (uma curiosidade: a Síndrome de Down numa UTI é uma raridade estatística).

Esse médico se aproximou da história da paciente pela necessidade de um diagnóstico, buscando apoio na psicossomática, mas, depois, em outra ocasião, pode ele nos trazer uma história de uma paciente que havia morrido na UCI, sem qualquer intenção de explicação médica: era uma mulher jovem, descrita pela família como “eternamente insatisfeita com a vida” e que a partir da segunda gravidez (tinha uma filha de 06 anos, as duas foram descritas como muito ligadas) passa a anunciar a sua morte, a dizer que morreria de parto e a pedir para a sogra cuidar dos seus filhos – seus pais, segundo a sogra, pareciam não existir. Dá a luz a um menino saudável, bonito, “um meninão,” e ”sem ter nem pra quê” faz embolia pulmonar num dos apartamentos do hospital, chegando a UCI já em parada cardíaca. Esse médico reconhece a capacidade dessa mulher de se morrer.

Uma médica da UTI Neonatal, onde também passamos a trabalhar, por demanda da equipe, após um ano e meio do início do trabalho na UCI, ao ouvir a associação que fizemos do braço direito super-tatuado do pai à ausência do braço direito na filha que acabara de nascer, nos conta a história de um filme que havia assistido “por acaso”, segundo ela, no qual uma mulher pariu uma criança que, por algum motivo, fica internada numa UTI Neonatal, gravemente enferma, e que não pôde estar com essa filha, não pôde recebê-la. Essa mulher não conhece sua história. Não sabe quem é sua mãe e o filme apresenta essa investigação de maternidade, um trabalho de detetive, ela diz; de busca da origem, de chegar à identidade da mãe e ao seu paradeiro. A mãe foi encontrada num hospital psiquiátrico, internada como esquizofrênica e

talvez não fosse esquizofrênica, duvida a médica que faz o relato. A protagonista do filme volta para sua filha na UTI Neonatal e pode olhar para ela, reconhecer-se nela, falar com a filha e lhe contar que não pôde estar com ela antes por ter precisado saber sobre a sua mãe e conta para a filha a sua história em detalhes. Neste instante a menina reage, retirando heroicamente, segundo a médica, numa alusão irônica à realidade no cinema, o tubo do respirador da sua garganta, podendo respirar sem ajuda da máquina e o filme termina. Uma outra médica ouviu essa história desde o seu início: o nascimento de uma menina sem um braço.

Há pouco tempo acompanhamos um caso que se torna irresistível de contar agora, por reunir as duas UTI's - a adulto e a neonatal. Fomos avisados pelo médico assistente, o cirurgião, que um menino de 2 anos que cresceu na UTI Neonatal até os 6 meses e num hospital pediátrico depois disso, faria pós-operatório na UCI Adulto. Este menino, gêmeo de uma menina, nasceu com uma grave deficiência respiratória, diagnosticada de "Apnéia do Sono" e foi traqueostomizado desde então, já que só podia dormir ligado a um ventilador mecânico, porque quando dormia *parava* de respirar. Foi montada uma UTI domiciliar para que a família pudesse recebê-lo em casa. Para sair de casa, os familiares tinham que levar um respirador portátil, manual, e conectar na cânula da sua traqueostomia e não parar de bombear, caso ele dormisse: **não pode parar!** Evitava-se que ele dormisse em situações desfavoráveis, estimulando-o a realizar atividades motoras. O menino assim crescia e a cirurgia era, então, para a troca da cânula da traqueostomia por uma mais larga. A equipe da UCI respirou aliviada a alta do menino, queixando-se do que diagnosticaram como hiperatividade. Sobre esse suposto diagnóstico, dissemos para a equipe: mas, justamente, esse menino, imperativamente, "não pode parar!" e eles ouvem e falam sobre isso sem espanto. Conto essa história para a equipe da Neo e a história continua.

Se contamos esses casos não é para compartilhar da história como um compartilhar de um saber psicanalítico. A intenção não é formar simpatizantes da causa freudiana, isso pode até ser um efeito: um médico nos pede a indicação de um texto de Freud para ler, recomendamos os primeiros casos nos Estudos sobre a Histeria, como o que poderia estar mais próximo dele naquele instante; ele lê ainda a Interpretação dos Sonhos e se aproxima de Freud pela Psicopatologia da Vida Cotidiana. Esse médico certo dia vem nos contar que um paciente acabara de lhe perguntar por que o dreno estava vazando e que ele havia respondido ser por causa da

gravidade, referindo-se à lei da gravidade, mas escutando como uma mancada sua a referência à gravidade do estado de saúde da paciente.

