



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Sandro Ricardo dos Santos

**Amor de transferência entre paciente e profissional de saúde: reflexões
acerca da implicação da psicanálise na instituição hospitalar**

Rio de Janeiro

2019

Sandro Ricardo dos Santos

**Amor de transferência entre paciente e profissional de saúde: reflexões acerca da
implicação da psicanálise na instituição hospitalar**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S237 Santos, Sandro Ricardo dos.
Amor de transferência entre paciente e profissional de saúde: reflexões acerca da implicação da psicanálise na instituição hospitalar / Sandro Ricardo dos Santos. – 2019.
82 f.

Orientador: Vinicius Anciães Darriba.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Transferência – Teses. 3. Hospital – Teses. I. Darriba, Vinicius Anciães. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Sandro Ricardo dos Santos

**Amor de transferência entre paciente e profissional de saúde: reflexões acerca da
implicação da psicanálise na instituição hospitalar**

Dissertação apresentada, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre, ao Programa
de Pós-graduação em Psicanálise, da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 04 de dezembro de 2019.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba (orientador)
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof. Dr. Ademir Pacelli Ferreira
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof.^a Dr.^a Andrea Barbosa de Albuquerque
Instituto de Psicologia – UFRJ

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Aos amigos, pacientes e profissionais do Instituto Evandro Chagas (IPEC) / Fiocruz, pela capacidade que têm em despertar na sociedade a atenção para um grande trabalho de humanização.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais (in memoriam), pois sempre depositaram em mim a confiança e o estímulo necessários para que eu não viesse a desistir dos meus objetivos.

À minha esposa, pelo apoio prestado durante todos esses anos em que venho me dedicando aos estudos.

Aos meus filhos, que demonstraram amadurecimento ao compreenderem minha ausência em razão dos estudos nos momentos de lazer.

À Inês, amiga de longa data, e que sempre me orientou nos difíceis caminhos que a vida prepara.

À amiga e eterna professora, Maria Luiza Bustamante, pelo convite aos atraentes caminhos das pesquisas na área da psicanálise.

À Hermelinda Leitão, querida amiga e companheira de trabalhos desenvolvidos no *Projeto de Combate a Abusos Sexuais e Violências contra Crianças e Adolescentes*, UERJ.

À Eunes de Castro Milhomem, pelo entusiasmo, dedicação e orientação durante minha trajetória no Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar na Área da Infectologia/Fiocruz, e quem foi fundamental no processo de escolha deste tema de pesquisa de mestrado.

Aos amigos do Curso de Psicologia Hospitalar na Área da Infectologia / Fiocruz.

Às colegas de mestrado, Cássia e Andrea, pelo reconhecimento e pelo apoio durante o processo de minha caminhada rumo à conclusão deste trabalho.

Aos professores do Curso de Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas, pela dedicação à docência e forma ética na transmissão do saber.

Ao Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba, meu orientador, pelo zelo, cuidado ético e profissionalismo ao me conduzir neste processo, pois sem essas peculiaridades, este trabalho não teria chegado ao seu objetivo.

Ao Prof. Dr. Ademir Pacelli Ferreira, pela atenção e acolhimento dados a este tema tão importante no campo da saúde.

À Prof.^a Dr.^a. Andrea, que gentilmente aceitou o convite para composição da banca, além de contribuir para minha formação com seu olhar clínico na área da experiência hospitalar.

À equipe da Secretaria do Programa de Pós-graduação em Psicanálise/UERJ, pelo acolhimento durante o curso de Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas.

À equipe da Rede Sirius/Biblioteca - UERJ, pelos esclarecimentos devidos à confecção deste trabalho.

É preciso responder ao chamado para que saibam que o psicanalista pode oferecer é um espaço para que o sujeito fale e possa ser escutado de um lugar outro onde ele não é só aquele paciente, doente ou o número de um leito.

Moura, 2000.

RESUMO

SANTOS, Sandro Ricardo dos. *Amor de transferência entre paciente e profissional de saúde: reflexões acerca da implicação da psicanálise na instituição hospitalar*. 2019. 82 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O presente trabalho teve como objetivo propor uma reflexão sobre o conceito de transferência em psicanálise como um fenômeno que surge a partir do contato entre o paciente e o profissional de saúde na instituição hospitalar. Foi realizado um estudo bibliográfico com vistas a esse objetivo. O tema da transferência no hospital suscitou-se a partir de atendimentos realizados pelo autor desta dissertação, juntamente com outros profissionais de saúde aos pacientes do Instituto Nacional de Infectologia/Fiocruz. Através da pesquisa e da literatura psicanalítica, pôde-se observar o quanto a transferência é um assunto que não se esgota, ao mesmo tempo que não se resume apenas a um objeto único de investigação, mas de uma aliança com a possibilidade de intervenção da psicanálise no campo da saúde. Ao ser feito um levantamento bibliográfico a respeito, buscou-se através de autores como Freud e Lacan fazer uma interlocução com diversos pesquisadores, os quais serviram como referências para o desenvolvimento do estudo em questão. O destaque principal dado ao tema da transferência entre o paciente e o profissional da área de saúde apontou a necessidade da implicação da psicanálise nesse ambiente, tendo em seu representante – o psicanalista – o desafio de se posicionar dentro da equipe multiprofissional pelo manejo da transferência ao desvelar o sujeito e seu desejo.

Palavras-chave: Transferência. Psicanálise. Hospital. Profissional de saúde.

ABSTRACT

SANTOS, Sandro Ricardo dos. *Love of transference between patient and health professional: reflections on the implication of psychoanalysis in the hospital institution*. 2019. 82 f. Dissertation (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The present work aimed to propose a reflection on the concept of transference in psychoanalysis as a phenomenon that arises from the contact between the patient and the health professional in the hospital institution. A bibliographic study was conducted with a view to this objective. The theme of the transfer in the hospital was raised from consultations made by the author of this dissertation together with other health professionals to patients of the National Institute of Infectious Diseases / (Instituto Nacional de Infectologia) Fiocruz. Through research and psychoanalytic literature, it was possible to observe how much the transference is a subject that is not exhausted, while, it is not only a single object of investigation, but an alliance with the possibility of intervention of the psychoanalysis in the health field. When a bibliographic survey was made, it was sought through authors such as Freud and Lacan to make an interlocution with several researchers, who served as references for the development of the study in question. The main highlight given to the theme of transference between the patient and the healthcare professional pointed to the need for the implication of psychoanalysis in this environment, having in its representative - the psychoanalyst - the challenge of positioning yourself within the multiprofessional team by handling transference by unveiling the subject and his or her desire.

Keywords: Transference. Psychoanalysis. Hospital. Health professional.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 A TRANSFERÊNCIA EM PSICANÁLISE	17
1.1 A transferência em sua origem	17
1.2 A transferência segundo Freud	18
1.3 Lacan e o Sujeito Suposto Saber	21
2 A TRANSFERÊNCIA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	24
2.1 A fragilidade do sujeito diante da busca pelo saber	24
2.2 O amor transferencial com a instituição hospitalar	26
2.3 A transferência com a equipe de saúde	30
2.4 O contato entre médico e paciente: uma questão de aproximação ou de distanciamento?	38
3 PSICANÁLISE, MEDICINA E HOSPITAL	45
3.1 O rompimento do discurso freudiano com a medicina	46
3.2 A psicanálise na medicina	48
3.3 A relação da ética em psicanálise com os distintos discursos nas instituições hospitalares	51
3.4 Ética, análise e desejo	55
3.5 Diferentes éticas na leitura da psicanálise e a necessidade de intervenção do psicanalista	56
3.6 O psicanalista no hospital e o manejo da transferência como elemento distinto em uma equipe multiprofissional	58
3.7 A contratransferência e o desejo do analista	62
3.8 Demandas para a inserção do psicanalista na clínica da urgência	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	80

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema em questão surgiu a partir da minha experiência no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas / FIOCRUZ, baseado nos atendimentos realizados aos pacientes internados. O questionamento suscitado teve como elemento central o conceito psicanalítico de *transferência* e como este fenômeno clínico sinaliza um algo a mais, uma vivência do passado que, além de se repetir, é atualizado no contato entre aquele que acolhe e aquele que demanda o atendimento.

O INI (Instituto Nacional de Infectologia) na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) abriga em seu núcleo um grande número de pacientes portadores de doenças infecciosas. Durante o atendimento a estes pacientes é comum a ocorrência de uma variedade de sentimentos e sensações que envolvem ambas as partes, tanto o paciente quanto o profissional de saúde. A angústia frente a um diagnóstico de morte anunciada pelo médico; o torpor experimentado pelo sujeito durante o atendimento realizado pelo psicólogo ou psicanalista; o quê estas reações dizem para estes profissionais?

O paciente internado no INI porta a marca do real da doença que o acompanha. O profissional de saúde ao promover o acolhimento de sua demanda, propicia um espaço para que a história de vida do sujeito possa ser recontada. Se este profissional for um psicanalista, tem-se a possibilidade de por a trabalho, através da fala desse sujeito, uma série de significantes. É comum escutar durante os atendimentos: “Você é como um pai para mim! ”, “Ah, doutora, você parece a minha mãe falando! ”; “Gosto daqui, pois vocês cuidam muito bem de mim”.

Estas falas retratam uma experiência comum nos hospitais, onde o profissional da equipe de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, psicanalista etc.) representa alguém com quem esse paciente teve algum tipo de experiência. Além dos sentimentos descritos, destaca-se a dinâmica implicada nesse contexto, segundo o ritmo com que se dão no dia a dia as condições para procura dos serviços de ambulatório e/ou de internação. É comum nesse ambiente a ocorrência de constantes registros de internações de pacientes que são usuários da instituição durante anos.

Na terminologia médica é frequente o uso dos termos “boa adesão” e “má adesão”. No primeiro caso, refere-se a pacientes que seguem as orientações dos profissionais de saúde; que seguem o correto uso dos medicamentos, que comparecem às consultas e exames agendados etc. O termo “má adesão” passa a ser utilizado quando o paciente não corresponde às prescrições de saúde descritas, ou se segue algumas e não consegue responder às demais. Em

alguns desses casos, o sistema imunológico é afetado pela não adesão ao tratamento, acarretando no sujeito sintomas que o tornam dependente de tratamento.

Independente se os termos mencionados fundamentam as razões para a busca de acolhimento e atendimento, o paciente do INI, ao retornar à instituição, reforça através de suas palavras o sentimento de contentamento que é o de ser atendido pela equipe de profissionais de saúde.

Interroga-se, neste ponto, que tipo de sentimento é esse que parece demandar no sujeito essa necessidade de cuidados. Seja devido a uma alteração no sistema imunológico, seja a solicitação da atenção da equipe de saúde, o sujeito que retorna ao Instituto Nacional de Infectologia parece estar marcado por uma necessidade de acolhimento, de atenção e de amor. Ao declarar elogios à instituição e aos seus integrantes demonstra transferir sentimentos afetuosos. A psicanálise denomina esse tipo de afeto em relação ao outro de *transferência*.

