

ALTA OU FIM DE ANÁLISE EM LACAN¹

Luciana Maia Borges²

Marília Barroso de Paula³

RESUMO:

O presente artigo busca o pensamento da Psicanálise sobre o fim da análise, entrelaçando conceitos importantes de Lacan sobre sintoma, fim da transferência e travessia do fantasma. Também irá buscar os quatro discursos fundamentados por este autor a fim de contrapor o que leva um processo terapêutico terminar dentro da Psicanálise em contraposição com o conceito de alta ou cura para o campo da saúde mental higienista. Dessa maneira, propomos que o fim de análise em Lacan não poderia ser entendido como uma cura definitiva para os sintomas do Sujeito, mas um processo de mudança da posição do analisando frente ao seu sintoma. A análise não busca, portanto, uma cura definitiva para os problemas; o analista percorre, sim, um caminho com o analisando no sentido de ajudá-lo a se defrontar com a fantasia primordial que habita seu inconsciente.

Palavras-chave: Psicanálise. Alta. Cura. Lacan. Saúde higienista.

DISCHARGE OR END OF ANALYSIS IN LACAN

ABSTRACT:

This article seeks important Psychoanalysis concepts regarding the end of analysis. To do so, it intertwines important concepts of Lacan, such as symptom, end of transference, and ghost crossing. It will also explore the author's four discourses to oppose what leads to the ending of a therapeutic process within the psychoanalytic setting in opposition to the concept of discharge or cure in the field of hygienist mental health. In this way, we propose that the end of analysis in Lacan could not be understood as a definitive cure for the Subject's problems, but a process of changing the position of the patient in face of his symptom. An analysis does not, therefore, seek a definitive cure for problems; the analyst goes through a path with his patient with the purpose of helping him to face the primordial fantasy that inhabits his unconscious.

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 19/05/23 e aprovado, após reformulações, em 28/06/23.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA) e Mestre em Estudos Literários pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: lu.maia.borges@gmail.com.

³ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: mariliapaula@uniacademia.edu.br.

Keywords: Psychoanalysis. Discharge. Cure. Lacan. Hygienist health.

1 INTRODUÇÃO

A Psicanálise teve origem no final do século XIX, quando o médico austríaco Sigmund Freud desenvolveu as primeiras ideias a respeito do inconsciente e da histeria, buscando, a partir daí, compreender as questões que envolvem a saúde mental humana, com foco sobre os processos inconscientes que estão subjacentes ao comportamento e às doenças do corpo e da mente. Ao longo do tempo, a Psicanálise foi se configurando como uma abordagem teórica e técnica que influencia diversos campos do saber, como a literatura, a filosofia, a antropologia e a psiquiatria. Além disso, ela se diversificou em diversas correntes, sendo uma das maiores delas formada pela contribuição dada por Jacques Lacan, psicanalista e psiquiatra francês do século XX. Suas ideias foram marcadas pela reinterpretação de conceitos fundamentais de Freud, como o inconsciente, a linguagem e a relação entre o sujeito e o mundo. Relacionando a Psicanálise com os estudos linguísticos, Lacan propôs que o inconsciente está estruturado no psiquismo através da linguagem, uma vez que esta é a forma através da qual os indivíduos compartilham suas experiências dentro de uma cultura ou sociedade.

Sendo assim, a Psicanálise e suas diversas abordagens ocupam um espaço relevante dentro das diferentes linhas estudadas e praticadas nos cursos de Psicologia no Brasil, ramificando-se em vertentes distintas de atuação que se dialogam e complementam. Ao mesmo tempo, percebemos que esse campo recebe críticas vindas de outras linhas psicoterapêuticas, frequentemente em contraposição às abordagens cognitivas – conhecidas por terem um enfoque terapêutico mais objetivo na solução dos sintomas que o paciente busca se livrar. Diante disso, um questionamento que nos faz presente seria qual o propósito final buscado pela Psicanálise no decorrer de um tratamento e se esta abordagem poderia tratar do fim da análise como uma cura ou alta dada pelo analista, no sentido do paciente se encontrar livre do sintoma inicial que lhe incomodava.

A fim de refletir sobre o que é o fim de análise dentro da Psicanálise e como esse processo se diverge de outras abordagens, este artigo irá contrapor o processo de final de análise com a visão sobre cura dentro do campo da saúde mental higienista. Para isso, iremos buscar o pensamento lacaniano sobre o fim da análise, entrelaçando, para tal, conceitos importantes para o autor, tais como os de sintoma, fim da transferência e travessia do fantasma. A perspectiva de Lacan sobre o tema poderá auxiliar na compreensão sobre o porquê de a análise muitas vezes ser considerada hoje como um processo longo ou interminável e como isso dialoga com a necessidade contemporânea de obtermos resultados cada vez de forma mais rápida e produtiva.

Consideramos relevante entender se o lugar da Psicanálise, quando estabelece o fim de um processo terapêutico, tem alguma relação com o conceito mencionado de alta como é dado no contexto médico e como essa relação pode marcar lugares distintos na visão subjetiva dos diferentes modos de existir. Acreditamos que a Psicanálise tem uma importante colaboração ao pensamento atual quando traz a ideia de que o sofrimento subjetivo não tem relação apenas com um sintoma, mas com uma forma de lidar com o mundo, uma maneira de se posicionar frente ao Outro⁴ e as questões que lhe atravessam.

O tema a respeito de quando uma análise chega ao seu fim – ou mesmo se é possível que uma análise de fato termine – não é novo dentro da Psicanálise. Este artigo irá fazer um recorte dentro deste importante tópico da área psicanalítica para compreender como o fim da análise foi proposto por Lacan e como este autor poderia direcionar luz sobre conceitos importantes atuais no estudo da Psicanálise, Psicologia e da psicoterapia. Nesse sentido, esta pesquisa buscará investigar se o fim da análise não estaria atrelado a uma ideia de que o sujeito em análise atingiu uma cura pela qual buscava. Como diz Ana Beatriz Zuanella Cordeiro, “a finalidade da Psicanálise não [está] [...] voltada

⁴ Segundo Elisabeth Roudinesco (1998), no **Dicionário de Psicanálise**, o Outro, designado com letra maiúscula, é um “termo utilizado por Jacques Lacan para designar um lugar simbólico – o significante, a lei, a linguagem, o inconsciente, ou, ainda, Deus — que determina o sujeito, ora de maneira externa a ele, ora de maneira intra-subjetiva em sua relação com o desejo” (ROUDINESCO, 1998, p. 558).

diretamente para a cura, mas sim para a abordagem do inconsciente, através do vínculo transferencial estabelecido entre paciente e analista” (CORDEIRO, 2005, p.67). Nessa relação transferencial, entram em jogo dois aspectos da análise – por um lado seu caráter finito, consolidado na impossibilidade de sustentar a ilusão de uma cura total na Psicanálise, e por outro um caráter infinito, onde o lado infinito aponta para o relançamento incessante da pulsão, uma vez que o inconsciente nunca deixará de produzir conteúdos.

