

## **ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: TÁTICA, ESTRATÉGIA E POLÍTICA<sup>1</sup>**

---

*Ivan Ramos Estevão*

Psicanalista. Membro do Fórum do Campo Lacaniano (FCL) de São Paulo. Professor doutor na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH – USP). Membro do Laboratório Psicanálise e Sociedade do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo (USP) e do Núcleo de Psicanálise e Política da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).  
E-mail: ivanre@yahoo.com

*Clarissa Metzger*

Psicanalista. Membro do FCL de São Paulo. Doutora em Psicologia Clínica pela USP. Coordenadora do Curso de Formação em Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. Coordenadora e supervisora clínica da Equipe Hiato de Acompanhamento Terapêutico.  
E-mail: clarissa2007@uol.com.br

**Resumo:** Este artigo sustenta que o acompanhamento terapêutico (AT) pode ser entendido como uma modalidade tática e estratégica da psicanálise, sendo, portanto, orientado pela política da psicanálise. Partindo do referencial lacaniano, o AT deve se orientar pela política da psicanálise que, como aponta Lacan, coincide com a sua ética. A partir do artigo “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” (LACAN, 1958/1998), afirmamos que a tática comporta a dimensão da interpretação, na qual Lacan (1958/1998, p. 594) nos lembra que o analista é livre “quanto ao momento, ao número e também escolha de minhas intervenções, a tal ponto que a regra parece ter sido inteiramente ordenada para não atrapalhar em nada meu trabalho de executante”. Essa liberdade da tática permite que consideremos o AT como uma tática da psicanálise, mas somente na medida em que ela seja norteadada pela política da psicanálise. No âmbito da estratégia, o psicanalista também é livre, embora em menor medida, já que a estratégia implica o manejo da transferência, com vistas a fazer surgir o inconsciente em suas manifestações. Tal como a tática, também a estratégia tem sua liberdade subordinada à política da psicanálise. Do mesmo modo que ocorre em um consultório de psicanálise, o AT implica o manejo da transferência

---

<sup>1</sup> Este artigo, com algumas alterações, é resultado de fala proferida no X Congresso Iberoamericano/IX Congresso Internacional/I Congresso Uruguaio de Acompanhamento Terapêutico, realizado de 20 a 22 de novembro de 2014 na Universidad Católica del Uruguay, em Montevideo.

que tem como norte ético o sujeito do inconsciente.

**Palavras-chave:** acompanhamento terapêutico; psicanálise; Jacques Lacan; política.

**Abstract:** This article argues that the therapeutic monitoring (TM) may be seen as a tactical and strategic modality of psychoanalysis, therefore it is driven by the psychoanalysis policy. Starting from the Lacanian framework, the TM should be grounded in the psychoanalysis policy that, as Lacan points out, coincides with its ethics. Based on the article “The direction of the treatment and the principles of its power” (LACAN, 1958/1998), we claim that the tactics involves the dimension of interpretation, in which Lacan (1958/1998, p. 594) reminds us that the analyst is free “as for the timing, the number, and also the choice of my interventions, to the extent that the rule seems to have been completely ordered so that it does not hinder my work as a performer in anyway”. This freedom of tactics allows us to regard the TM as a psychoanalysis tactics, but only insofar as it is driven by the psychoanalysis policy. In the strategy domain, the psychoanalyst is also free, although to a lesser extent, since the strategy implies transference management, in order to bring up the unconscious by means of its manifestations. Just as the tactics, the strategy also has its freedom subject to the psychoanalysis policy. The same way it occurs in a psychoanalysis therapy office, the TM implies a transference management that has as its ethical north the subject of the unconscious.

**Keywords:** therapeutic monitoring; psychoanalysis; Jacques Lacan;

## Introdução

Podemos situar o surgimento do acompanhamento terapêutico (AT) em meados dos anos 1960, na Argentina, chegando ao Brasil pouco depois disso. Sua origem está ligada à Reforma Psiquiátrica e às figuras que se apresentaram a partir dela, como o auxiliar psiquiátrico na Clínica Pinheiros, no Rio de Janeiro (IBRAHIM, 1991), o enfermeiro ou voluntário em Trieste, na Itália, o monitor da clínica de La Borde, na França (GOLDBERG, 1996) e o amigo qualificado, termo pelo qual era designado o acompanhante terapêutico (at) antes de 1984. Todos esses trabalhadores da Reforma Psiquiátrica tinham em comum o trabalho extramuros, fora da instituição de internação, e também, muitas vezes, a ênfase na humanização do tratamento do louco e da

loucura. Eram pessoas mais ou menos profissionalizadas, mas com frequência estudantes universitários ou pessoas sem formação específica alguma (CYTRYNOWICZ, 2002).