Desde os primórdios da fundação da psicanálise – final do século XIX – o fenômeno da transferência foi e continua sendo fundamental para o emprego da ciência do inconsciente em diversos campos, principalmente na clínica e nos hospitais. O conceito de transferência, ao fundar um modelo de investigação do inconsciente, possibilitou à psicanálise se inserir em outros contextos que não se restringem apenas à clínica e instituições hospitalares.

Freud, em *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* (1918), já manifestava seu desejo de expandir para além do consultório privado o conhecimento da psicanálise. Ao ressaltar a importância de seu uso no futuro, expressa o desejo de que a mesma pudesse estender seus serviços, incluindo aqueles pacientes que não dispunham de condições econômicas para enfrentar os custos de um tratamento privado. Segundo Freud (1918/1996, p.180):

Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-à de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como estas também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos [...]. Tais tratamentos serão gratuitos.

Sendo assim, a implicação da psicanálise nas instituições de saúde – públicas ou privadas – torna-se um fator importante para a inclusão das motivações inconscientes do sujeito que ali se encontra. Seja com o paciente ou com o profissional de saúde, a psicanálise, de Freud a Lacan, ganha espaço à medida que a medicina não consegue dar conta do mal-estar do sujeito, na medida em que a subjetividade é excluída pelo discurso médico. Moretto (2001,

p. 66) adverte, nesse sentido, que o discurso médico é direcionado na redução das desordens de natureza subjetiva e, por fim, procura integrá-las em sua filosofia e ritmo de trabalho. Mas, por outro lado, é visível para quem trabalha com o sujeito do inconsciente que esse tipo de discurso fracassa, e é desse fracasso inevitável que a Psicanálise ganha espaço nas instituições de saúde ou nos hospitais.

Na instituição hospitalar, ou seja, num local onde um corpo de profissionais é representado por diferentes modalidades de equipes e suas especializações (equipe multidisciplinar), o médico representa um saber que, de certa forma, se coloca a frente de outros saberes no poder de sugestibilidade e influência perante seus pacientes. Fomenta assim uma ampla relação entre o saber – liderado pela função médica – e um grande número de pacientes à procura de atenção para cura de seu mal-estar. Deixa aberta a possibilidade para que o sujeito procure nesse saber, através da via da transferência, a busca pelo amor, pela necessidade de se sentir amado onde acredita não se sentir. Nessa lógica, faz retornar uma dimensão de sua subjetividade diante da uma exclusão do saber médico.

Joel Birman (2010), ao expor sua análise do rompimento do discurso freudiano com a medicina, articula essa dinâmica entre o saber médico e a possibilidade do amor de transferência com a presença da psicanálise: “Assim, o fantasma do poder médico continuava a acossar Freud com a construção do dispositivo analítico, com a eclosão da experiência da transferência” (BIRMAN, 2010, p.36). É importante ressaltar que a transferência na área da saúde se dá num primeiro momento com a instituição, e posteriormente no contato contínuo entre paciente e profissional de saúde. De acordo com Nalli (2002) a singularidade da transferência na instituição hospitalar ocorre porque ela não se encontra endereçada ao analista, nem à equipe de saúde, mas antes de tudo à instituição.

Diante do exposto e das colocações feitas até aqui, observa-se que o fenômeno clínico da transferência é um fator presente no campo da saúde, destacando-se sua pertinência na relação do sujeito com a instituição hospitalar e o corpo de profissionais. Antes de situar a transferência no enredo das relações intersubjetivas que se constituem no dia a dia em um hospital, será indispensável examinar, nesta dissertação, seu conceito. Para o prosseguimento desse objetivo, será traçado um percurso histórico desde a fundação da psicanálise no final do século XIX quando Freud, ainda voltado para as técnicas da sugestão e catarse, se depara com o elemento da resistência no tratamento das pacientes histéricas. O conceito de resistência foi fundamental para o conhecimento do que viria a ser chamado mais tarde de transferência.

A transferência é um conceito primordial no âmbito da psicanálise. Sua dinâmica e impasses sofridos durante o período em que Freud propôs o abandono do método de

tratamento pelo uso da técnica da hipnose e do procedimento catártico são trabalhados a partir do primeiro capítulo desta dissertação, onde se tem a oportunidade de refletir acerca de sua origem. Acontecimento de extrema importância na ocasião foi o fato de Freud abordar seu amigo de publicação em conjunto da obra *Estudos sobre a histeria* (1893-1895), Dr. Joseph Breuer, por este decidir abandonar o tratamento com a jovem paciente histérica, Anna O. Esse episódio sinalizou a existência dos fenômenos da *transferência* e da *contratransferência*. Esse momento foi muito significativo para o surgimento da ciência do inconsciente, pois, a partir do uso do método da *associação livre*, Freud conseguiu perceber como o amor de transferência se constituía como base da relação entre analista e analisando. Ainda nesse capítulo, pode-se observar o quanto esse conceito foi abordado em diversas obras freudianas, e o destaque dado às formas, positiva e negativa.

Ainda no primeiro capítulo, é apresentada a forma como Lacan aborda a ideia de transferência em psicanálise. Parte do princípio de que o sujeito em análise visa a buscar respostas para seu mal-estar, depositando a suposição de que seu analista sabe sobre a origem de seu sintoma. É o “sujeito suposto saber”, termo crucial na visão lacaniana sobre a teoria da transferência elaborada por Freud. Importante frisar que o conceito de sujeito suposto saber é mencionado ao longo de todo o desenvolvimento desta dissertação, e não apenas neste capítulo. Outro ponto que merece destaque nesta sequência é a articulação entre o conceito de transferência com a busca de amor. Toma-se como ponto de partida a grande contribuição de Lacan à análise do *Banquete de Platão*, citado no Seminário 8 *a transferência* (1960-1961/2010) como breve exposição acerca da dialética entre o amor e a transferência, tendo como reflexo dessa relação o desejo do analista.

No segundo capítulo, começa-se a discorrer sobre a temática principal pela qual este trabalho se objetiva: a compreensão e reflexão, a partir da psicanálise, sobre o amor transferencial que o sujeito desenvolve com a equipe de saúde no hospital geral. Leva-se em conta, primeiramente, o vazio, a falta, a angústia, a sensação de desamparo que o paciente demonstra ao se dirigir à instituição hospitalar. O que o usuário desse ambiente aguarda ao ser atendido? – Esse é o principal questionamento que propõe este capítulo. Tem-se, a partir dessa indagação, um traçado histórico e uma rápida e curta reflexão a respeito do nascimento do hospital através da perspectiva de Michel Foucault em *A microfísica do poder* (1979). Dá-se a importância dessa análise como proposta de reflexão sobre a ideia que o sujeito tem do hospital, pontuando a transformação que a instituição sofreu ao longo dos anos.

A ideia de instituição, como uma forma de organização entre os homens e um grande sistema voltado para servir à sociedade, ganha valor através das teorias de Marlene Guirado

em *Psicanálise e análise do discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico* (1995), quando expõe a necessidade de que o sujeito acredite que, antes de toda criação de ideias e elaboração de conceitos, a instituição existe para lhe acolher e proteger. Desta forma, o segundo capítulo junta a fragilidade do sujeito acometido por um mal-estar físico e psicológico com a crença que tem na instituição hospitalar como uma entidade que simboliza uma figura de proteção e amor, mas também de autoridade.

Ao finalizar esse capítulo com o título “A transferência com a equipe de saúde”, abre-se a possibilidade para continuidade da investigação do amor de transferência que o paciente desenvolve no contexto hospitalar, mas por outro viés, direcionado aos integrantes do corpo de saúde do hospital. Esses profissionais, de alguma forma, representam para esse sujeito, pessoas que sabem sobre a sua dor, sobre a origem de seus sintomas. Esses profissionais, no dia a dia do hospital, acolhem o usuário ao cumprir protocolos previstos em normas e diretrizes da instituição, todas regidas pela estrutura interna do sistema de saúde. Ao traçar uma correspondência quanto à identificação entre o paciente e o profissional, é abordado na sequência deste capítulo o enfoque dado por Freud em *Psicologia das massas e análise do eu* (1921), ao tema da identificação. A interação agente de saúde e paciente é vista de forma intrínseca entre ambos, ao se priorizar o sentido que é dado ao desenvolvimento no psiquismo do sujeito. Os sentimentos de admiração, projetados no profissional, são o que dão forma e acabamento à ideia de fascinação ou servidão. Estes sentimentos, pelos quais Freud, à época de sua elaboração, articulou ao conceito de identificação do sujeito com o Eu do outro, são reportados ao agente de saúde, o qual, de certa forma, representa ser uma pessoa com certo grau de influência.

O segundo capítulo também articula o conceito de *acting out* à dinâmica da transferência fora do processo analítico. A importância desse conceito em psicanálise se dá no sentido de fazer uma associação entre a transferência e sua manifestação fora do consultório particular ou até mesmo fora do ambulatório (no interior do hospital). Seguindo esta linha de raciocínio, é construída uma forma de reflexão que tem como exemplo de ilustração o caso clínico Dora e a ênfase dada à cena da bofetada no Sr. K. conforme referência em *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905).

O terceiro capítulo versa sobre a relação da psicanálise com a medicina e a instituição hospitalar. Tem-se a oportunidade de observar o prosseguimento dado ao processo transferencial com a instituição e seus profissionais, mas com um olhar mais voltado à formação de processos de construção de saberes; estes, como dispositivos hegemônicos, sobrepondo-se ao desejo do sujeito. Destacam-se, nesse cenário, os discursos de exclusão da

subjetividade, produzidos a partir de um paradigma positivista de enaltecimento à ciência em sua base epistemológica.

Os desdobramentos que se seguem nesse capítulo denotam a noção de uma psicanálise implicada no interior do hospital. Não como um algo a mais de saber, não sendo essa a ideia erigida desde sua fundação, mas direcionada à necessidade de sua função voltada à escuta do sujeito. Sendo assim, os comentários de Joel Birman, acerca do rompimento do discurso freudiano com a medicina, dão início à ideia de uma articulação da psicanálise com o hospital. Segue-se nesse prolongamento as contribuições de Lacan quanto ao lugar ocupado pela psicanálise na medicina e os embates clínico-teóricos criados a partir de tal encontro.

As ideias arroladas a partir de constructos teóricos, como ética e desejo, são trabalhadas nessa última etapa da dissertação, pois a temática sobre psicanálise, medicina e hospital abrange uma versatilidade de questões que perpassam os profissionais de saúde e o paciente. Através dessa perspectiva, traçada a partir dos aspectos singulares do sujeito no hospital, as noções de contratransferência e desejo do analista ganham destaque, extraídos de interpretações de Lacan no *seminário, livro 6: O desejo e sua interpretação* (1958-59). O ouvir “bem dizer o sintoma” rouba a atenção nesse segmento, pois auxilia nos primeiros indícios e razões para entrada do psicanalista no hospital, trazendo em seu pensamento a intenção da inclusão da psicanálise como função a ocupar um espaço.