O que desejamos falar através desses casos é da possibilidade da circulação da história no trabalho com a equipe, o paciente e a família.

Só foi possível trabalhar a equipe, trabalhando com a equipe. O recurso não foi a supervisão. O olhar não pôde vir de fora, o olhar devia ser *partilhado*. Não podíamos ter a ingenuidade da crítica que é feita ao olhar fragmentado ou fragmentador da medicina (“o pulmão do leito 2”), se não ignorávamos que a imagem unificada do corpo é uma ficção que justamente precisa de texto para ser escrita, inscrita, a partir de um reconhecimento no outro enquanto semelhante.

Tínhamos que ser parte da equipe, essa era a única possibilidade de realizarmos algum trabalho junto à equipe, ao paciente e à família. Não tínhamos para onde correr. Esse era o lugar, foi difícil chegar a ele. Ferenczi ajudou : a partir dessa posição “parte da equipe”, tem efeito se colocar enquanto atingido por determinada história ou situação. Por exemplo, dizer a um auxiliar de enfermagem como nos sentimos diante de determinada situação ou como fomos tocados pelo sofrimento de determinado paciente, possibilita que ele passe a nos procurar para se implicar a partir das ocorrências e até prescindindo delas.

A partir dessa posição, percebemos que em algumas situações nossa escuta deve ser acompanhada por um testemunho que impescinde da dimensão corporal: escutamos uma enfermeira da neonatologia diante da angústia provocada pela tarefa que lhe foi dada (é a enfermagem que se ocupa disso) - preparar o corpo morto de um recém-nascido (na neo referem-se aos recém-nascido como RN: corpo morto de um recém nascido é difícil de ser dito)e levá-lo para os pais no necrotério do hospital. A escutamos, mas isso não nos parece suficiente. Nos oferecemos para acompanhá-la. O corpo se encontrava numa pequena sala do Centro Obstétrico, ela abre uma geladeira, dessas que temos em nossas casas e retira um tape-were, como esses onde guardamos comida, que está na geladeira entre outros objetos desconexos e o nexos daquela situação nos invade. E não basta que nos ofereçamos para escutá-la, que a encorajemos a falar. Ela só pôde falar quando nos incluímos enquanto atingidos pela situação, não apenas reconhecendo o seu sofrimento, mas nos reconhecemos no seu sofrimento. Muitas vezes em

situações parecidas, basta que seja feito para outras pessoas um relato do ocorrido, uma descrição da situação vivida, para provocar a fala.

Quando podemos fazer parte da equipe, a imagem que disso fizemos foi a de “estar no mesmo navio”: correr os mesmos riscos se impõe como condição necessária para uma transferência de trabalho. Talvez não seja diferente no consultório. Talvez até os riscos sejam os mesmos. Acreditamos que não. Essas pessoas não estão em análise, não pediram análise e talvez nunca pedirão. Quanto a nós, sustentar uma posição que propicie a emergência do desejo, nos faz confrontar-nos com nosso próprio desejo e nos deparar com muitas resistências, já que uma clínica dessa natureza nos remete a finitude inerente a nossa própria condição humana.

E ainda, é importante que seja dito: nós não éramos do Serviço de Psicanálise do HSA, éramos do Serviço de Psicologia. A identidade profissional começava a se construir. Num esforço em atender ao chamado enquanto psicóloga, a psicanálise se revelou no que agora, talvez, possamos brincar chamando de “Psicanálise sem Intenção”.

Foi assim, como produto do primeiro ano de trabalho da primeira UTI a se propor humanizada e a incluir psicólogos na sua equipe, que as letras deslizaram de UTI para UCI e o tratamento foi substituído pelo cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Freud S. Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 17, O estranho (1919). Rio de Janeiro: Imago; 2009.
2. Freud S. Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 18, Alem do princípio do prazer (1920). Rio de Janeiro: Imago; 2009.
3. Freud S. Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 7, Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). Rio de Janeiro: Imago; 2009.
4. Lacan J. Escritos [1953]. São Paulo: Perspectiva; 1992. Capítulo, Função e campo da palavra e da linguagem; p. 101-108.