A fim de explorar o trajeto atravessado pelo analisando ao fim de sua análise, destrincharemos três conceitos importantes de Lacan sobre os processos psíquicos que se dão nesse momento – a travessia do fantasma, o fim da transferência e a passagem do sintoma para o *synthome* – da forma como o autor os explora nas obras **Seminário 17** (1969-1970) e **Seminário 23** (1975-1976). Para compreender melhor tais conceitos, os textos **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan**, de J. D. Nasio (1993), e **O sujeito lacaniano**, de Bruce Fink (1998), foram utilizados. Através dessas obras, compreenderemos o sintoma como uma forma de linguagem, isto é, uma forma de simbolização que o sujeito encontra para se comunicar. O sintoma, para Lacan, é uma expressão daquilo que não encontra lugar através da fala; a manifestação do conflito vivenciado pelo sujeito quando este tenta lidar com suas pulsões e desejos inconscientes, não conseguindo fazê-lo de forma satisfatória (LACAN, 2007, p. 796). Em outras palavras, o sintoma é aquilo que leva o sujeito a buscar a análise já que ele se vê frente a um enigma – algo que o aflige, mas que se vê incapaz de solucionar. Lacan enfatizou que o sintoma só poderia ser decifrado através do trabalho da análise: “O sintoma é a representação simbólica de um conflito psíquico e só pode ser desvelado através da decifração da linguagem do inconsciente” (LACAN, 1998, p. 104). Ou seja, na Psicanálise, um sintoma não deve ser visto como um fenômeno isolado que precisa ser eliminado. Dessa maneira, através da escuta do sujeito também se escuta um sintoma, aquilo que quer dizer, mas que ao mesmo tempo repetidamente falha ao dizer.

Buscaremos chegar, assim, na compreensão de que uma análise não parte de um fim pré-determinado – como o fim do sintoma. Se não há uma coincidência entre o fim de um sintoma e o fim de uma análise, há, entretanto,

uma coincidência entre o fim de análise e o fim da transferência com o analista através do que Lacan chamou de travessia do fantasma. A transferência, entendida na Psicanálise como um fenômeno fundamental no processo analítico, é abalizada na ideia de que ocorre uma repetição de padrões relacionais do sujeito dentro da relação com o analista. Através desse fenômeno, o sujeito seria capaz de elaborar questões inconscientes importantes para o seu processo analítico. Ao longo do trabalho dentro dessa relação do analista com seu analisando, este vai sendo confrontado com suas fantasias primitivas que, como iremos perceber, estão diretamente ligadas ao sintoma do sujeito. É nessa confrontação que o paciente percorre a última travessia naquela análise – a travessia do fantasma, como Lacan a denominou e que buscaremos compreender neste trabalho. Ao fazer essa passagem, o sujeito passa a ser capaz de superar sua identificação imaginária com o objeto de desejo, reconhecendo, assim, o objeto como uma falta fundamental. Aqui ocorre o fim da transferência com o analista, já que o que era depositado nele através da relação pôde ser elaborado. Esse seria o fim da análise em si: a falta passa a ser simbolizada e o desejo será direcionado para além do objeto. Em tal processo o sujeito é capaz de se deslocar a partir do seu sintoma, da sua queixa, em direção àquilo que Lacan chamou de *synthome*.

Por fim, iremos entender como esse processo está ligado ao estudo sobre os quatro discursos fundamentais propostos por Lacan. Enquanto a Psicanálise busca o discurso psicanalítico, onde o sujeito irá aprender a atender os seus próprios desejos, ao invés daquilo que o Outro lhe demanda, veremos como a saúde mental higienista está mais associada ao discurso do mestre, caracterizado pela relação de dominação ou poder entre o sujeito que sabe e o sujeito que não sabe. Ao fim, este discurso serve a um outro discurso, ou pseudodiscurso, como Lacan colocará, já que ele não produz nenhum laço social – o discurso capitalista. Como veremos, o discurso da saúde mental higienista, ao promover os padrões de saúde de corpos que devem atender cada vez mais a demandas de um mundo que exige alta performance física e mental, pessoas produtivas e não só saudáveis, mas com formatos de existência padronizados (DARDOT; LAWAL, 2016), coadunam com um discurso de poder que vem a

servir a um mundo cada vez mais pautado em um discurso capitalista, ou seja, um discurso que produz um curto-circuito entre sujeito e objeto, provocando um rompimento do laço com o outro.

2 ALTA OU CURA E A RELAÇÃO COM A SAÚDE HIGIENISTA

Como afirmam Jair Lício Ferreira dos Santos e Marcia Faria Westphal (1999), em **Práticas Emergentes de um Novo Paradigma de Saúde: O papel da universidade**, estar saudável, hoje, não basta mais. É preciso manter o bem-estar físico e mental, além de manter-se eficiente e produtivo na sociedade:

Desde há alguns anos a nossa visão da saúde passou da mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental, e daí para conceito mais amplo que inclui uma adequação de vida social. Ocorre claramente uma mudança de paradigma, inclusive com ruptura semântica entre o conceito atual de saúde e o anterior [meramente curativista]. Modifica-se a prática sanitária, passando-se da antiga [...] para a atual – a vigilância da saúde (SANTOS et. al., 1999, p. 72).

Os pilares da saúde higienista têm as suas bases no século XIX, quando as preocupações em relação aos cuidados no ambiente físico e social tomam corpo de forma mais concreta, chegando ao pensamento médico contemporâneo de que existe para cada doença um patógeno correspondente a ser aniquilado: “A doença teria uma só causa, com um germe originando cada etiologia” (SANTOS et. al., 1999, p. 73). Se há um germe a ser aniquilado para cada doença, é trabalho da medicina desenvolver um remédio ou tratamento para dar cabo à tarefa de extinguir o mal vigente, bem como de ensinar a sociedade sobre como ela deve manipular o ambiente e os corpos de forma a evitar a proliferação de tais germes – esse é o início da medicalização da vida, como apontam Rosangel Barbiani *et. al.* (2014), no texto **Metamorfoses da Medicalização e seus Impactos na Família Brasileira**:

Iniciada com a predominância do olhar médico e do seu uso para o controle social, [a medicalização] hoje incorpora outros interesses científicos, políticos e econômicos que a torna um dos maiores fenômenos contemporâneos de mercantilização da sociedade e de seus processos vitais (BARBIANI *et al.*, 2014, p. 568).