É discutido, ainda nessa etapa, questões relevantes às situações de emergência no hospital, quando o paciente, ao experimentar a sensação de desamparo mediante o diagnóstico de determinada doença, se vê à mercê do real e de sua clínica. A angústia, decorrente desse momento, ou seja, do real traumático para o sujeito, aponta para as situações de urgência, quando paciente e profissional, movidos por sensações desconhecidas para ambos, não conseguem denominar a intensidade de tais sentimentos.

Ao final do capítulo e do presente trabalho, as discussões sobre o manejo da transferência e razões e demandas para a inserção do psicanalista na equipe multiprofissional ganham relevo ao apontar a transferência como objeto que se produz como fator distinto entre o paciente e a equipe de saúde. Esta separação – do manejo como atributo essencial à intervenção do psicanalista, diferente da atuação de outros profissionais – dá o esclarecimento necessário para que se possa entender a finalidade a que se propõe o seu trabalho no hospital. Seu olhar e sua escuta, pautados na atenção aos sintomas do sujeito, através da transferência deslocada ao profissional, são apresentados como alternativas viáveis na consolidação dos fenômenos que decorrem da execução e planejamento de sua atuação.

1 A TRANSFERÊNCIA EM PSICANÁLISE

1.1 A transferência em sua origem

O conceito de transferência foi um elemento fundamental para a construção da teoria psicanalítica. Sua origem e descoberta remontam à pré-história da psicanálise, onde Freud já se via envolvido no tratamento da histeria e na prática da hipnose. A relação entre transferência e histeria foi primordial no desenvolvimento do novo modelo de tratamento do psiquismo no final do século XIX. Nesta linha de segmento, a técnica da hipnose foi pioneira no método de tratamento das pacientes históricas, tendo como precursor, o médico Jean Martim Charcot, com quem Freud estudou em Paris.

O método de sugestão pelo uso da palavra não o deixava totalmente convencido de sua eficácia, quando se deu conta da existência de uma resistência da paciente durante o tratamento. Com o abandono da hipnose, Freud inaugura o novo método de tratamento do psiquismo, no qual a transferência – citada pela primeira vez nos *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895/1996) – fundamenta a psicanálise como a ciência do inconsciente.

Ao teorizar sobre a cena de sedução na histeria, Freud mostrava-se preocupado com o trauma suposto por ele durante a infância de suas pacientes. Os relatos de vivências durante a infância pela histérica despertaram, no futuro fundador da psicanálise, a hipótese de que a fantasia produzida durante a cena de sedução teve um importante papel na etiologia das neuroses e na produção da histeria.

O método catártico desenvolvido por Breuer influenciou decisivamente a maneira como a hipnose era vista por Freud, pois este constatou que, durante a *livre associação de ideias* realizada pela paciente histérica, reviver a cena traumática não resolvia a problemática dos sintomas. Desta forma, ao se dar conta de que a hipnose ofuscava a resistência, resolve abandonar o método hipnótico e, ao se deparar com o fenômeno da transferência, ilustrado pelo clássico caso clínico Anna O., vem a inaugurar o método de tratamento do inconsciente.

Zimerman (2001) comenta que o tratamento de Anna O. com Joseph Breuer, que ocorreu entre 1880 a 1882, teve seu encerramento de forma “nebulosa”. Em uma das versões sobre o fim do tratamento, a esposa de Breuer, enciumada por causa dos cuidados que a jovem despertava em seu marido, resolveu pressioná-lo a encerrar o trabalho, lhe propondo fazerem uma viagem para uma segunda lua-de-mel.

Com relação a esta versão, Garcia-Roza (2002) comenta que Breuer, ao se dar conta dos ciúmes de sua esposa, ficou constrangido e resolveu encerrar o caso Anna O., que, ao receber esta notícia, apresentou uma “nova crise”. Breuer é chamado e presencia uma de suas crises histéricas. A paciente apresentava contrações abdominais, contrações estas relacionadas a um tipo de parto histérico, onde diz: “agora chega o filho de Breuer”. Seu médico não percebeu a carga de conteúdo sexual que envolvia a paciente e ele. Este conteúdo sexual era inconsciente e rejeitado por ambos, o que leva ao término do tratamento, sendo, então, os fenômenos da transferência por isso responsáveis.

Este caso sinaliza na transferência uma cota erótica da paciente para com seu médico. É assim que Maurano (2006) retoma a conceituação psicanalítica de transferência como demanda de amor. Ao apontar Breuer como pai de seu filho, Anna O. transfere conteúdos inconscientes como forma de se sentir amada pelo médico. A autora, ainda com relação à análise de transferência, sinaliza que este é o método que introduz a psicanálise, e afirma que é o que institui a diferença-chave entre a ciência do inconsciente e outros métodos anteriores utilizados por Freud, tais como a hipnose e o método catártico. Ao citar a transferência, dá ênfase ao amor, retomando o que Freud afirmou sobre a atuação de um investimento afetivo do paciente dirigido à pessoa do analista, através do qual são atualizadas experiências infantis. Segundo essa autora, é pelo exemplo deste relato clínico sobre Anna O. e o fato de ter se apaixonado pelo seu médico que Freud teve a pista do que viria ser conceituado como *transferência*.

No contato com o médico, uma série de fantasias é automaticamente despertada e ganha novas versões. O traço característico consiste na substituição do afeto por uma pessoa importante na vida do sujeito, pela pessoa do médico, que funcionará como intérprete disso que está sendo lembrado em ato, ou seja, atuado pelo paciente. Sendo assim, a designação de médico perde o sentido, para ser substituída pela de analista. Trata-se na transferência de uma presença do passado, mas que é uma presença em ato (MAURANO, 2006, p.16).

1.2 A transferência segundo Freud

Freud afirmou, pela primeira vez, a existência da transferência de conteúdos inconscientes à figura do médico na parte IV de *Estudos sobre a histeria* (1893-1895/1996). Foi observada por ele durante suas análises com as pacientes histéricas. Este fenômeno clínico foi observado ao perceber que, durante o processo em análise, algumas dessas pacientes nutriam por ele certo tipo de afeto e desejo, sentimentos incompatíveis na relação entre médico e paciente.

Ao teorizar sobre as dificuldades encontradas na análise, se refere à transferência como a pior forma de resistência. Passa a considerar este mecanismo inconsciente como um enigma, pois afirma que, na análise, ela surge como a forma de resistência mais poderosa. Segundo o criador da psicanálise, essa resistência é sinal de uma perturbação na relação entre o médico e seu paciente, o que revela a existência da transferência entre ambos.

Em *A dinâmica da transferência* (1912/1996) Freud deixa claro que, no momento da transferência do paciente com o médico, ocorre uma associação desse momento atual com momentos vividos com os protótipos infantis (relação com os pais).

Nessa mesma obra, deixa claro o trabalho e a forma do desenvolvimento da transferência, ressaltando a sua relação com a libido, com as formas positiva e negativa com que se apresenta durante o contato entre as pessoas e o lugar que ocupa como trabalho de resistência.

Segundo Freud, a transferência positiva é aquela que se divide através de sentimentos amistosos ou afetuosos, sendo admissíveis à consciência, e que também se prolonga até o inconsciente. Este tipo de transferência associa-se a vínculos puramente sexuais, os quais se traduzem por relações emocionais de simpatia, amizade, confiança e sentimentos similares. Em relação à transferência negativa, vê-se o oposto, ou seja, a natureza de sentimentos hostis presente na relação entre as pessoas. Interessante notar que, para Freud, essa transferência é muito comum nas instituições. Afirma que o paciente, ao manifestar uma transferência negativa no contexto institucional, se afasta desse ambiente num estado físico e emocional agravado pelos seus sintomas e, dessa forma, não sofre qualquer tipo de alteração.

Ao comentar sobre a intensidade que a libido mantém com a transferência, procura salientar que este tipo de energia pulsional sofre um desvio do consciente para o inconsciente. Aponta os efeitos que resultam da associação entre a libido e a busca pela sensação de se sentir amado. Segundo esse autor:

Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontra com ideias libidinais antecipadas; e é bastante provável que ambas as partes de sua libido, tanto a parte que é capaz de se tornar consciente quanto a inconsciente, tenham sua cota na formação dessa atitude (FREUD, 1912/1996, p. 112).

Além de teorizar sobre o conceito de transferência, associando às suas formas positiva e negativa e seu emprego com a libido, na obra *A dinâmica da transferência* (1912), Freud aborda este fenômeno em psicanálise através de diversos trabalhos, como em *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914), *Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise* (1916/1917), *Interpretação de Sonhos* (1900) dentre outros.

Em *Observações sobre o amor transferencial* (1915) – outro trabalho de Freud abordando esse tema – trabalha o conceito de transferência a partir daquilo que denomina de “Amor Transferencial” ou “Amor de Transferência”, direcionando este acontecimento na clínica ao sentimento de enamoramento que a paciente demonstra em relação à figura do médico. Freud deixa claro nessa obra que o manejo da transferência é fundamental para que uma análise possa prosseguir adiante.

Observa-se assim que a necessidade de se sentir amado que alguns pacientes demonstram em análise é um dos pontos para a compreensão e o entendimento na estruturação da transferência na clínica da psicanálise. Freud teve o insight necessário ao observar a transferência de afetos por parte de suas pacientes dirigida à figura do médico. Era nítido para ele que o que ocorria com as pacientes histéricas era o fato de que elas representavam na transferência vivências passadas para o momento presente. Eram novas relações que tinham como origem experiências antigas, já vivenciadas desde a infância.

Durante a análise dessas jovens pacientes, o fundador da ciência do inconsciente, testemunha, à luz da compreensão psicanalítica, que a transferência não se manifesta somente de afetos, mas do deslocamento para a pessoa do médico ou do analista de todas as suas relações objetais, tornando o analista e/ou médico alguém que suporta essas relações ocupando o lugar de objeto.

Em *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1901-1905/1996, p.111) Freud define a transferência (transferências no plural, inicialmente utilizado por ele) como novas reedições de vivências passadas atualizadas no momento presente. De acordo com a formulação e elaboração de sua teoria:

Transferências são reedições, reduções das reações e fantasias que durante o avanço da análise, costumam despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévias é revivida, não como algo do passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas são simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação do seu conteúdo, uma sublimação. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões.

Na Conferência XXVII, *A transferência* (1916-1917/1996), Freud procura demonstrar em detalhes a forma como as resistências desenvolvem-se a partir do material recalcado no inconsciente tornando-se um grande obstáculo ao trabalho de análise (o que denominou como transferência). Ao fazer uma correspondência entre a transferência e a resistência, considera-a como um problema, indagando-se sobre o porquê deste conteúdo inconsciente se manifestar como um impedimento ao trabalho de análise. Estabelece uma associação ao conceito de

introversão de Jung onde, no indivíduo neurótico, a parte da consciência que se encontra dirigida para a realidade passa a ser diminuída, e a parte que se dirige ao inconsciente é aumentada. Afirma, assim, que a libido entra em um regime regressivo revivendo as imagens parentais infantis, caracterizando seu conceito de transferência.