Fato é que o AT surge a partir de uma mudança no paradigma de tratamento da loucura, que não se dá mais pela via da segregação, mas propõe que se evite ao máximo retirar o louco de seu ambiente social. Assim, surgem e ganham força os dispositivos extramanicomiais e o AT se configura como um deles.

Se nos anos 1980 qualquer um que assim desejasse poderia trabalhar como at<sup>2</sup>, mesmo sem contar com respaldo teórico de qualquer tipo, atualmente assistimos a uma proliferação de cursos para formar esses profissionais, cujas abordagens são variadas, passando, dentre outras, pela terapia cognitivo-comportamental e pela psicanálise em suas diferentes vertentes. Por se tratar de uma profissão não regulamentada ou reconhecida formalmente, usa-se o termo AT para designar práticas bastante diversas, do mesmo modo que ocorre com a psicanálise. É possível que a ideia de “acompanhar” alguém, “fazer” algo junto com esse alguém, permaneça como o único ponto comum a todos aqueles que se denominam AT nos dias de hoje, dada a diversidade de práticas que encontramos sob o termo at.

É comum que o AT seja definido pelo que se convencionou denominar “fazer” e por sua realização fora de instituições e locais tradicionais de tratamento: o at é quem vai ao encontro do acompanhado, no local estabelecido, e então ocorre o atendimento. Já adiantando nossa hipótese, que aqui buscamos justificar, pode-se dizer que pela via da psicanálise, do mesmo modo que ocorre em um consultório de psicanálise, o AT implica o manejo da transferência que tem como norte ético o sujeito do inconsciente. Se o que define a psicanálise é a escuta do sujeito do inconsciente, desde a transferência e a orientação a partir de uma ética específica, a ética da psicanálise, então, o AT pode ser uma clínica psicanalítica tão legítima quanto, por exemplo, a clínica do consultório particular e o que a definiria, nesse caso, não seria o fato de tratar-se de “uma clínica na rua”. O mesmo raciocínio pode sustentar a existência da clínica psicanalítica nas instituições, como hospitais, hospitais-dia, ambulatórios, etc.

Essa precisão é importante, na medida em que retira o at, por um lado, da posição de mero “fazedor”, daquele que fica vinculado, por vezes até no imaginário dos

---

2 Utilizamos, aqui, as abreviações “at” para designar o profissional acompanhante terapêutico e “AT” para designar a prática do acompanhamento terapêutico.

profissionais de saúde mental, da educação e outras áreas (inclusive o psicanalista), à ideia de alguém que deve sair com o acompanhado e/ou realizar atividades diversas seguindo a orientação que alguém – a família, o psiquiatra ou a instituição – julgue pertinente, e, por outro lado, isso se vincula à ideia de que o AT tem de ocorrer na rua. Nossa hipótese é que, diferente do que se pensava uma ou duas décadas atrás, não é o “fazer” que define o AT, assim como o at também não é definido como um profissional que executa tarefas na rua e segue as orientações de um especialista que o chama para acompanhar determinado caso, ainda que sob a égide a humanização do tratamento da loucura. O que definiria o AT seria uma direção ética do tratamento que empreende – e que pede do at, por sua vez, uma formação teórico-prática correlativa a essa ética. Nesse sentido, há que se interrogar se, uma vez que seja possível sustentar o AT como clínica psicanalítica, não seria necessário propor como condição para o trabalho do at que se orienta por essa abordagem o mesmo tripé formativo que sustenta o psicanalista em outros âmbitos clínicos: análise pessoal, supervisão e formação teórica.