Com a crescente medicalização da vida, além da higiene física e mental, passa a ganhar também relevância uma crescente higiene química, pautada pela

normatização, que cria normas para uma conduta que não seja desajustada, criando, assim fórmulas químicas para produzir pessoas “obedientes, atentas, concentradas e focadas que possam atender aos ideais da cultura” (COUTO; CASTRO, 2015, p. 137).

A medicalização da vida é vista como um fenômeno social que consiste na ampliação do domínio da medicina e dos tratamentos médicos para diversas áreas da vida cotidiana, como comportamentos, emoções, relações sociais e questões educacionais. Esse processo transforma questões que antes eram vistas como problemas sociais ou existenciais em questões médicas, que são tratadas com medicamentos, terapias e procedimentos médicos. O conceito de medicalização da vida foi proposto pelo sociólogo Ivan Illich (1975) em seu livro **Nem Escola, Nem Hospital**, no qual ele argumenta que a medicalização é uma forma de controle social que limita a liberdade individual e torna as pessoas dependentes da indústria médica. Segundo Illich, a medicalização da vida transforma problemas sociais em problemas médicos e cria a ilusão de que todas as questões podem ser resolvidas com intervenções médicas, ignorando as dimensões sociais, culturais e políticas dos problemas. Ele alerta que a medicalização pode ter efeitos negativos, como a iatrogenia – efeitos adversos dos tratamentos médicos –, a criação de novos problemas médicos e o aumento dos custos da saúde: “A medicalização das necessidades cotidianas e a institucionalização do controle médico sobre elas destroem a confiança mútua e corroem a autonomia, a capacidade de enfrentar a vida com criatividade, de amar e de trabalhar” (ILLICH, 2006, p. 30). Assim, a medicalização tende a tratar a diferença como problema a ser tratado, apagando as possibilidades de singularização subjetivas – processo esse que vem marcando a história do Ocidente neoliberal.

Também no Brasil, desde o século XIX, vem ocorrendo um processo marcado pela pedagogia higienista e sua abordagem medicalizante no seio da sociedade, impactando a sociedade e suas produções, inclusive subjetivas. Nos cursos de medicina do país, foram defendidas teses de médicos propondo a seleção específica de locais e modos para construir escolas, além de proposições diretas sobre os exercícios físicos corretos para fortalecer o corpo

e restaurar a saúde dos alunos. O século XX no Brasil da mesma forma teve seu início marcado por medidas efetivas para a educação, bem como por testes avaliando as condições sanitárias dos alunos, seja a nível biológico, mas também psíquico (ABREU JUNIOR; CARVALHO, 2012). A prática higienista passou a ser representante do saber médico-científico, porta-voz das práticas a serem seguidas pelo sujeito ora através da educação, da psicologia e, quando necessário, da medicação.

O higienismo foi proposto primeiramente pelo médico francês Louis-René Villermé (1840), no século XIX, em sua obra *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*. Villermé argumentava que as condições precárias de trabalho nas fábricas, aliadas à falta de higiene e ao excesso de trabalho, estavam prejudicando a saúde dos operários e gerando doenças. As práticas higienistas foram também influenciadas pelas ideias do médico inglês John Snow, que investigou a relação entre a cólera e a qualidade da água na Londres do século XIX e do médico húngaro Ignaz Semmelweis, cuja proposição de lavar as mãos como medida para prevenção da transmissão de doenças em hospitais causou impacto positivo na medicina da época.

A partir de tais ideias, o higienismo se expandiu para outras áreas da sociedade, como a educação, a alimentação e a habitação. No entanto, diversas críticas têm sido colocadas em relação a tais práticas. Entre elas, podemos citar o higienismo sendo utilizado como forma de controle social, impondo limitações e tornando pessoas singulares como produtos de uma sociedade que cobra delas saúde e produtividade. Como afirmou Michel Foucault (1999), em **Microfísica do poder**, “ao invés de apontar para o cuidado com o bem-estar e a saúde dos indivíduos, as medidas higienistas se voltam para a formação de um corpo sadio e útil para o Estado” (FOUCAULT, 1999, p. 131). Era preciso padronizar a singularidade humana de maneira que se pudesse colocar uma régua para a saúde física e mental, excluindo aqueles que não pertencessem aos limites estabelecidos como aceitáveis. O higienismo se expandiu para o domínio pessoal, mas também para o profissional, onde Estado e empresas exigiam que os sujeitos se conformassem às regras de higiene e práticas de

autocuidado para máxima eficácia, influenciando na própria formação da identidade e subjetividade de seus funcionários, como assinalam Dardot e Laval (2016), em **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**:

[...] é importante lembrar que as empresas não se limitam a ser meras unidades de produção, mas são também instituições que, em muitos casos, exercem um papel importante na formação das identidades e subjetividades de seus membros, por meio das práticas de gestão e dos modos de organização do trabalho (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 232).

A prática higienista ainda tende a ignorar as causas sociais de doenças, como a pobreza, a desigualdade social, a falta de acesso a serviços básicos e a exclusão social, levando a uma abordagem superficial dos problemas de saúde e não levando em consideração as dimensões sociais, culturais e políticas dos problemas. A saúde não é um problema do indivíduo a ser solucionado por hábitos construídos individualmente, como afirmou Paulo Freire (2019), em **Pedagogia do oprimido**: “A saúde não é apenas ausência de doenças. Ela está intrinsecamente ligada à construção de um projeto coletivo que leve em consideração a justiça social, a equidade, a democracia e a solidariedade” (FREIRE, 2019, p. 78). Ao individualizar as questões patológicas físicas e mentais de cada sujeito dentro de regras padronizadas, o higienismo tende a excluir grupos que não se adaptam às exigências atuais de adequação social, como pessoas em situação de rua, imigrantes e refugiados, com dificuldades para acessar serviços básicos de saúde e higiene, o que provoca uma ampliação das desigualdades de saúde e uma maior exclusão social desses grupos. Como afirma David Harvey (2013), em **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**:

A prática higienista é utilizada para remover os 'indesejáveis' da cidade e criar um espaço exclusivo para a classe dominante, aprofundando as desigualdades sociais e econômicas. Essas práticas foram justificadas com base em argumentos científicos e médicos, que enfatizavam a necessidade de limpeza e higiene para a saúde pública. Entretanto, na prática, o higienismo serviu como instrumento de dominação e controle social. A cidade higienizada e ordenada foi criada à custa da exclusão dos mais pobres e vulneráveis. Eles foram removidos dos espaços públicos e empurrados para as margens da cidade, onde as condições de vida eram precárias e insalubres (HARVEY, 2013, p. 173).