1.3 Lacan e o Sujeito Suposto Saber

No seminário livro 9: *a identificação*, Lacan (1961-1962/2003) declara que a transferência é representada na relação com o *Sujeito Suposto Saber*. Na relação analítica o analista é colocado na posição de quem sabe algo, não necessariamente sobre o sujeito em análise, mas sobre seu sintoma. De acordo com Maurano (2006), Lacan chama a esse sujeito que sabe de Outro, que funciona como referência para a organização subjetiva, tecida pelo acesso à linguagem. É essa suposição de um Saber no Outro que Lacan toma como ponto de partida da transferência. Moura (2000), ao adotar como referencial as teorias lacanianas, afirma que sabemos que o sujeito só fala para alguém que escuta, e na psicanálise é em torno do Sujeito Suposto Saber que a transferência tem lugar.

Na busca por esse saber representado na figura do analista, sobre seu sintoma, o analisando embarca em sua própria crença ficcional e procura por respostas ao mal-estar que se manifesta como um conjunto de queixas, reclamações, lamentações etc. Ao mesmo tempo em que expõe aquilo que reporta a um real traumático, deposita todo o interesse e confiança naquele que representa ser o solucionador de seus problemas.

Neste sentido, se faz necessário tecer algumas considerações acerca do par *amor e transferência*, com vistas à análise do significado deste conceito em psicanálise através de uma perspectiva laciana. Para Lacan (1956-1957/1995) o objeto de desejo do sujeito do inconsciente é sempre faltoso. Se em Freud o sujeito sofre pela angústia de castração, a falta ou o objeto a na obra laciana é formalizado através de um enunciado onde o sujeito não se reconhece como ser desejante desse objeto. É esse vazio que o sujeito não consegue se dar conta de que deseja; deseja, mas de forma mascarada, através dos sintomas que encobrem o real.

É no lidar com essa ausência de completude, com esse saber não reconhecido, que o sujeito sofre, se angustia e fica à mercê de seus sintomas. Na tentativa de saber o porquê, de encontrar respostas para o enfrentamento de suas perguntas, ele cria a possibilidade do encontro com o Outro, com o Sujeito do Inconsciente.

Nesse encontro – da busca de um saber sobre o seu sofrimento – é que o fenômeno da transferência pode surgir encarnado na série de sintomas manifestados pelo sujeito durante a análise. Segundo Maurano (2006, p. 27), a transferência ocupa o lugar do sintoma e é endereçada ao analista estando vinculada a um saber que venha sustentar esse sintoma.

Portanto, a transferência do ponto de vista laciano remete-se à suposição de que o analista sabe – não sobre o sujeito – mas sobre o seu sintoma. É nesse ponto que a repetição do sintoma emerge sinalizando uma cota de transferência, e, assim, viabilizando o trabalho em análise para se chegar a um saber. Maurano (2006, p. 28) afirma que, na repetição do encontro com a falta e com o fracasso na realização de desejos infantis, é que se dá a possibilidade do trabalho do analista mediante a atuação da transferência.

Sendo assim, a busca por respostas pelo viés da transferência na clínica do Sujeito Suposto Saber sinaliza a necessidade do neurótico de completar o vazio que promove a angústia, a necessidade de se sentir amado. Na busca desse amor, o paciente repete em ato, através da transferência com seu analista, a busca por suprir a falta do objeto perdido. Para Maurano (2006, p. 28) a transferência aposta na possibilidade de que existia um saber que dará conta desse vazio representado no encontro perfeito na relação do sujeito com o Outro. O encontro com o Outro, e o crédito dado a ele, resulta no amor.

Vê-se que o amor é um elemento fundamental para a reflexão e compreensão do fenômeno da transferência em psicanálise, tanto em Freud como em Lacan. Este último, no seminário livro 8: *a transferência* (1960-1961/2010), recorre ao *Banquete de Platão* ao refletir sobre a origem do amor. Segundo sua análise, o amor, visto através de uma perspectiva filosófica em Platão, serve como um viés que demarca o conceito de transferência visto de outra forma, por outra perspectiva. Em seu discurso busca sinalizar a intensidade com que se fala nesta obra sobre o amor tendo como objetivo chegar à origem do conceito de transferência: “Ora, se desde o início do ano não faço outra coisa senão fazê-los prosseguir nos detalhes do movimento do *Banquete de Platão*, onde só se trata de amor, é, bem evidentemente, para introduzi-los à transferência por outro lado” (LACAN, 1960-1961/ 2010, p. 217).

Para Maurano (2006, p. 39), Lacan remete-se à obra escrita por Platão no intuito de abordar uma dimensão do amor que diz respeito ao desejo do analista. Afirma que o objetivo do Banquete é a extensão do elogio ao amor comentado pelos seus personagens, como, por exemplo, Aristófanes. Em seu discurso, Aristófanes deixa clara a ideia de busca da metade de si mesmo como definição do amor através de um dos diversos mitos contados nos discursos.

Aristófanes refere-se ao mito dos seres inteiriços, fazendo uma correlação entre a origem dos humanos e a origem do amor. Diz que esses seres, por serem muito ágeis em função de suas quatro pernas, quatro braços, uma só cabeça, mas duas faces, dois sexos, e serem extremamente ousados, foram castigados por Zeus e cortados ao meio como sardinhas, tornando-se ávidos por reencontrarem as metades perdidas. O que justificaria expressões usualmente utilizadas para as expectativas amorosas, como encontrar a cara-metade, ou outros indicativos do “de dois fazer um” (MAURANO, 2006, p. 42).

Ao abordar o amor como condição base para a formação da transferência em análise cria-se a possibilidade para o saber lidar com ela através de seu manejo, ou seja, o manejo da transferência. Pois se o amor é um elemento reducionista de “dois fazer um”, conforme mencionado por Aristófanes no *Banquete de Platão*, cabe ao analista se valer do manejo da transferência. Nesse enredo do cenário psicanalítico, o amor dirigido ao Sujeito Suposto Saber instaura alternativas para que o analista possa operar através de seu desejo. Para Maurano (2006, p.42), a transferência é o modo que a *poiesis* psicanalítica (forma peculiar de produção que é esperada no tratamento sustentado pelo desejo do analista) utiliza o amor como condição de transporte “do que quer que seja do ser ao não ser”.

2 A TRANSFERÊNCIA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

2.1 A fragilidade do sujeito diante da busca pelo saber

Ao procurar por atendimento em uma unidade hospitalar, o que o paciente imagina, espera e anseia além do alívio de seu mal-estar? O que o faz ir além de um atendimento que priorize a cura de seus sintomas físicos (por exemplo, aquele paciente que fala incessantemente durante uma consulta médica)? É natural que a pessoa, ao sentir dor em alguma região do corpo, espere além da medicação para sua cura, a resposta para a origem de seu incômodo, pois deposita no profissional de saúde que o atende, confiança em alguém que supõe saber sobre sua dor. Nota-se que, a partir dessa expectativa, desenvolve-se, não somente uma espécie de movimento em busca de saber sobre o sintoma, mas de vínculos afetivos, ou seja, vínculos transferenciais durante o processo de acompanhamento e tratamento.

É fato que o sujeito acometido por uma doença ou por qualquer forma de mal-estar físico e psíquico, anseia, ao ser recebido, que sejam atendidas suas necessidades mais urgentes, como o alívio para a dor e respostas relacionadas às suas queixas. O sujeito, assim, diante de sua fragilidade, como alguém que porta um determinado tipo de enfermidade de natureza orgânica, aguarda com ansiedade, expondo, por vezes, traços de sua subjetividade. Essa subjetividade passa a ser marcada pela doença, não somente física, mas também psíquica. Seu psiquismo expressa, juntamente com seu corpo, o mal-estar que vive em função de perdas simbólicas. Elias (2008, p.07) associa esse momento às demandas do paciente em relação à figura do médico:

Composto por pessoas com demanda de tratamento orgânico, cuja existência é pautada no sofrimento, suas angústias e demandas transcendem o biológico, embora, algumas vezes, por falta de alternativa, são nomeadas no corpo e, como consequência natural, endereçadas ao médico.

Esse fato é fácil de observar por ocasião da chegada de um paciente acompanhado de sua família em um hospital. A angústia que sente perante o resultado de um diagnóstico de doença grave, por exemplo, expõe, não somente esse sujeito, mas aqueles que o acompanham durante a consulta.

Essas circunstâncias decorrentes dos atendimentos pela equipe de saúde e comuns nas instituições hospitalares, de certa forma, aproximam cada vez mais o sujeito do campo do real, designando aqui aquilo que é insuportável de suportar, conforme Lacan aponta em *O*

Simbólico, o Imaginário e o Real (1953/2005). Não consegue nomear sentimentos que lhe são estranhos, de características mais singulares. Peralva (2008), ao se referir a esse momento como uma urgência para o paciente, afirma que o mesmo passa a se sentir destituído de todas as referências que o apoiam enquanto sujeito.

Entende-se, então, que diante da fragilidade e insegurança como sensações experimentadas no interior de um hospital, o indivíduo procura minimizar os impactos sentidos por razão do caos que se desenvolve em seus pensamentos, transferindo sua angústia ao profissional de saúde. Portanto, ao se aproximar de seu médico, como profissional da saúde naquele ambiente, é natural que ele represente, em si, uma figura importante, qual, segundo o seu modo de pensar, solucionará através do conhecimento que tem o seu mal-estar. “Diante da urgência orgânica surge a urgência psíquica” (PERALVA, 2008).

Nesse contexto em que a dor no organismo humano sinaliza ao outro o sofrimento que o paciente experimenta por ocasião de sua procura a um atendimento clínico hospitalar, convém salientar que antes de um mal-estar psíquico, o sujeito traz o seu corpo, que, para a medicina, se constitui como objeto de trabalho. Vale supor que o componente subjetivo parece não ganhar espaço para suas manifestações, pois o discurso médico impera sobre a fala, priorizando esse corpo com suas marcas e sequelas. Conforme Vasconcelos e Cols. (2004, p.140):

Os corpos são tomados como objetos, são mexidos e recortados, pois a finalidade do saber médico não é o sujeito e sua história, mas a parte doente, seu braço, seu estômago, por exemplo, enquanto investigada. Estes corpos são desapropriados de opinarem sobre suas problemáticas de forma singular, seus discursos são podados, já que os olhares estão voltados para a parte do corpo que interessa aos saberes. É uma prática que subjuga os corpos, que menospreza o sofrido processo de adoecer, que está interessada em dominar os corpos, tomá-los impotentes.

Durante esse percurso pelo qual o paciente demonstra sua insegurança e fragilidade diante daquilo que o profissional da área de saúde, principalmente o médico não inclui, observa-se que o sujeito e a relação com seu desejo permanecem ausentes no processo de escuta e acolhimento, pois sua subjetividade passa a ser excluída. Cria-se dessa forma um espaço para a inserção da psicanálise no contexto hospitalar, tema que será abordado no próximo capítulo desta dissertação.