Se em um primeiro momento o AT era voltado eminentemente aos psicóticos, conforme a segregação pela via da internação manicomial ia minguando como política de tratamento da loucura e cresciam as formas de tratamento extra-asilares, pouco a pouco essa vocação foi se ampliando. Atualmente, o at é chamado para acompanhar casos muito variados, dos quais uma parte se situa no campo da neurose. Não é raro que cheguem para o AT demandas como as chamadas “depressões” e as toxicomanias, além dos casos de inclusão escolar e, mais recentemente, demandas de hospitais gerais e do judiciário por at para situações específicas. Em meio a essas demandas, encontramos muitos casos de psicose, mas também há casos de neurose.

Cada vez mais difundidas no Brasil e na América Latina, principalmente, as crescentes indicações do AT precisam ser acompanhadas por interrogações desse dispositivo, que nos auxiliem a precisar suas possibilidades e se é legítimo propor que se trata de uma clínica, nos moldes da clínica psicanalítica.

### **Acompanhamento terapêutico: tática do psicanalista**

Nosso trabalho tem como objetivo discutir o estatuto do AT dentro de determinado campo ligado à psicologia, a saber, a psicanálise, e, a partir daí, apresentar uma diferenciação do AT na neurose e na psicose.

Compreendemos que o AT se configura como uma modalidade terapêutica e/ou analítica, mas que, como já dissemos, nem por isso é exclusiva de alguma das abordagens psicológicas. Todavia, entendendo a psicologia como um campo de saber ainda em aberto, ou seja, onde nenhuma abordagem psicológica se impõe como paradigma do campo, cabe buscar fundamentar a clínica do AT a partir das especificidades de cada abordagem. Sabemos que nesse estado, ainda pré-paradigmático, as abordagens que constituem o campo possuem teorias, práticas e éticas díspares e comumente contraditórias. Se assim é, torna-se fundamental em termos de rigor a escolha teórica em que uma prática será fundamentada para sustentar a intervenção de modo coerente. Sustentamos que o AT pode ser entendido como uma modalidade tática e estratégica da clínica psicanalítica e, portanto, é orientado por sua política. Partindo do referencial lacaniano, o AT deve orientar-se pela política da psicanálise que, como aponta Lacan, coincide com sua ética. Somente dessa forma poderá orientar um tratamento norteado por essa teoria.

Lacan se inspira em Clausewitz (1996) para propor três níveis de intervenção na clínica psicanalítica. São eles o nível tático, estratégico e político. Em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” (LACAN, 1958/1998), o autor propõe que a tática, que comporta a dimensão da interpretação, é o ponto no qual o analista é mais livre “quanto ao momento, ao número e também escolha de minhas intervenções, a tal ponto que a regra parece ter sido inteiramente ordenada para não atrapalhar em nada meu trabalho de executante” (ibid., p. 594). Nesse, que é um dos textos mais clínicos de Lacan, o autor está preocupado em estabelecer as diretrizes da psicanálise para além de seus aspectos imaginários, a partir da crítica que empreende aos psicanalistas pós-freudianos, então seus colegas. Esse estabelecimento de diretrizes implica um questionamento do então tradicional *setting* psicanalítico, que determinava que uma psicanálise era definida, entre outras coisas, pelo número de sessões semanais e por sua duração, que era geralmente de 50 minutos.

Com sua proposta relativa à tática, tal como encontramos na citação acima, Lacan dissocia a psicanálise de definições tradicionais como as relativas ao *setting*, apontando que fixar padrões de intervenção para o tratamento engessa as possibilidades de tratamento e é contraditório com a própria psicanálise, na medida em que ela é uma clínica do sujeito do desejo, que é ele mesmo, por sua vez, sempre singular. A ideia de que o psicanalista se reinventa a cada análise ganha corpo, aqui, na medida em que ele escuta a singularidade do sujeito e orienta-se por uma ética que coloca a singularidade

como guia, uma vez que o desejo é sempre singular. Levando esse princípio em conta, qualquer definição apriorística que oriente as intervenções deve existir apenas para não atrapalhar a execução de uma análise.