Ao colocar expectativas irrealistas concernentes à saúde, o higienismo também leva indivíduos a acreditarem que é possível evitar todas as doenças e viver uma vida saudável apenas por meio do seu esforço e bons hábitos, criando uma espécie de meritocracia da saúde. Dessa maneira, o paciente, ao buscar um processo terapêutico, pode ter a expectativa de que tal processo leva ao desaparecimento completo dos seus sintomas e sofrimentos; expectativa essa, ao olhar da Psicanálise, que não condiz com a realidade.

Na perspectiva de Fonseca (2018, p. 34-35), Lacan propôs a expressão “higienismo moderno” ao pensar o mestre como aquele que se dirige ao campo do outro que deve ser orientado de acordo com as técnicas e parâmetros previamente estabelecidos e consagrados. Cada vez mais a sociedade passa a ser encarada como uma empresa que necessita de uma norma subjetiva, não mais apenas pautada pela produtividade, mas agora também como uma norma de ser, a padronização não só dos corpos, porém de modos de pensar, subjetividades que desejam os mesmos objetos e que devem ser corrigidos quando não se encaixam a uma forma de existência e performatividade (DARDOT; LAWAL, 2016).

Podemos relacionar a realidade atual concernente às práticas de higiene física e mental, frequentemente relacionadas com expectativas irreais de saúde e felicidade – e a subsequente exclusão daqueles que não atendem às expectativas sociais –, com a história da saúde mental no Ocidente. Souza e Sales (2015), em **História da saúde mental no mundo**, mostram que, já na Grécia Antiga, as doenças mentais eram tratadas como um castigo vindo dos deuses, levando à frequente exclusão de doentes mentais da sociedade (SOUZA; SALES, 2015), o que continuou a acontecer ao longo da história, incluindo os tratamentos em hospitais e sanatórios:

A história da saúde mental no mundo ocidental remonta à Antiguidade, quando já se registram práticas para o tratamento de doenças mentais. Na Grécia Antiga, por exemplo, as doenças mentais eram consideradas um castigo dos deuses e, por isso, os doentes mentais eram frequentemente isolados e excluídos da sociedade. Durante a Idade Média, as doenças mentais passaram a ser atribuídas a causas sobrenaturais, como possessão demoníaca. Já na Renascença, surgiram os primeiros hospitais para doentes mentais. No século XVIII, a reforma psiquiátrica iniciou um movimento de humanização dos tratamentos e da internação dos doentes mentais, que passaram a ser

vistos como portadores de uma doença que poderia ser tratada, e não mais como ameaças à ordem social. No Brasil, a trajetória da saúde mental tem sua origem nos anos 1800, com a construção do Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, que ficou conhecido como Hospício Pedro II (SOUZA; SALES, 2015, p. 37).

Os primeiros hospitais psiquiátricos surgiram na Europa no século XVII, com o objetivo principal de manter o controle social e a segregação dos doentes mentais. Esses hospitais eram frequentemente superlotados e com condições de tratamento precárias, resultando em grande sofrimento para os pacientes. Já no século XIX, com o surgimento da psiquiatria como disciplina médica, iniciou-se uma nova fase na história da saúde mental. O médico francês Philippe Pinel é considerado um dos pioneiros na reforma dos hospitais psiquiátricos, ao propor uma abordagem mais humanitária e terapêutica para o tratamento das doenças mentais. Outro marco importante foi a obra **Compendium de Psiquiatria**, de Emil Kraepelin, publicada primeiramente em 1883, que propôs uma classificação das doenças mentais com base em critérios clínicos, permitindo um melhor entendimento e diagnóstico das patologias.

O início do século XX foi marcado pelo surgimento das primeiras psicoterapias, como a Psicanálise e a terapia comportamental. A partir da década de 1950, o desenvolvimento dos medicamentos psicotrópicos iniciou uma nova era na história da saúde mental, com a redução das internações em hospitais psiquiátricos e o aumento do tratamento ambulatorial. Entretanto, essa nova abordagem também iniciou o uso excessivo de medicamentos com atuação bioquímica em questões comportamentais e subjetivas dos sujeitos contemporâneos, marcando de vez as práticas contemporâneas de tratamentos psicológicos e psiquiátricos, e, assim, formando a já mencionada medicalização da vida e à perda da dimensão subjetiva do sofrimento psíquico.

Atualmente, as terapias psicodinâmicas e cognitivas têm buscado integrar a sua atuação com o uso amplo que se têm dado aos medicamentos psiquiátricos. É importante destacarmos que pesquisas atuais têm buscado desenvolver medicamentos que atuam de forma mais específica e com menos efeitos colaterais nos indivíduos. Entretanto, vale ressaltar que a formulação crescente de medicamentos com menores efeitos adversos pode estimular ainda mais o

uso excessivo de medicamentos, acentuando a dimensão medicalizante e higienista do viver.

3 LACAN: TRAVESSIA DO FANTASMA, TRANSFERÊNCIA E *SYNTHOME*

Em contraposição a ideia higienista de que é preciso padronizar para se ter uma definição de saúde e cura aplicável a todos, a Psicanálise trabalha com a dimensão única do psiquismo de cada Sujeito⁵ e, portanto, não trabalhará com a ideia de que o paciente recebe alta ao se curar de um sintoma. A análise chega ao seu fim por outros motivos, tais como o encontro do sujeito com a sua própria história, se desidentificando de seu fantasma, como proposto por Lacan, e, portanto, reorganizando a sua economia psíquica⁶.

Para Lacan, o "fantasma" é uma construção imaginária que se forma na psique do indivíduo, relacionada aos seus desejos inconscientes e traumas. O fantasma representa uma situação idealizada que o indivíduo gostaria que ocorresse, geralmente relacionada a suas fantasias sexuais e suas relações com outras pessoas. Como colocou Lacan:

O fantasma é [...] o lugar onde o sujeito se encontra com o gozo, com o gozo que é o seu próprio, e que ele não encontra em nenhum outro lugar. É, portanto, o lugar onde o sujeito se constitui em seu próprio

⁵ O Sujeito na Psicanálise se refere a uma construção psíquica e subjetiva do indivíduo. Lacan propõe uma concepção do Sujeito como um resultado da relação complexa entre linguagem, simbolismo e desejo. O Sujeito lacaniano é marcado por uma falta constitutiva, uma vez que a entrada na linguagem e na cultura implica a perda de uma completude imaginária. Nessa perspectiva, o Sujeito é concebido como dividido, em constante busca de um sentido e identidade, influenciado por desejos inconscientes e demandas sociais. A subjetividade do Sujeito é construída a partir das interações com o Outro (o campo social e simbólico), onde os significantes e as estruturas simbólicas desempenham um papel fundamental na formação da identidade e na mediação do desejo. Além disso, o Sujeito lacaniano é marcado pela dimensão do inconsciente, onde estão presentes os impulsos reprimidos, os conflitos psíquicos e as formações fantasísticas. Através da análise, busca-se revelar e elaborar essas dimensões inconscientes, permitindo ao Sujeito uma possível reconstrução subjetiva e uma maior compreensão de si mesmo (LACAN, 1985).