A partir da relação da falta com seu desejo, o sujeito se põe a mercê de seus sintomas, e não conseguindo simbolizar em palavras aquilo que lhe é desconhecido e que invade seu psiquismo, cria a imagem ideal de pessoas que, segundo suas ideias e pensamentos, sabem sobre a dor da qual convive no dia a dia. Desta forma, externa junto ao profissional de saúde, seja o médico, enfermeiro, psicólogo, sua demanda, criando possibilidades para que um

desses possa escutar o que tem para falar, podendo revelar conteúdos importantes de seu inconsciente.

A subjetividade do paciente no hospital passa a ser vista desta forma, ou seja, da sua relação com seu eu, que aponta para um sujeito frágil na direção daquele profissional que se dispõe a acolhê-lo. Se esse se dispõe a escutar, antes de olhar apenas para um corpo marcado pela doença, entramos no campo situado por Elias (2008, p.08):

A hospitalização caracteriza-se também como um momento de contato mais próximo com o sofrimento ou a dor e, por isso, favorece uma situação propícia para a implicação do sujeito com a sua subjetividade, possibilitando uma abertura para a escuta do inconsciente se o profissional se colocar na posição de desejar escutar, ainda que a busca principal seja da cura da enfermidade inscrita no corpo biológico.

2.2 O amor transferencial com a instituição hospitalar

O sentimento de angústia não é a única sensação experimentada por alguém que busca por ajuda no espaço hospitalar. Nesse caso, devem-se levar em conta os possíveis prognósticos e diagnósticos emitidos pelos profissionais que ali atuam, além da forma como recebem seus pacientes durante uma consulta. Por outro lado, tem-se, às vezes, a expressão de contentamento e otimismo por parte de alguns por ocasião desse encontro, que antes deixam manifestar um comportamento que se traduz por encanto e alegria.

Mas de que forma se originam estes tipos de sensações? Por que, e por quais motivos o hospital desperta em algumas pessoas essa diversidade de sentimentos? Antes de prosseguir, se faz necessário refletir um pouco sobre a história do hospital e o que ele representa para a sociedade atual.

Pensar sobre o que é o hospital hoje em dia e como ele se desenvolveu ao longo dos tempos implica em proceder a uma análise de sua finalidade e de sua trajetória através de um percurso sócio-histórico. Segundo Moreira e Levi (2009), o hospital é um lugar amplo e cheio de vida, mas que, ao mesmo tempo, não deixa de ser um espaço árido que contém as contradições e ambivalências da condição humana num meio em que a vida e a morte se misturam representados pela dor e pelo sofrimento para aqueles que vivem essa experiência. Ravello e Farias (2012) afirmam que no hospital se lida com o sofrimento que se origina no corpo, remetendo-se a Freud (1930) quando ele menciona que existem três fontes de sofrimento humano: as que provêm do corpo, das relações intersubjetivas e as do mundo externo, enfatizando que as relações entre as pessoas são as que geram mais desprazer. Ressaltam, entretanto, que apesar do hospital, como instituição social, ser um espaço

constituído pelas relações humanas, prioriza um discurso que se volta para o corpo. É interessante procurar entender como foi que através da história o discurso médico se ocupou do corpo no contexto hospitalar.

Foucault (1979) afirma que o hospital como projeto terapêutico surge a partir de 1780, no século XVIII, na Europa. Já o hospital na Europa da Idade Média era visto como uma instituição de assistência à classe carente, onde o pobre era o centro das atenções da instituição e não a doença: “O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso” (FOUCAULT, 1979, p.59). Deve-se observar quando se deu a transformação da representação do hospital como uma instituição direcionada ao indivíduo para o hospital voltado para uma sociedade coletiva. Foucault deixa claro que, a partir do advento do capitalismo no final do século XVIII e no início do século XIX, a medicina, com seu status de ciência, dá início a uma forma de desenvolvimento de uma medicina coletiva, onde o regime capitalista, com seus discursos, torna o corpo como objeto de produção e de trabalho.

Outro ponto a considerar nesse período histórico da formação do hospital como instrumento terapêutico é tentar entender como o discurso médico se voltou para seu público. Segundo Foucault (1979, p.70):

Nessa época ainda, anterior ao capitalismo, a experiência hospitalar estava excluída da formação médica. Os médicos improvisados e os empíricos tinham uma formação e uma experiência insuficientes e isso gerava muitos desastres. “O público é vítima de uma multidão de indivíduos pouco instruídos que, por sua autoridade, se erigem em mestres da arte, distribuem remédios ao acaso e comprometem a existência de milhares de cidadãos”.

Com o intuito de evitar prejudicar de forma intensa a população que buscava por ajuda médica, estabeleceu-se uma comissão de controle que praticava o ensino para o profissional médico a partir do retorno à clínica médica. De acordo com Foucault (1979), o “hospital médico” nasce a partir dessa reorganização no interior da instituição, onde a prática ocorria com a intenção de excluir os efeitos nocivos como doenças, sujeiras, desordens etc. ao mesmo tempo em que os corpos eram disciplinados. É através da mudança do olhar médico e da disciplinarização dos corpos que, segundo Foucault, nasce o hospital voltado para a cura de seus pacientes. Foi nesse momento que o profissional de medicina começou a ganhar destaque.

A análise da criação do hospital direcionado à cura do paciente, do ponto de vista de Foucault, só ganha ênfase nesta dissertação com a finalidade de se buscar entender como foi que a prática médica e a instituição hospitalar ganharam relevância para que, hoje em dia

viessem a se constituir na sua forma atual. Nessa, temos um local e uma atividade de trabalho que contêm em seu interior uma relação estabelecida entre médico e/ou profissional de saúde, hospital e o paciente.

Diante dessa exposição, a partir de uma breve leitura de *O nascimento do hospital em A microfísica do poder* (1979), deve-se considerar para fins deste estudo que o hospital e o que ele representa, hoje, para a sociedade passam a ter um valor simbólico bastante significativo, à medida que o sujeito produz em si a expectativa de ser recebido e acolhido. Produz-se, assim, a ideia de que o hospital é uma entidade voltada para a demanda de cuidados e tratamento da saúde de ordem orgânica e psíquica. Deve-se ressaltar, todavia, que o hospital, como parte integrante do Sistema de Saúde e com suas Políticas Públicas, antes de tudo, existe para prestar serviços destinados à saúde do povo. Mas essa afirmação não deixa de apresentar um valor superficial em seu enunciado, carecendo de um aprofundamento e análise. Surge, então, a seguinte indagação: de que forma a instituição “hospital” se associa à ideia de uma instituição de saúde que se destina aos cuidados da saúde coletiva levando em consideração o modo de pensar do indivíduo e a relação com o seu meio? Cedaro (2008) auxilia nesta questão, afirmando que as instituições se manifestam como agentes diretos na estruturação da subjetividade de cada um, pois, de acordo com sua finalidade, elas criam regras de convívio entre as pessoas, que, de certa forma, são ou não aceitáveis. Segundo esse autor, as instituições como ideias produzidas na ordem da subjetividade, estão presentes em nossas vidas desde o nascimento até a morte.

Como o outro, a instituição precede o indivíduo e o introduz na ordem de sua subjetividade predispondo as estruturas da simbolização: pela apresentação da lei, pela introdução na linguagem articulada, pela disposição e pelos procedimentos de aquisição dos referenciais identificatórios (KAÜES, 1991 apud CEDARO, 2008).

Após essa exposição, fica claro que as instituições têm um valor simbólico de grande importância na vida de cada um, aproximando o imaginário do sujeito à referência daquilo que elas representam, pois são nelas que o sujeito se ancora, visando a algum ganho, como a sensação de proteção. Cedaro (2008), ao comentar sobre a visão de instituição de Jose Bleger em sua obra *Psico-higiene e psicologia institucional* (1984), resalta a tendência do ser humano de ir ao encontro das instituições, sendo estas percebidas como entidades mantenedoras de segurança, identidade e inclusão social. Reafirma, assim, a característica primordial que faz com que elas se mantenham como entidades protetoras, enfatizando que as mesmas oferecem os devidos cuidados para aqueles que estão vivenciando algum tipo de doença ou de outro tipo de sofrimento. Complementa seu raciocínio pontuando que o sujeito

que se encontra desamparado demonstra uma intensidade maior ao externar o amor de transferência com a instituição. Mas falar de instituição e do vínculo transferencial que o sujeito desenvolve com a mesma, suscita a possibilidade de articular essa dualidade de termos no campo da psicanálise e, por conseguinte, à transferência realizada em direção à instituição hospitalar.

A dialética entre transferência e instituição ganha sentido nas palavras de Guirado (1997), quando define o que é a instituição mediante sua *leitura institucional*¹. Segundo a autora, a instituição funciona como um conjunto de regras que foi internalizado pelo homem em sua organização psíquica com a sociedade.

Instituição será aqui entendida como um conjunto de práticas que se repetem e que, enquanto se repetem, legitimam-se; sendo a legitimação uma espécie de naturalização daquilo que é instituído. Em algum momento da história e para dar conta de certas necessidades e urgências sociais, os homens foram se organizando de determinada forma, e essa forma de organização ou de relação vai-se perpetuando; são as instituições. Tendemos a dizer, em meio à reprodução das relações e exatamente porque desconhecemos sua origem, que as relações são assim por natureza', não as consideramos como instituídas e sim, como se tivessem sido criadas por Deus\ Tal legitimação acontece por um efeito de reconhecimento das práticas como as únicas possíveis e um desconhecimento de outras modalidades de relação, sendo a representação esse efeito de reconhecimento/desconhecimento: nós nos representamos pelas relações que fazemos e assim fica garantida a naturalização das práticas institucionais (GUIRADO, 1997).

A relação do sujeito com a instituição, antes do ganho do significado de uma ideia instituída, parece ser unívoca, ou seja, não tendo ainda o sentido de uma entidade organizada pelo próprio homem, centraliza-se na ideia de ancoramento do sujeito em sua própria noção da imagem que ela representa no espaço social. De certa forma, a crença produzida a partir de uma expectativa em relação à instituição hospitalar, por exemplo, ganha valor à medida que o sujeito se sente protegido por ela.

A partir de então, é válido afirmar que a procura de atendimento em um hospital geral – visto como instituição hospitalar –, passa a ser guiada pela necessidade de segurança e atenção, ao mesmo tempo em que outros componentes da subjetividade do indivíduo não ficam excluídos, como a busca da sensação de se sentir amado. Constrói-se, assim, uma lógica a favor da associação entre a transferência, que não se cala diante das fantasias do sujeito, em relação ao cenário hospitalar.