Lembramos, com Quinet (1991), que Freud propôs uma única regra para que a análise aconteça: a livre associação. Haveria, isso sim, condições que visariam a facilitar a ocorrência da análise. No entanto, elas existem apenas na medida em que o façam. É esse o caso do uso do divã, por exemplo. O divã é uma ferramenta importante, mas não é condição *sine qua non* para que uma análise ocorra, como nos mostram as análises empreendidas, por exemplo, em instituições públicas. Assim, como psicanalista, tem-se liberdade de intervir em cada análise empreendida do modo como se julgar mais apropriado para que ali haja análise; por exemplo, se se entende que, clinicamente, é importante que determinado analisante faça mais sessões em certa semana, há liberdade do lado do analista para propor isso a ele. Pode-se também, por exemplo, fazer sessões tão curtas ou tão longas quanto julgar necessário. É importante notar que não se trata para o analista de intervir de modo caprichoso ou arbitrário; isso envolve a liberdade de intervenção que o analista precisa ter para executar seu trabalho, desde que faça os cálculos clínicos guiado pela ética do desejo singular.

Logo, por mais que essa liberdade dê a impressão de perda do rigor, na verdade, trata-se do oposto: a liberdade tática é correlata de uma amplificação desse mesmo rigor, que amplia o peso da decisão do analista quanto às suas intervenções. Ao mesmo tempo, o analista fica mais livre na interpretação, de maneira a não criar padrões imaginários que não se sustentariam na singularidade da clínica. Se a psicanálise se sustenta desde *A interpretação dos sonhos (Die Traumdeutung)* como uma clínica do singular, a criação de padrões analíticos fixos se mostra justamente como uma perda do rigor analítico.

É aqui que o AT se apresenta como possibilidade de tática da psicanálise; se o que define a psicanálise é a escuta do sujeito do inconsciente, a partir da transferência, e a orientação, a partir de uma ética específica, a ética da psicanálise, então, o AT pode ser uma clínica psicanalítica tão legítima quanto, por exemplo, a clínica do consultório particular. O mesmo raciocínio pode sustentar a existência da clínica nas instituições, como hospitais, hospitais-dia, ambulatórios, etc.

Entretanto, o que exatamente é a tática? Dentro do campo da guerra, segundo Clausewitz (1996), a tática refere-se às decisões e considerações referentes ao confronto, no que tange ao emprego das forças. Nesse sentido, pode-se dizer que Lacan

pensa a tática no nível de cada encontro, de cada sessão. Já a estratégia diz respeito ao objetivo final da guerra, que envolve o conjunto das batalhas e que visa a atingir o que é da ordem da política da guerra. No âmbito da estratégia, o psicanalista também é livre, embora em menor medida, já que a estratégia implica o manejo da transferência, com vistas a fazer surgir o inconsciente em suas manifestações. Nesse sentido, embora tenha ampla liberdade quanto às suas intervenções no nível da tática, na estratégia, o analista necessariamente levará em conta os efeitos transferenciais dessas mesmas intervenções. Assim, a problemática da transferência permite que Lacan, ao mesmo tempo, mantenha certa liberdade de ação na clínica, sem, contudo, perder o rigor novamente, pois não se trata de criar uma tática do nada, mas pautada na estratégia de tratamento. Esta se constitui dentro do vínculo transferencial, que tem sua importância clínica bem construída por Freud, ao mesmo tempo que sustenta o estatuto de singularidade da clínica.

Ambas, tática e estratégia, tem sua liberdade subordinada à política da psicanálise. Do mesmo modo que ocorre em uma psicanálise no consultório, o AT implica o manejo da transferência que tem como norte ético o sujeito do inconsciente. Contudo, o que é a política da psicanálise, ou melhor, sua ética? O que está em jogo nela é proporcionar escuta ao sujeito ao invés de dar relevo ao “eu”, ou seja, trata-se de supor que há um sujeito que não se revela nas manifestações da consciência. Pelo contrário, esse sujeito se revela de maneira diversa, separado do “eu”, tanto pelas manifestações de uma lógica própria, que podemos chamar de lógica do inconsciente, quanto pelas operações de negação que a sustentam, como recalque, denegação ou forclusão.