⁶ A economia psíquica é um conceito fundamental da Psicanálise. Ela se refere à forma como a libido é distribuída e usada no aparelho psíquico do indivíduo, impulsionando a vida psíquica, a atividade mental e o comportamento humano. O objetivo da psicanálise, segundo Freud, seria o de criar uma certa economia no campo do aparelho psíquico, fazendo com que a quantia de investimento de libido e de catexia não fosse nem ultrapassada nem diminuída a um nível mínimo (FREUD, 2011).

ser, em seu ser de gozo, em relação ao seu ser sexuado (LACAN, 1998, p. 88).

O fantasma se forma a partir da combinação de elementos da realidade com elementos fantasiosos, tornando-se um padrão recorrente de pensamentos e sentimentos que influenciam a forma como o indivíduo se relaciona consigo mesmo e com os outros. Seguindo o pensamento de Lacan, portanto, o fim de análise não necessariamente corresponde com o conceito estabelecido pela cultura como saúde, cura e normatividade. Nesse ponto, é válido cruzar o papel que a Psicologia teve em colaborar com a normatividade dos conceitos de saúde e cura nos indivíduos, instaurando a mesma “alta médica” aos pacientes quando estes já não possuem aqueles sintomas que o colocavam fora da caixa subjetiva contemporânea. Por outro lado, a Psicanálise busca olhar para o sintoma do paciente sob um outro prisma, como explica J. D. Násio (1993), em **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan**:

Sabemos, comumente, que o sintoma é um distúrbio que causa sofrimento e remete a um estado doentio do qual constitui a expressão. Mas, em psicanálise, o sintoma nos surge de maneira diferente de um distúrbio que causa sofrimento: ele é, acima de tudo, um mal-estar que se impõe a nós, além de nós, e nos interpela. Um mal-estar que descrevemos com palavras singulares e metáforas inesperadas. Mas, quer seja um sofrimento, quer uma palavra singular para dizer o sofrimento, o sintoma é, antes de mais nada, um ato involuntário, produzido além de qualquer intencionalidade e de qualquer saber consciente. É um ato que menos remete a um estado doentio do que a um processo chamado inconsciente. O sintoma é, para nós, uma manifestação do inconsciente (NASIO, 1993, p. 13).

Nesse sentido, Lacan propõe que uma análise provoca o deslocamento do sintoma. O paciente, ao entrar num processo psicanalítico, usa seu sintoma como forma de comunicação com o Outro. Ou seja, o sintoma se mostra como uma solução encontrada pelo sujeito para lidar com o conflito psíquico por ele vivenciado. Analista e analisando passam, então, a explorar esse sintoma, não com o fim de extingui-lo, mas de perceber o que esse sintoma comunica, uma vez que ele, segundo Lacan, se dá como efeito de uma falha no campo da linguagem. Ao longo do processo analítico, através da transferência com o analista, tal sintoma vai sendo atualizado, já que o sintoma só se completa na relação com o Outro. Como o Sujeito não consegue nomear a esse Outro aquilo

que sente, o sintoma vem como uma forma que ele encontra de dar algum tipo de palavra a essa falha:

O sintoma é, propriamente falando, um evento na análise, uma das imagens através das quais a experiência se apresenta. Nem todas as experiências analíticas são sintomas, mas todo sintoma que se manifesta no correr da análise constitui uma experiência analítica. A experiência é um fenômeno pontual, um momento singularmente privilegiado que marca e baliza o percurso de uma análise. [...] a experiência [...] tem também [...] uma face perceptível pelos sentidos, que se apresenta como o instante em que o paciente diz e não sabe o que diz. É o momento do balbucio, ali onde o paciente gagueja, o instante em que ele hesita e sua fala se subtrai. [...] Os psicanalistas [...] se interessam pela linguagem [...] no limite em que a linguagem tropeça. Ficamos atentos aos momentos em que a linguagem se equivoca e a fala derrapa (NASIO, 1993, p. 12).

Enquanto o sintoma é algo que o sujeito experimenta como um problema, de forma a tamponar uma angústia, o *synthome*, por sua vez, torna-se uma maneira pela qual o sujeito aprende a se relacionar com o mundo, já inserido na linguagem, e, portanto, podendo se regozijar como ser desejante em sua própria vida. O *synthome* é, assim, parte integrante da subjetividade do sujeito, e daí a sua importância no processo de fim de análise. Não mais obstáculo, o *synthome* agora vem a serviço do paciente, de modo que ele possa falar de si e sobre si. Ele não depende mais de um Outro, mas assume seus próprios riscos não porque o inconsciente deixa de produzir as mesmas questões geradas por uma fantasia primordial, mas porque ainda assim aquele paciente passa a ser capaz de nomear seu desejo, deixando de delegar sua existência a esse Outro. Para que isso ocorra, é necessário que esse paciente não mais incumba o seu analista ao lugar de sujeito-suposto-saber. Ou seja, dá-se aqui o fim da transferência.

É pelo processo da transferência⁷ que o paciente projeta seus conflitos e desejos no analista, e o analista se torna um objeto de desejo para o sujeito. Nasio elabora a relação estreita entre a transferência do paciente com o analista e seu sintoma:

⁷ Fenômeno em que o paciente direciona para o analista emoções, desejos e expectativas que originalmente pertencem a outras pessoas ou situações em sua vida. Na transferência, o paciente revive e atualiza na relação terapêutica experiências passadas e conflitos emocionais não resolvidos, muitas vezes inconscientes. Isso permite que eles sejam trabalhados e elaborados na relação com o analista (FREUD, 2014).

A característica principal do sintoma, na análise, é que o psicanalista faz parte dele. Numa análise já bem encaminhada, o sintoma fica tão ligado à presença do clínico que um faz lembrar o outro: quando sofro, lembro-me de meu analista; e, quando penso nele, o que me volta é a lembrança de meu sofrimento. O psicanalista, portanto, faz parte do sintoma. É esse [...] traço do sintoma que abre as portas para o que chamamos transferência analítica e distingue a psicanálise de qualquer psicoterapia. Justamente, se [...] me perguntassem o que é a transferência em psicanálise, uma das respostas possíveis consistiria em defini-la como o momento particular da relação analítica em que o analista participa do sintoma do paciente. É isso que Lacan denomina de sujeito-suposto-saber. A expressão sujeito-suposto-saber não significa, unicamente, que o analisando suponha que seu analista seja detentor de um saber a respeito dele. Para o paciente, não se trata tanto de supor que o analista sabe, mas de supor, principalmente, que ele está na origem de seu sofrimento, ou de qualquer acontecimento inesperado (NASIO, 1993, p. 15).