¹ Guirado (1997) denomina leitura institucional e, às vezes, de análise de discurso, essa modalidade de trabalho. Os dois nomes, porém, são indevidos: ou porque tem que ser retirados do sentido habitual ente atribuído a eles, como é o caso do termo institucional, em geral entendido como estudo de organizações públicas de promoção social, saúde e educação, ou empresas privadas; ou porque se encontram muito próximos de outra área do conhecimento, já constituída e que não é exatamente aquela em que produzimos como é o caso da Análise do Discurso, disciplina ligada à Linguística, com princípios e objetos específicos e diferentes dos nossos.

Guirado (1995) reitera essa assertiva destacando que, nessa procura pela unidade institucional, já se tem estabelecida a relação de transferência do usuário com a instituição, pois, antes do atendimento com a equipe de saúde, o paciente já se vê como um cliente desse contexto. Neste sentido, já se tem condições para responder às questões indagadas no início deste capítulo acerca dos sentimentos que ora se manifestam por ocasião da chegada do sujeito no ambiente hospitalar. O fato de alguns usuários enaltecem esse espaço relaciona-se com as manifestações transferenciais, que, conforme se viu até aqui, já fazem parte da singularidade de cada um. Não se trata de considerar apenas a transferência com o médico ou com o analista, semelhante ao atendimento nos consultórios, tampouco com o profissional de saúde, mas do vínculo transferencial que surge com o hospital num primeiro momento de contato do paciente com o mesmo. Deste modo, antes do início do processo de acolhimento e tratamento do indivíduo, a transferência realizada com a instituição hospitalar é intrinsecamente presente, pois a singularidade como traço marcante a partir desse momento emerge em cada sujeito criando a imagem que tem do hospital como uma figura de autoridade em sua vida.

No hospital, isso também acontece na medida em que a instituição traz uma representação simbólica, como detentora de uma Lei. Em alguns casos, isso pode representar para alguns, simbolicamente, a ideia de uma mãe acolhedora (ou mesmo perseguidora), e talvez isso justifique o aparecimento da transferência inicial (NALI, 2002, p.4).

2.3 A transferência com a equipe de saúde

Assim, o mito é o passo com o qual o indivíduo emerge da psicologia de massa. O primeiro mito foi certamente o psicológico, o mito do herói; o mito explicativo da natureza deve tê-lo seguido muito depois. O poeta que dera esse passo, com isso libertando-se do grupo em sua imaginação, é, não obstante (como Rank observa ainda), capaz de encontrar seu caminho de volta a massa na realidade – porque ele vai e relata as façanhas do herói, desce ao nível da realidade e eleva seus ouvintes ao nível da imaginação. Seus ouvintes, porém, entendem o poeta e, em virtude de terem a mesma relação de anseio pelo pai primevo, podem identificar-se com o herói (HANNIS SACHS, 1920)².

Ao ser recebido em um hospital geral, o indivíduo passa por um processo de acolhimento, conforme visto anteriormente. Se vê, assim, submetido junto ao seu médico, enfermeiro, psicólogo etc. a uma bateria de perguntas (anamnese), com exames que visam à detecção de alguma enfermidade orgânica.

² Fragmento de texto do capítulo XII (Pós-escrito) de *Psicologia das massas e análise do eu* (1921) onde Freud faz alusão ao poema do escritor e poeta Hannis Sachs (1494-1576) ao ser referir ao mito do poeta e do herói dos contos de fadas na análise do mito científico do pai da horda primeva. Freud faz essa correspondência para especificar o ponto do desenvolvimento mental da humanidade em que a passagem da psicologia de massa para a psicologia individual foi também alcançada.

Outro fato observado também foi a sensação de desamparo diante da intensidade de sensações que o sujeito vivencia nessa ocasião. O medo, o torpor, a inibição, o constrangimento, a insegurança, dentre outros. O real traumático do sujeito traduz esses adjetivos pela angústia frente à marca da doença da qual se vê acometido.

Essas experiências resultam, no contato com o profissional de saúde, na autorização para que ele venha a lançar mão de uma ferramenta que todos dispõem nesse contexto: a capacidade de escutar, de ouvir. Diferentemente do psicólogo ou do psicanalista, qualquer outro profissional desse ambiente tem a oportunidade de estar de frente para alguém que, em razão de seu sofrimento, deseja simplesmente falar. O fato do médico, por exemplo, objetivar a cura da doença e não conseguir formar condições para compreensão daquilo que o sujeito tem para lhe dizer sobre aspectos relativos à sua subjetividade, não o exime de ouvir o que o paciente lhe demanda.

Ao demonstrar seus sintomas, o paciente abre a possibilidade para poder falar de si, projetando pela via da transferência o pedido para que alguém possa escutá-lo. Dessa forma, ao ser questionado sobre aquilo que lhe causa dor, sugere ao seu entrevistador (qualquer agente de saúde) o desejo de saber; saber não sobre ele, mas sobre aquilo que lhe incomoda.

A necessidade de conhecer o que lhe inflige sofrimento, tanto psíquico como físico, fomenta no indivíduo acometido pela doença sentimentos e padrões de comportamentos em direção àquele que lhe acompanha durante o processo de tratamento. Basta estar uniformizado com jaleco branco, sem realmente estar discriminada a inscrição de seu nome ou sua função, que o membro da equipe de saúde consegue despertar no paciente ideias a respeito de alguém que sabe perfeitamente sobre a natureza de suas queixas. Essas lamentações, ao se voltarem para este profissional, revestido fisicamente com uma peça de tecido de algodão de cor branca, formam uma ideia ficcional sobre alguém como “detentor do saber da doença, do mal-estar; da dor”.

Nesse encontro, abre-se o caminho para que o Sujeito Suposto Saber domine o cenário, espaço esse idealizado pelo sujeito em busca de respostas para aquilo que deseja saber, sem perceber que lhe falta, que lhe escapa. O Sujeito Suposto Saber, idealizado no imaginário do sujeito, reflete em seu psiquismo alguém que é importante. O paciente se torna capaz de lhe atribuir uma série de qualidades, como, “o doutor é um deus para mim”; “aquela enfermeira é muito legal, parece a minha mãe me tratando”; “doutora, a senhora é muito bonita”.

Esses elogios funcionam como subterfúgio para caracterizar o que Freud chamou de transferência positiva em sua obra *A dinâmica da transferência* (1912). Vê-se que os sentimentos amistosos dirigidos à figura desse tipo de profissional em uma instituição de

saúde funcionam como atributos necessários para que o paciente acredite suprir a falta de se sentir amado, conforme foi discutido no primeiro capítulo deste trabalho.

Alguns autores associam esse momento do encontro do paciente com estes profissionais como momentos repletos de magia, como se esses “detentores do saber” pudessem assumir a forma de deuses em seu imaginário. Cedaro (2008), ao descrever a relação entre a transferência que o paciente desenvolve com a equipe de saúde nos hospitais, afirma que o usuário desse tipo de instituição eleva seus integrantes a seres dotados de poderes mágicos.

A tendência, em função disso, é transferir às pessoas que trabalham nessas instituições a mesma concepção de divindade. Estas pessoas, médicos, psicólogos, enfermeiros etc., passam a ser instituídas e revestidas de poderes ‘mágicos’ e de um saber inquestionável. São transformadas, na fantasia de seus pacientes, em uma espécie de divindade e, às vezes, na própria fantasia desses profissionais, acreditam que são realmente seres divinos (CEDARO, 2008, p. 44).

Mas deve-se ressaltar que a transferência erótica não é a única a servir como fio condutor para a manifestação do desejo oculto do sujeito. O oposto, ou seja, a forma negativa também faz parte desse enredo. É comum ocorrer com certa frequência a hostilidade por parte de alguns pacientes em relação ao tratamento que lhe é dado. Face à doença que portam, eles anseiam por um tipo de atenção e acompanhamento que, se não forem correspondidos conforme idealizados em suas fantasias, reagem com agressões verbais. Freud (1912) deixa claro que este tipo de manifestação do inconsciente por parte do sujeito em uma instituição produz no mesmo uma reação de rejeição ao ambiente.

O paciente parece se ver dividido entre a atuação dos dois tipos de transferência (positiva e negativa). Age sem saber o porquê de sua ação diante da pessoa que ali se encontra. Se por um lado atribuí elogios ao médico que o atende, por outro, pode não lhe dar atenção, permanecendo num estado de mutismo (um torpor, segundo nomenclatura dos manuais de psicopatologia). São reações imprevisíveis do eu do sujeito deslocadas em direção ao profissional, não somente da área médica, mas de todo aquele que vem ocupar esse espaço de escuta.

Numa intervenção psicanalítica, por exemplo, durante as sessões realizadas nos ambulatórios dos serviços de psicologia, essas reações orientadas pelo movimento transferencial condizem com ações e atos manifestos pelo paciente. Tem-se a partir dessas expressões o que a psicanálise chama de *acting out*³.

³ Segundo Lins e Rudge (2012), o “acting out” é conceituado como efeito da instalação da neurose de transferência e, portanto, como uma vicissitude do processo analítico. Corroborando essa estreita ligação entre acting out e neurose de transferência, Freud dirá em 1920, que as repetições da vida sexual infantil se

Na escuta analítica do usuário da instituição hospitalar, ao desenvolver a transferência, parece esbarrar no vazio que não imagina fazer parte de si, deixando escapar, muitas vezes pela fala, significantes como seus efeitos. Há casos em que o sujeito é capaz de apresentar comportamentos mais ríspidos, como a violência física. Dessa forma, impõe a si mesmo condutas de *passagem ao ato*.

Lacan, no seminário livro 10: *a angústia* (1962-1963/2005), articula estes conceitos junto ao fenômeno da transferência, salientando a importância da diferença entre eles. Define o acting out como tudo aquilo que é colocado como um ato quando o sujeito em sua análise, atua, age, evitando recordar e traduzir em palavras cenas que ocorreram durante a infância. E ao trazer à literatura psicanalítica o conceito de “passagem ao ato”, deixa claro que ele é o oposto do acting out.

No caso de homossexualidade feminina, se a tentativa de suicídio é uma passagem ao ato, toda a aventura com a dama da reputação duvidosa, que é elevada à função de objeto supremo, é um acting out. Se a bofetada de Dora é uma passagem ao ato, todo o seu comportamento paradoxal na casa dos K., que Freud prontamente descobre com tanta perspicácia, é um acting out (LACAN, 1962-1963/2005, p. 137).

Segundo Lacan (1962-1963/2005, p. 129), o momento da passagem ao ato é o momento mais embaraçoso para o sujeito, pois o acréscimo do comportamento junto com as emoções se transformam em distúrbio de movimento. É a partir desse lugar – lugar da cena – que o sujeito fundamentalmente historizado com seu status de sujeito se precipita e pula para fora da cena. Dora passa ao ato quando se vê colocada numa posição de ambiguidade por ocasião de sua bofetada no Sr. K. após esse ter lhe dito: “*Minha mulher não é nada para mim*”. Lacan indaga: Será que ela ama o Sr. K. ou a Sra. K.? A pergunta não importa, pois para ele a bofetada não aponta para essa resolução, apenas uma forma do sujeito se evadir da cena caracterizando assim a *passagem ao ato* como ação diferente do *acting out* (LACAN, 1962-1963/2005).