De modo sucinto, podemos dizer que, na neurose e na perversão, a direção do tratamento aponta a fantasia, sua construção e travessia, culminando com a invenção de um *sinthoma*. Na psicose, estando ausente a fantasia, a direção é dada pela construção do *sinthoma* de forma mais direta. Disso, deduzimos que a direção do tratamento é sempre a mesma sem que, contudo, o analista se valha da mesma tática e da mesma estratégia para segui-la.

O que sustentaria, então, o AT como tática da psicanálise? Antes de tudo, se estamos falando de uma clínica estrutural, precisamos levar em conta o fato de que talvez o que nos permite propor o AT como tática da psicanálise para a psicose não seja a mesma coisa que nos permite propor o AT para a neurose.

Em relação à psicose, o at pode funcionar tanto como testemunha quanto como secretário do alienado, tal como propõe Lacan (1955/2002) no Seminário 3, sobre as

psicoses. Os lugares de testemunha e de secretário nos são apresentados pelo autor ao propor o tratamento da psicose. Enquanto a testemunha pode, como o próprio nome indica, presenciar e legitimar a experiência delirante vivida pelo psicótico, por meio da escuta, o secretário do alienado, por sua vez, é aquele que acompanha o psicótico em suas incursões, auxiliando-o no trabalho necessário para que o delírio possa advir metáfora delirante e para que se realize o enlaçamento social possível. Entretanto, vejamos como opera a questão da ética: o psicanalista não supõe que detém em si um saber sobre o que fazer em relação ao analisando. Ele supõe que haja, na psicose, um sujeito operando e que, portanto, sua fala implica uma escuta, não se reduzindo a um discurso incoerente, desarrazoado. É essa escuta que poderá dar o estatuto de formação do inconsciente, dar consistência àquilo que emerge na fala do sujeito psicótico. Nesse sentido, o lugar de testemunha é aquele que melhor caracteriza a posição de escuta pautada pela ética da psicanálise.

Levando em conta a proposta do psicanalista brasileiro Antonio Quinet (2009), de que a rua é a via régia para o psicótico, assim como o sonho é a via régia para o inconsciente na neurose, o AT pode perfeitamente configurar o tratamento da psicose orientado pela psicanálise, sem que haja necessidade, por exemplo, de um atendimento em consultório. Desse modo, entendemos que tanto o atendimento em consultório quanto o AT podem ser pensados como táticas da psicanálise no tratamento da psicose; a escolha de uma ou de outra tática estará, então, relacionada ao caso a ser tratado.

O AT surgiu, como sabemos, articulado ao tratamento da psicose. No que tange à neurose, a possibilidade do AT não é tão evidente. Por que o AT configuraria uma estratégia no tratamento psicanalítico da neurose? Por ser um profissional que se desloca, que vai até o acompanhado e circula com ele pelos espaços mais variados, como cinemas, *shoppings*, restaurantes, a própria casa do acompanhado, etc., o AT pode estar no lugar daquele que atende às demandas do acompanhado. Está deprimido e não consegue arrumar sua casa sozinho? Chame o at. Tem medo de passar o final de semana sozinho, porque o analista está fora? Chame o at. Essas situações efetivamente ocorreram e motivaram pedidos de AT para neuróticos em dois casos específicos. Poderíamos citar outros, mas o que importa destacar, aqui, é a posição que o AT é chamado a ocupar: respondedor de demandas. Afinal, é isso que o neurótico sempre faz: ele demanda.

Todavia, atender à demanda, como ensina Lacan, é justamente o que impede a emergência do desejo, na medida em que a demanda parece poder ser satisfeita,

tamponando uma falta. Ou seja, se o AT responde a esse tipo de demanda simplesmente atendendo ao pedido de AT, tal como ele chega, está na contramão da ética da psicanálise, que, como já dissemos, é uma ética do desejo. Assim, podemos até dizer que o at cumpre uma função terapêutica, na medida em que aplaca rapidamente uma angústia daquele que o demandou, mas esse acompanhamento é diferente de realizar uma intervenção psicanalítica, se levarmos em conta a teoria psicanalítica de Freud à Lacan. Isso significa que não pode haver AT na neurose sustentado pela teoria psicanalítica? De forma alguma.