Ao fim da análise, o analista torna-se o dejetivo daquilo que se operou nessa transferência. Resta ao analisando aprender a se conciliar com seu *synthome*. Entretanto, ele continuará *ad infinitum* a produzir sintomas, uma vez que essa é a uma forma importante de o inconsciente comunicar. O fim de análise, portanto, não coincide com o fim de um sintoma, mas com um ato – ato este em que o analisando assume para si a sua condição e destitui o seu analista do lugar daquele que sabe mais sobre si do que ele próprio. Não mais no lugar do sujeito-suposto-saber, o analista é desocupado de uma posição privilegiada de alguém que dará as respostas para o paciente e este passa a se encontrar com o próprio desejo – ou seja, ele encontra um espaço no discurso psicanalítico.

Na Psicanálise, tal discurso é entendido como uma forma de comunicação através da qual os processos inconscientes se entremeiam junto à lógica racional do sujeito, incluindo nele seus desejos, conflitos, fantasias. Por isso, o analista trabalha a escuta atenta do discurso de cada analisando, uma vez que por meio dele se tem acesso a conteúdos inconscientes de cada sujeito.

Segundo Lacan, o discurso é uma estrutura fundamental da linguagem e da interação humana. Ele pode ser entendido como um conjunto de enunciados que são produzidos pelos falantes e que estão em constante relação com o outro. Dessa maneira, o discurso não é meramente informativo, mas influencia a realidade psíquica dos sujeitos. Através da ideia dos discursos, Lacan propôs

quatro formas fundamentais de organização do laço social. Cada um desses discursos representa uma posição subjetiva e uma relação particular com o conhecimento, o poder e o desejo. Esses discursos são chamados de: a) Discurso do Mestre (caracterizado pela relação de dominação entre o sujeito que sabe e o sujeito que não sabe; o mestre tem o conhecimento e o poder, e o discípulo é submisso ao seu domínio. Esse discurso é encontrado em situações como a relação entre professor e aluno, patrão e empregado, ou pais e filhos); b) Discurso da Universidade (representa uma estrutura discursiva que busca estabelecer a ilusão do conhecimento absoluto e totalizante. Esse discurso se baseia em uma tentativa de domar o real por meio da linguagem e do conhecimento, porém se trata de uma suposta completude e maestria sobre os objetos de estudo, produzindo, na verdade, uma ilusão de saber, uma vez que mascara a falta fundamental do sujeito. Além disso, o discurso da universidade cria hierarquias e exclusões, privilegiando certas formas de conhecimento em detrimento de outras); c) Discurso da Histérica (caracterizado pela busca constante do sujeito pelo seu próprio desejo, mas com a incapacidade de satisfazê-lo completamente. O sujeito está sempre insatisfeito e em busca de algo que ele acredita que o fará feliz. Encontrado em situações como a busca por amor ou por realização pessoal); d) Discurso da Psicanálise (o sujeito é confrontado com o seu próprio inconsciente e a entrar em contato não com aquilo que é demandado dele, mas com seus próprios desejos).

Os quatro discursos, segundo Lacan, resumem as formas pelas quais os sujeitos se relacionam de maneiras diferentes com o mundo. São representações das maneiras com que construímos laços sociais⁸ através da linguagem. A exceção para essa construção estaria em um quinto discurso que não faz laço – o Discurso Capitalista, daí ele não ser considerado por Lacan como um discurso em si, mas como um pseudodiscurso. Neste pseudodiscurso,

⁸ Para Lacan, os laços sociais são construídos a partir da linguagem e da estrutura simbólica que permeia toda sociedade. Os indivíduos se relacionam entre si e com o mundo através dos significantes e da linguagem – elementos fundamentais na construção dos laços sociais. Lacan enfatiza que os laços sociais são sempre precários e sujeitos a rupturas, e que a análise dos discursos e das relações entre os indivíduos pode revelar as tensões e os conflitos presentes nesses laços sociais (LACAN, 1992).

ocorre como um curto-circuito entre sujeito e objeto, provocando um rompimento do laço com o outro.

O discurso da saúde mental higienista estaria ligado ao discurso do mestre (uma vez, como visto, que é um discurso que impõe uma verdade, um saber colocado ao outro: “Eu sou aquele que nomeia o seu sintoma e te digo como removê-lo”), em contraposição ao discurso psicanalítico, que não diz sobre o sujeito ou que impõe uma verdade, como explicou Lacan: “O discurso psicanalítico visa resgatar o sujeito do aprisionamento do discurso social, permitindo-lhe ter acesso à verdade sobre si mesmo” (LACAN, 1998, p. 256). O analisando, portanto, traz o sintoma para o analista e será convidado por este a encontrar-se de frente com esse sintoma, de forma que ele possa, ele mesmo, nomeá-lo e perceber qual o gozo escondido por trás do sintoma, qual saber pode operar através desse algo que incomoda, que falha e que interroga.

Através desse processo o analisando será conduzido em direção ao seu fim de análise, para que seja confrontado com seu próprio fantasma, que muito provavelmente não está entrelaçado com aquilo que o paciente entendia como a causa do seu sofrimento – o fantasma, como sabemos, não se mostra à nossa frente, em dias claros ou luzes acesas, mas fica ali, à espreita, habitando o inconsciente e se mostrando frequentemente através de nossos sintomas – sintomas esses que podem apontar para um fantasma, mas que exigem uma investigação mais a fundo. É desse ponto que se torna possível vislumbrar a possibilidade de um fim de análise – não de uma cura, já que o inconsciente não para de produzir, ou de uma alta, já que não é o analista que diz sobre seu paciente. O fim é de cada sujeito, quando a transferência se desfaz, e ele é capaz, então, de atravessar o próprio fantasma.

4 FIM DE ANÁLISE

Carlos Pinto Corrêa (1996), no artigo **Final de Análise**, ressaltou que Freud já havia abordado o tema a respeito sobre o que exatamente está envolvido no processo de um fim de análise, no texto **Análise terminável ou interminável**, publicado em 1937. Nele, Freud constatou que a análise teria dois

momentos – um de redução dos sintomas e diminuição da angústia, mas também de um segundo momento, onde pode ser aprofundada a relação do indivíduo com o seu desejo e quando se depara com os limites da própria fantasia. Esse texto corresponde, juntamente com **Construções em Análise**, também escrito em 1937, aos últimos escritos de Freud publicados ainda em vida. Pode-se induzir a partir desse dado que o texto foi redigido em um momento no qual Freud olhava para o fim da análise, bem como para a sua própria finitude: “Se a marca essencial de todo ser humano é mesmo a falta, questão ainda mais crucial é o da finitude do ser” (CORRÊA, 1996, p. 18).