Refletir sobre o caso clínico Dora para fins deste estudo auxilia de forma mais nítida a compreensão desses conceitos psicanalíticos e, por conseguinte, a correspondência com o ato transferencial. Lacan, ao se remeter à cena da bofetada no Sr. K. faz uma correspondência com a passagem ao ato pelo fato da paciente histérica tentar se esvaír da cena. Interessante pensar que a ação do tapa não foi realizada no interior de um consultório durante uma análise, mas na beira do lago⁴. Indaga-se a partir desse fato sobre a possibilidade da manifestação de

apresentam com surpreendente exatidão, e que “invariavelmente são atuadas (acted out) na esfera da transferência”.

⁴ Ver página 35 e página 103 (2º sonho de Dora) de *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905[1901]/1996).

uma transferência – forma negativa, especificamente – ocorrer somente no processo analítico ou se em outro tipo de circunstância. Ora, Lacan afirma não existir transferência sem análise, mas, ao mesmo tempo, associa essa impossibilidade às manifestações de acting out: “Mas a transferência sem análise é o acting out. O acting out sem análise é a transferência” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 140).

Nesse ambiente, no cenário hospitalar, com todas as suas inconstâncias e vicissitudes, seus profissionais não deixam de estar implicados nos processos de intersubjetividade com seus pacientes. Sendo assim, os laços transferenciais existentes nessas relações apontam para expectativas que se constroem no dia a dia, no entrelaçamento das possibilidades de encontro com o outro. Nesse sentido, considerar o dinamismo que se faz intercorrente nas relações humanas implica no sujeito a capacidade de espera naquele que é capaz de lhe transmitir sentimentos de admiração ou de revolta. O olhar, o falar, o se inclinar, são gestos que podem apontar para a condição humana do indivíduo bastante fragilizado pela doença. Em que recai, então, a esperança para as respostas mais instigantes daquilo que poderia lhe confinar no silêncio de seus pensamentos? Ancorar-se nessa questão faz com que se busque uma resposta; resposta esta que o paciente se deixa aguardar ao testemunhar a imagem que consolida ao ser atendido.

O tema da transferência do paciente com o profissional de saúde é um assunto que não se esgota à medida que se formulam indagações a respeito do que é este conceito em psicanálise, que faz aproximar ou retaliar esse encontro, considerando também aquilo que se poderia investigar como sendo a possibilidade de uma contratransferência entre ambos.

No tocante à imagem formada no psiquismo do paciente em relação àqueles que lhe fornecem o necessário apoio e suporte por ocasião do contato mútuo, que é parte de uma estrutura sistematizada de trabalho, convém se pensar a respeito dessa imagem idealizada e fornecida por estes profissionais que se colocam como responsáveis por esse processo. Pensar-se-ia formular como hipótese a atuação de uma ação mais forte, mais dominadora que paira sobre o imaginário do indivíduo nesse local, quando de um lado se tem o sujeito e sua fragilidade, e, do outro, alguém que faz parte de um grupo de pessoas que se supõe ser capazes de exercer algum tipo de controle sobre a sensação de desamparo que cada um vivencia. Nessa linha de pensamento, os que praticam o exercício profissional para aqueles que se submetem aos seus mandamentos representam, em certa medida, um traço de reputação, da ordem de uma certa influência e sugestão.

Freud, em *Psicologia das massas e análise do eu* (1921/1996) faz um interessante traçado e análise das ideias que um grupo de pessoas representa no psiquismo do indivíduo.

Ao comentar sobre as ideias de Gustave Le Bon sobre as características da mente grupal, discerne sobre o prestígio que determinada pessoa, um trabalho ou uma ideia exerce significativamente sobre nós. Ele afirma categoricamente que nossa capacidade de pensamento crítico fica sem ação de forma que essa pessoa nos preencha de sentimentos de admiração e respeito.

Aprendemos desde cedo que, para se exercer determinado tipo de função ou de trabalho, devemos procurar nos qualificar. Ao ocupar um cargo em qualquer segmento profissional do mercado de trabalho (empresarial, educacional, saúde etc.) produz-se um sentido de que algo pode se representar a partir da prática desenvolvida e, sendo assim, uma dose de status pela função que é exercida. A capacidade desse alguém inserido em determinado setor e que se submete a tal ação parece ganhar cada vez mais uma espécie de “reputação” a partir do olhar daquele para quem se direciona a resolução de uma demanda. De certa forma, esse alguém dotado de tal habilidade e conhecimento parece exercer no outro a que se apresenta uma capacidade de dominação, em um certo sentido. Em se tratando do universo de profissionais que atuam no contexto hospitalar, essa habilidade de projetar na pessoa um determinado grau de submissão às ordens que se mostram presentes durante os encontros, tornam-se inevitáveis em seu cotidiano. É como se fossem sujeitos detentores de autoridade sobre os demais.

Um grupo impressiona um indivíduo como sendo um poder ilimitado e insuperável. Momentaneamente, substituí toda a sociedade humana, que é a detentora da autoridade, cujos castigos o indivíduo teme e em cujo benefício se submeteu a tantas inibições (FREUD, 1921/1996, p. 95).

Freud se questiona, “o que é então uma massa? ”, de que maneira adquire ela a capacidade de influir tão decisivamente na vida psíquica do indivíduo, e em que consiste a modificação psíquica que ela impõe a esse indivíduo? (FREUD, 1921/1996, p.83).

Ao analisar a descrição de Le Bon sobre a massa de pessoas, Freud conjuga ideias sobre os laços emocionais com que o grupo faz surgir por ocasião de sua presença no encontro humano em um ambiente coletivo. Freud (1921) nos fala que esses vínculos emocionais se remetem a processos insuficientemente descritivos, mecanismos que segundo ele se traduzem por laços emocionais, os quais denomina de *identificações*⁵. Define este conceito como sendo conhecido pela ciência do inconsciente como um sinal, uma expressão de algo que aconteceu

⁵ O tema da *identificação* foi abordado superficialmente por Freud no capítulo IV de *A Interpretação de Sonhos* (1900), edição Standard Brasileira, v. IV, págs. 158-160, Imago editora, 1972 e em *Luto e Melancolia* (1917).

há muito tempo, e que se associa a um laço emocional com outra pessoa desempenhando uma função da história primitiva do complexo de Édipo.

Aprofundar o tema da identificação, que no processo de envolvimento do sujeito com a equipe de saúde, faz com que se leve em conta uma certa correspondência com a transferência. Se a transferência são reedições, moções de fantasias idealizadas na figura do analista e revivescência de protótipos infantis, a identificação com o profissional torna-se possível de se observar nesse tipo de relação. Freud (1921) ao desenvolver a análise sobre a evolução das pulsões sexuais com intuito do alcance da satisfação diretamente sexual – catexia que termina ao alcançar seu objetivo – esclarece através do Édipo o quanto as emoções estão na base do ‘amor’ associando a necessidade que temos de nos aproximar do outro em numerosos tipos de relações emocionais. Segundo Freud:

A isso é preciso acrescentar outro fato derivado do notável curso de evolução seguido pela vida erótica do homem. Em sua primeira fase, que geralmente termina na ocasião em que a criança está com cinco anos de idade, ela descobriu o primeiro objeto para seu amor em um ou outro dos pais, e todas as pulsões sexuais, com sua exigência de satisfação, unificaram-se nesse objeto. O recalque que então se estabelece, compele-a a renunciar à maior parte desses objetivos sexuais infantis e deixa atrás de si uma profunda modificação em sua relação com os pais. A criança ainda permanece ligada a eles, mas por pulsões que devem ser descritas como ‘inibidas em seu objetivo’. As emoções que daí passa a sentir por esses objetos de seu amor são caracterizadas como ‘afetuosas’. Sabe-se que as primitivas tendências ‘sensuais’ permanecem mais ou menos intensamente preservadas no inconsciente, de maneira que, em certo sentido, a totalidade da corrente original continua a existir (FREUD, 1921/1996, p.121).

Nessa sequência, no capítulo VIII (Estar amando e hipnose) de *Psicologia das massas e análise do Eu* (1921), o tema da identificação como expressão do laço emocional mais remoto da humanidade é bastante evidenciado. Então, proceder a um olhar mais amplo com vistas a complementar a análise que Freud realiza quanto a capacidade de admiração que o sujeito tem por outro durante o processo de identificação é fundamental. Nesse percurso, deve-se procurar entender como se forma a proximidade entre um ser e outro através de uma perspectiva freudiana.

Partindo da associação entre o objeto e o ideal do eu, Freud (1921, p.122) consolida esses conceitos no tocante aos sentimentos de atração e submissão entre duas pessoas ou de um indivíduo para com um grupo. Quando estamos amando, uma dose de libido investida no eu (narcisismo), recai sobre o objeto ao qual estamos voltados. Assim, o objeto acaba servindo de sucedâneo para algum inatingível ideal do Eu para cada um. Acabamos amando devido às perfeições que lutamos para conseguir para o nosso Eu e que também possa satisfazer o nosso narcisismo. Ao valorizarmos demais o objeto sexual, nossa capacidade de

estar amando aumenta cada vez mais com nossas pulsões visando à satisfação sexual. Freud deixa claro que o Eu vai ficando sem pretensão por seu objeto, com o mesmo ficando mais sublime e mais precioso. Nessa trajetória, afirma que o auto amor do Eu foi consolidado. O objeto, desse jeito, consumiu o Eu ficando no seu lugar. Em sua conclusão, afirma que a identificação e o estado de estar amando podem ser traduzidos por *fascinação* ou *servidão*.

Outra observação de Freud é de que as pulsões sexuais inibidas em seus objetivos são as responsáveis pelos laços permanentes entre as pessoas. Diante disso, o propósito de desenvolver uma argumentação à luz de pressupostos teóricos entre a identificação e a transferência possibilita uma compreensão mais estruturada a respeito de sentimentos oriundos do inconsciente no tocante à aproximação entre os indivíduos. No caso do presente estudo, torna-se um importante instrumento de reflexão e análise da sutileza com que se dá a transferência entre o sujeito/paciente e a equipe multidisciplinar.

A diversidade de profissionais que atuam na área da saúde e a manifestação do fenômeno transferencial são fatos observados e discutidos intensamente até aqui, onde a frequência desse ato inconsciente não se reduz a este ou aquele agente de saúde. Entretanto, é importante esclarecer que a transferência em psicanálise não é uma forma de resistência que ocorre apenas no consultório particular, na direção do analista e o seu desejo. Convém salientar que, em se tratando de sua manifestação no ambiente hospitalar, ela não é vista por outro profissional da mesma forma como alguém que se coloca do lugar de analista. Sem querer entrar na problemática do dualismo *psicanálise em intensão* e *psicanálise em extensão*, cabe aqui, antes de tudo, distinguir a atuação da psicanálise no interior do hospital visando chegar ao manejo da transferência em oposição a atuação de outros profissionais.