Quando recebemos um pedido de AT, cabe a nós esclarecer de que demanda se trata, o que só pode ser feito se primeiramente acolhemos a demanda. Lembremos que acolher é diferente de responder e esse é um ponto bastante importante. Acolher a demanda significa ir ao encontro do acompanhado e escutá-lo. Escutar é diferente de ouvir; é possível ouvir alguém por horas sem que isso signifique escutar o que é da ordem do sujeito do inconsciente, e isso tem também seu valor. No entanto, a escuta implica levar em conta o dizer que se apresenta na fala do acompanhado, supondo um sujeito do inconsciente e uma lógica oculta que opera e manifesta-se ocasionalmente, em sonhos, atos falhos, sintomas e chistes. Assim, podemos formular que, do lado terapêutico, é justificável ouvir e responder a demanda e, do lado psicanalítico, é coerente com sua ética acolher a demanda e escutar. Enquanto no primeiro caso há, antes de mais nada, a resposta à demanda e a possibilidade de ouvir aquilo que o acompanhado quer falar, no segundo caso trata-se de primeiro acolher o apelo do acompanhado para, então, poder escutar o sujeito.

Pela via da psicanálise, tal como a propomos, não se trata, no AT de neuróticos, de atender literalmente o que pede o acompanhado, como poderíamos fazer com um psicótico em determinadas situações, mas de fazê-lo falar daquilo que demanda. Só assim o dizer pode apresentar-se de um modo que não seja pelo *acting out*. Pedir ao sujeito que fale de sua demanda é uma maneira de acolher o pedido de AT e, ao mesmo tempo, não atender à demanda.

Dessa forma, propomos que o AT, nos casos de neurose, pode ocorrer em situações de crise nas quais, por algum motivo, o acompanhado não consiga ir até o analista, por determinadas razões, tais como não conseguir sair de casa por motivos psíquicos ou estar com alguma limitação de locomoção. Nessas situações, ao mesmo tempo

que acolhe a crise, o AT terá o estatuto de entrevistas preliminares ou tratamento de ensaio. Ou seja, o AT irá durar o tempo necessário para que haja aquilo que Lacan denominou inversão dialética e que é correlato à formulação de uma questão de análise.

Não podemos esquecer que uma análise não começa tão logo um candidato a ela adentre o consultório do psicanalista; há um momento inicial, que começa com o acolhimento do apelo daquele que busca o analista e continua com uma interrogação acerca de seu sofrimento. Essa interrogação que propõe o analista visa a provocar o sujeito a se implicar em seu dizer, tal como ocorre com aquele que diz: sofro porque sinto mal-estar, um medo indefinido. Esse sujeito consegue situar algo de sua angústia no trabalho e diz ter medo de não conseguir desempenhar suas funções. A partir das interrogações do psicanalista, esse sujeito, que declara seu total desconforto com qualquer mudança de rotina, consegue formular, conforme revisita diferentes momentos de sua vida enquanto fala ao analista, que se sente angustiado e amedrontado quando percebe que precisa empreender mudanças. Ao chegar a essa conclusão, o sujeito se implica em sua angústia, antes denominada genericamente “síndrome do pânico”. Aqui, podemos falar em uma retificação subjetiva que permitiria ao sujeito entrar de fato em análise. Se estamos nos referindo a um AT, esse seria o momento de seu término, para que o sujeito fosse, então, atendido a partir de uma nova tática, o consultório do analista.

Concluindo, tomando o AT como uma tática do psicanalista, utilizada no nível da estratégia para conduzir um tratamento orientado pela ética da psicanálise, é necessário avaliar a indicação de AT a partir da singularidade de cada caso, mas também levando em conta o diagnóstico estrutural.

## Referências

- CLAUSEWITZ, Carl von. *Da guerra*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- CYTRYNOWICZ, Monica Musatti. *Criança – infância: uma trajetória de psiquiatria infantil*. São Paulo: Narrativa Um, 2002.
- GOLDBERG, Jairo Idel. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1996.
- IBRAHIM, Cesar. *Do louco à loucura: percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro*. In: CARDOZZO, Nelson Luiz M. (Coord.). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.
- LACAN, Jacques (1955). *O Seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

- LACAN, Jacques (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: \_\_\_\_\_.  
*Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- QUINET, Antonio. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

*Recebido em 3/9/2015; Aprovado em 10/12/2015.*