De acordo com Corrêa (1996), **Análise Terminável e Interminável** é um texto-alerta para os discípulos sobre o que se pode esperar quanto aos resultados do tratamento psicanalítico, ao mesmo tempo em que Freud faz uma revisão dos objetivos desse tratamento. Como resume aquele autor:

Enquanto os analistas tiveram a perspectiva simplista da supressão dos sintomas, estavam mais próximos do ideal de cura médica. À medida que se estendeu a compreensão sobre o inconsciente, a norma e a cura passaram à categoria de impossíveis e o término da análise passou à condição mais sutil. Se os sintomas são apenas marcadores para uma demanda inicial, e se é especialmente à medida que eles perdem a força no jogo das associações livres, que a análise propriamente se inicia, qual será a sua direção?” (CORRÊA, 1996, p. 18-19).

Seguindo esse raciocínio, Jacques-Alain Miller (1995) apontou que, antes de Lacan, a análise poderia ser de dois tipos – a análise terapêutica e a análise didática: “a primeira, motivada pelo sofrimento do sintoma – tratava-se de curar – e a segunda, pela ambição de ser analista – aprendia-se a análise [...] analisando-se” (MILLER, 1995, p. 8). A partir de Lacan se difunde a noção de que a análise tem um percurso comum a todos – a de que se inicia pelo sintoma, ou por aquilo que o sintoma produz, e que posteriormente, se a análise de fato chegar ao fim, dá-se o momento em que o sujeito se relaciona com seu próprio gozo, entrando em contato com aquilo que Lacan chamou de “fantasia fundamental”. Segundo Miller, essa seria uma travessia na qual o ser já não é ludibriado por essa fantasia, mas passa a enxergar seu próprio ponto cego, assim como o analista é capaz de fazer.

Dessa forma, por um lado, a análise é interminável pois sempre produziremos novos sintomas e criaremos novas transferências, abrindo assim uma possibilidade de a análise se tornar um processo do sujeito poder olhar para si, tomando consciência do seu funcionamento psíquico e das próprias angústias. Entretanto, a análise também termina, não porque o analista dá alta para o seu paciente, no sentido de que este alcançou uma meta pretendida, mas porque algo necessário à análise pode chegar ao fim, que é a transferência. O analisando vai dando conta de que aquele que encarna o lugar do seu objeto de amor – o analista – na verdade é uma ilusão por ele construída e que ele pode reproduzir essa mesma relação transferencial de outras maneiras com outras pessoas ou, mesmo, que ele pode executar esse papel para si próprio, sendo ele seu próprio analista. Maria Thereza Ávila Dantas Coelho (2008) explica da seguinte maneira no artigo *Considerações sobre o final de análise*:

Para Lacan, após o analista ser colocado na posição de sujeito suposto saber pelo analisando, ele é destituído dessa posição e, posteriormente, cai enquanto representante do objeto a [que seria algo como o núcleo central da fantasia do sujeito] (Lacan, 1967-1968). Isso implica, de um lado, uma mudança na relação com o saber e, de outro, um atravessamento da fantasia, pois o analista deixa de sustentar, com sua presença o fantasma de seu analisando (COELHO, 2008, p. 365).

Soler (1995) assinala que Lacan ainda considerou ser a identificação do sintoma o melhor cenário para o indivíduo ao fim de sua análise. Coelho (2008, p. 370), no entanto, coloca a importância de pensarmos na singularidade de cada fim de análise, assim como propôs Lacan. Dessa maneira, “a depender da produção analítica de cada analisando, da condução da análise por parte de cada analista e da leitura teórica que se faça de cada processo, diversos aspectos do final de análise podem ser delineados”.

Uma análise é uma aposta no Sujeito. Nesse sentido, uma análise inicia, mas não necessariamente ela terminará. Nesse ponto, podemos colocar uma distinção entre uma análise que termina e uma análise que é suspensa. Isso porque pode ocorrer que algo é deixado ainda por fazer quando um analisando deixa de encontrar com o analista. O fim da análise para Lacan implica, portanto, essa travessia do fantasma acima mencionado – esse seria o sinal posto de que uma análise chegou ao seu fim. O sujeito se desidentifica de seu fantasma,

reorganizando a sua economia psíquica, e foi suficientemente capaz de derrubar algumas defesas psíquicas que lhe custam. Seria como uma capacidade dele se deslocar em relação ao seu próprio sintoma, tomando uma nova posição e um outro olhar perante a vida.

Podemos dizer, então, que chegar ao fim de uma análise é encontrar com o fundo desse abismo que nos olha, para lembrarmos Nietzsche. Encontra-se lá um nada, uma destituição subjetiva, mas que é também uma nova subjetivação – após a apropriação de algo revelado pelo próprio inconsciente –, o que carrega em si uma angústia frente a esse nada: “O fim da terapêutica desperta, tanto em quem se trata quanto nos profissionais, angústias primitivas que devem ser elaboradas por ambos, portanto, reconhecidas e trabalhadas ao máximo durante o tratamento” (ZATTI *et. Al.*, 2018, p. 50). Para Gérard Pommier (1990, p. 9-10), em **O desenlace de uma análise**, o fim de uma análise tem mais a ver com o analisando entrar numa posição de não-saber, onde os ideais imaginários carregados por esse indivíduo sofrem um golpe sem retorno.

Daí a válida discussão a respeito se o fim da análise tem mais a ver com o sintoma e a queixa do paciente ou não. Pois se na Psicanálise, o sintoma diz sobre o sujeito, buscar tão-somente o fim desse sintoma poderia apontar para o apagamento de algo no inconsciente do sujeito que quer se fazer presente e que, se calado, buscará vir de novo à tona através de um outro sintoma:

Lacan [...] nos disse que o sintoma significa essencialmente o retorno da verdade na falha do saber. Verdade de que o sujeito inquestionavelmente nada quer saber. Só quando o sintoma fracassa, o sujeito percebe, através do seu desamparo e desconhecimento, que nada lhe resta senão a possibilidade de dirigir-se ao saber, que equivale a procurar uma resposta ao enigma deste sintoma que aí é capturado pela transferência (PIMENTEL; ARAÚJO; VIEIRA, 2009, p.51).

A Psicanálise direciona-se, pois, àqueles que desejam confrontar-se com sua própria verdade, questionando esse sintoma e, finalmente, trocando o gozo do sintoma pelo saber. Isso significa que o analisando aprende a desejar essa verdade que se encontra escondida no sintoma. Em suma, a análise se mostra como “uma práxis regida pela ética do inconsciente e pelo compromisso que se estabelece entre o sujeito e o seu desejo, permitindo o acesso a uma verdade

sempre escondida no enigma do sintoma” (PIMENTEL; ARAÚJO; VIEIRA, 2009, p. 52).

Segundo Maria Ângela Assis Dayrell (2003), Lacan diz que o que se espera da análise é a produção da separação da falta materna e da positividade do objeto, ou seja, a separação entre a falta imaginária no outro e a possibilidade de o sujeito se propor ele mesmo como fetiche que poderia vir preencher essa falta. Seria uma habilidade que o indivíduo desenvolveu ao fim da análise de se defrontar com a própria castração, apropriando-se ele de sua história tal como a viveu, e ao mesmo tempo se desfazendo das construções imaginárias que precisou para dar conta de suas fantasias. Esse processo, como buscamos explorar aqui, é a trajetória contrária àquela que a saúde higienista chamaria de cura, uma vez que o sujeito se depara não com a pessoa que ele construiu para agradar a cultura, mas aquela que foi possível para ele ser dentro de sua própria realidade; propondo esse processo não como a “alta” ou a “cura” do sujeito, mas como o seu fim de análise – a sua travessia do fantasma.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo propôs levantar uma reflexão crítica sobre como a Psicanálise compreende os processos a respeito de como uma análise terminou e de que maneira tais processos se relacionam com as ideias de “alta” ou “cura” tal como o campo da saúde mental higienista aborda tais conceitos. O fim de análise em Lacan não poderia ser entendido como uma cura definitiva para os problemas do sujeito, mas sim como um processo de mudança da posição do analisando frente ao seu sintoma.

O analista percorre um caminho com o analisando no sentido de ajudá-lo a se defrontar com a sua fantasia primordial, aquela presença ausente da qual buscamos nos desviar, mas que ainda assim habita o inconsciente. A análise não busca, portanto, uma cura definitiva para os problemas. Quando a própria pessoa é capaz de fazer essa travessia – que Lacan denomina a travessia do fantasma –, a relação transferencial com o analista se torna desnecessária. O paciente passa a ser capaz de colocar o seu sintoma dentro da linguagem,

entrando em contato com aquilo que lhe assombrava. Daí não mais nomeá-lo como um sintoma. É essa passagem que Lacan denomina como *synthome*.

O discurso psicanalítico busca, ao fim, desconstruir discursos hegemônicos que padronizam subjetividades, em contraposição ao discurso do mestre e da universidade que reforçam o lugar do saber daquele que diz ao outro como viver. O discurso da Psicanálise traz à tona aquilo que não é colocado em palavras, o que não pertence, aquilo que é estranho. Nesse sentido, a alta na Psicanálise só é possível na medida em que o sujeito abre mão do gozo que está por trás do sintoma e coloca o analisando em uma nova posição diante do que lhe incomoda – atravessando o fantasma, o sujeito depara com seu próprio desejo; algo que só ele poderá encontrar e por isso abre mão de uma resposta que venha de um Outro, seja ele seu médico, mestre ou, no caso, analista.

REFERÊNCIAS

ABREU JUNIOR, Laerthe de Moraes Abreu; CARVALHO, Eliane Vianey de. O Discurso Médico-Higienista no Brasil do Início do Século XX. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 427-451, 2012. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/1456>. Acesso em: 11 out. 2022.

BARBIANI, Rosangela *et al.* Metamorfoses da Medicalização e seus Impactos na Família Brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 567-587, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200013>. Acesso em: 10 out. 2022.

CLAY, R. E. **Doença mental e psicologia**: Uma abordagem psicanalítica. Rio de Janeiro: Imago, 1962.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. Considerações sobre o Final de Análise. **Psicologia USP**, São Paulo, v.19 n.3, p. 363-373, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000300006>. Acesso em: 10 out. 2022.

CORDEIRO, Ana Beatriz Zuanella. Para Onde nos Conduz o Fim da Análise? **Estudos de Psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 29, p. 67-72, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372006000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2022.

CORRÊA, Carlos Pinto. Final de Análise. **Cogito**, Salvador, v.1, p. 17-21, 1996. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94791996000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2022.

COUTO, Daniela Paula do; CASTRO, Júlio Eduardo de. Da Higiene Mental à Higiene Química: Contribuições para um contraponto entre a criança tomada como objeto pelo higienismo e como sujeito de sua verdade pela psicanálise. **Cadernos de Psicanálise – CPRJ**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 32, p. 135-157, 2015. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952015000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2022.

DAYRELL, Maria Ângela Assis. Pulsão, seus destinos e final de análise. **Estudos de Psicanálise**. Belo Horizonte, v. 26, p. 81-88, 2003.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

FONSECA, Paula Fontana. O Higienismo Moderno e a Práxis do Psicanalista na Pólis. **Estilos Clínicos**, São Paulo, v.23, n.1, p. 34-46, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p34-46>. Acesso em: 11 out. 2022.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 24. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 68. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

FREUD, Sigmund. **Obras completas, volume 16: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

FREUD, Sigmund. Análise Terminável ou Interminável. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

FREUD, Sigmund. Construções em Análise. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

FREUD, Sigmund. O ego e o id. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Trabalhos sobre a técnica da psicanálise. **Sigmund Freud: Obras Completas (Vol. 18)**. Companhia das Letras, 2014.

HARVEY, David. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

- ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**: Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.
- LACAN, Jacques. **O seminário, livro 5**: As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- LACAN, Jacques. **O seminário, livro 7**: A ética da psicanálise (1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- LACAN, Jacques. **O seminário, livro 11**: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- LACAN, Jacques. **O seminário, livro 16**: De um Outro ao outro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- LACAN, Jacques. **O seminário, livro 20**: Mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 23**: o sintoma. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- LACAN, Jacques. Proposição de 9 de Outubro de 1967 sobre o Psicanalista da Escola. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- MILLER, Jacques-Alain. Prefácio. **Como terminam as análises**: Textos reunidos pela Associação Mundial de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- NASIO, Juan-David. **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.
- PIMENTEL, Déborah; ARAÚJO, Maria das Graças; VIEIRA, Maria Jésia. Final de Análise: uma revisão sistemática da literatura. **Estudos de Psicanálise**, Aracaju, n. 32, p. 51-70, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372009000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 out. 2022.
- POMMIER, Gérard. **O desenlace de uma análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas Emergentes de um Novo Paradigma de Saúde: O papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, n. 13, p. 71-88, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100007>. Acesso em: 09 out. 2022.

SOLER, Colette. **Variáveis do fim da análise**. Campinas: Papirus, 1995

SOUZA, V. P.; SALES, E. B. História da saúde mental no mundo. **Saúde mental: História, conceitos e práticas**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2015.

ZATTI, Cleonice; SEMENSATO, Márcia. O Término de Tratamento em Psicoterapia Analítica. **RBPsicoterapia – Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 49-59, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324510733_O_Termino_de_Tratamento_em_Psicoterapia_Psicanalitica. Acesso em: 09 out. 2022.