Fala-se em manejo da transferência, pois somente o psicanalista reúne condições de analisar as motivações inconscientes do sujeito ao lidar com ela. Nesse quesito, destaca-se aqui a diferença do psicanalista para outro tipo de profissional que atua no campo da saúde. Além de ser o único que reúne condições de analisar conflitos de natureza inconsciente, é também capaz de operar o manejo da transferência de forma técnica como nenhum outro é capaz. Em suma, a transferência é um fenômeno psíquico comum a todos os profissionais de saúde no exercício de suas funções, mas somente o psicanalista é capaz de manejá-la conforme o legado deixado desde Freud até Lacan.

2.4 O contato entre médico e paciente: uma questão de aproximação ou de distanciamento?

Além das diversas circunstâncias que levam o indivíduo a se dirigir a um hospital pela procura de um médico, uma delas diz respeito à forma com que ele se pergunta sobre o porquê ou uma razão que justifique o fato do acometimento de uma doença ter ocorrido com ele. Desta forma, ao se expor perante esse profissional de saúde, ele suscita o desejo de fazer a pergunta direcionando a demanda ao saber médico. Ocorre que, muitas vezes, o sujeito se vê impedido por um estado de mutismo, onde de certa forma, o que vivencia é uma sensação de desamparo. É comum alguns pacientes se perguntarem: “por que comigo? ”; “o que vou fazer agora? ”.

A sensação de angústia parece ser originada a partir de indagações como essas. Marisa Decat de Moura (2000) associa essas perguntas ao momento da *Urgência Subjetiva*. Segundo sua análise e interpretação, no estado de urgência, o sujeito se vê em um estado inicial de desamparo. Acrescenta que, essa circunstância, tende a se repetir em qualquer momento da vida, apontando para a precariedade da condição humana.

Suas indagações, ou seja, as do paciente para com o médico, ganham notoriedade pela intensidade com que se apresentam, revelando um sujeito, “desacreditado de si mesmo”. Assim, pode mascarar um algo a mais, sinalizando ao médico sua real necessidade de atenção. Para Moura (2000), a instituição hospitalar é um ambiente em que diferentes roupagens traduzem-se pela sensação de desamparo humano originado por uma diversidade de reações do indivíduo.

A reação comportamental de cada ser humano é idiossincrática, pois pertence a cada um, sendo ele dono de sua história. Mas que sentido ganha essa afirmação ao se contrapor à ideia de que o se sentir desamparado é um mero detalhe para o saber médico? Ora, é na *clínica da urgência*⁶ que o sujeito se dá conta de seu estado de desamparo. Ele não consegue expor em palavras a sensação de angústia pela qual é tomado nesse momento. Se sente inseguro, como se estivesse sem os “pés no chão”. Este tipo de correspondência, entre desamparo e angústia, encontra suporte teórico na concepção freudiana do *estado de desamparo*.

⁶ De acordo com Moura (2000), a clínica da urgência se caracteriza por situações no hospital onde o psicanalista é convocado pelo sujeito a responder à sua demanda. Para essa autora, a urgência para a psicanálise vem do Outro e a pergunta feita ao analista: “Por que comigo? ” É uma pergunta dirigida ao Outro, definindo dessa forma a clínica psicanalítica da urgência.

Apesar de Freud não ter se aprofundado de forma específica no estudo do desamparo humano, em *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926), remete-se a esse componente afetivo como um estado interior do ser humano; estado de desamparo fundamental como resultado da angústia experimentada por ele. Para Freud, a angústia é um produto desse estado de sentir-se desamparado, sensação essa que se desenvolve no sujeito desde sua infância; uma cópia de seu desamparo biológico. Segundo Laplanche e Pontalis (2001), no adulto, essa sensação tem a ver com a situação traumática que ocasiona a angústia. De acordo com esses autores – partindo da perspectiva freudiana –, esse conceito refere-se à linguagem comum, sendo um estado lactente que, encontra-se sujeito em relação à dependência que mantém com o outro visando a satisfação de suas necessidades básicas, como exemplos, a sede e a fome.

Levy (2008) destaca que o nome “desamparo *Hilflosigkeit*” é uma palavra de língua comum no idioma alemão. Desta forma, seu uso habitual possibilita que a permeabilidade das palavras, a partir da metapsicologia, produza um sentido de propagação em sua cultura. Importante ressaltar que a palavra em sua etimologia aponta para o entendimento do sentimento de estranheza que o sujeito vivencia nos momentos de urgência. De acordo com Levy (2008, p.38):

Os tradutores das Obras Completas em francês analisam o elemento hilf, que tem relação com o verbo helfen (ajudar) e com o substantivo hilfe (ajuda). A partícula los indica a falta, a ausência completa desse elemento, a ajuda. Assim, o adjetivo hilflos qualifica aquele que está “sem ajuda”, “desarmado”, que é “incapaz de se sair bem por si só”. Por outro lado, o sufixo ig marca a adjetivação, e a terminação keit faz da palavra um substantivo indicando um estado ou uma qualidade. Desse modo, afirma Pereira (1999, p. 128-9): “[...] Hilflosigkeit é um substantivo que designa o estado ou a condição de alguém que se encontra “sem ajuda”, “sem socorro”, “desamparado”; em inglês, o termo é traduzido por helplessness, que se aproxima bastante da estrutura em alemão [...]”.

Então, sentir-se desamparado no momento da urgência subjetiva, ou seja, quando o paciente não dispõe de palavras para explicar aquilo que lhe é invasivo, que o destituiu enquanto sujeito, faz com que se produza uma relação entre a falta e a demanda, demanda essa dirigida ao saber médico na clínica da urgência. Moura (2002), ao citar François Leguil, afirma a real diferença da clínica da urgência subjetiva que, segundo essa autora, é aquela que se remete ao chamado e à necessidade de um homem que sofre por sua ferida. Mas a clínica da demanda tem a ver com o homem ferido por sua linguagem e necessidade. Neste sentido, dá-se a importância de acolher esse paciente, trabalhando com ele de forma a afirmar e sustentar sua posição de assujeitado.

Diante do status médico na instituição hospitalar, esse sujeito que se vê imerso em sua angústia, torna-se capaz de demandar pela via da transferência, perguntas ao seu médico no

momento de sua angústia. Mas neste processo, de transferir sua falta ao profissional responsável, ele, o paciente e sujeito para a psicanálise, esbarra na ausência de escuta promovida pela ciência médica.

O discurso médico, com seus “formadores de saber”, caminha na contramão do discurso psicanalítico, pois o sujeito e sua singularidade são excluídos nas diversas modalidades de tratamento. Segundo Moretto (2001, p. 69), “o discurso médico tem uma função silenciadora em que a fala do sujeito é ouvida para ser descartada”. Interessante refletir a partir dessa afirmação, pois o que se destaca realmente nesse ambiente é a fragilidade do ser humano em condições adversas, como é o estar diante de possibilidades da continuação da vida ou da iminência da manifestação da morte.

Em um espaço onde discursos se constituem a partir de práticas hospitalares diversas, convém ressaltar o posicionamento do discurso médico. Para Clavreul (1978), o discurso produzido pela ciência médica caminha junto ao *discurso do Mestre*, visto por uma ótica lacaniana. Através de suas ideias, fica claro de que forma a práxis médica se direciona a um saber que, embasado por um modelo técnico científico (epistemológico), prioriza um padrão hegemônico no que tange às noções de subjetividade da essência humana. Falando de outra forma, o que se evidencia é a polaridade entre aquilo que é da ordem da *subjetividade* e da *dessubjetividade* (daquilo que é excluído do sujeito).

Clavreul (1978), ao considerar o discurso médico como produção originária da ciência, o faz de forma que, o saber – como instrumento supremo das formas de materialização do conhecimento – seja exclusividade daquele que enuncia e daquele que escuta. Reflete assim, o discurso do detentor do saber, como um dos componentes dos quatro discursos de Lacan, o *discurso do Mestre*.

Enquanto representante hodierno típico do discurso da ciência – representante que possui uma incidência direta, maciça sobre o cotidiano de qualquer indivíduo –, o discurso médico prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia como daquele que escuta. Daí a pretensa objetividade do cientista que, na verdade, está calcada na abolição da subjetividade do autor. Por isso, ao se falar do papel do autor do discurso do Mestre são utilizadas noções tão vagas como desejo de saber, desejo de curar, genialidade, intuição etc. (p.09)

Nessa reviravolta, entre o saber médico como objeto que se pauta e se fixa em uma posição hegemônica de conhecimento, e o sujeito que lhe imputa a necessidade de poder ser escutado, nutrindo esse circuito entre demanda e saber, paira o elemento subjetivo.

Considerar a história de vida e o quê é de mais íntimo para o sujeito em um leito de hospital ou em um ambulatório, requer contato entre o médico e o paciente. Esta forma peculiar de encontro, quando se tem, de um lado, alguém que demanda algo em sua fala, para

um outro que se dispõe a escutar, marca o espaço de alteridade entre ambos. Não se trata apenas de se fazer escutar, mas de poder falar, à medida que respectivos agentes de linguagem possibilitam uma forma clara de comunicação e entendimento.

Mas a possibilidade dessa aproximação é agravada pela natureza da formação e discurso médico, pois esse modelo de ciência se preocupou desde cedo com o corpo e aquilo que o representava. Formou discursos no intuito de sua disciplinarização, em um contexto capitalista quando o corpo era considerado uma forma da força de produção de trabalho (FOUCAULT, 1979).

Paralelamente a esse modo de visão de ciência, tem-se também nesse período da história, ou seja, no final do século XVIII e início do século XIX, o paradigma do olhar médico para esse corpo que passava a ser retratado de forma nosológica. Segundo Garcia Roza (2002), a ciência médica se pautava em um modelo anatomoclínico, onde para se existir doença, teria de haver uma comprovação clínica a respeito. Face a esse modelo, é que se deu a grande dificuldade do olhar para as pacientes *histéricas* e a aceitação de um corpo representado psicicamente.

É relevante considerar que o corpo é objeto de várias implicações, visto de diferentes formas na elaboração de teorias sob as bases do conhecimento científico. Então, para a medicina, ele é “templo sagrado”, instrumento de aquisição e modificação de infinitos dispositivos⁷ que se engendram em múltiplas representações acerca de sua imagem e estrutura. O discurso médico parece se ancorar nesse perfil, pois seus agentes se debruçam em milhares de pesquisas fomentando o estudo para possíveis formas de cura e alívio do sofrimento humano.

O médico não consegue esconder seus sentimentos ao perder um paciente durante um processo cirúrgico. Não sabe lidar com a frustração que advém dessa circunstância, revelando assim um sentimento de onipotência em relação à doença. Não consegue olhar para esse elemento da vida afetiva, pois não há espaço para isso. De acordo com Clavreul (1978), o rigor médico não considera esse mal-estar, pois a objetividade e cientificidade são imperativos que sustentam seu discurso, através de um viés metodológico.

Nesse campo da saúde, ou seja, no hospital, há um processo em constante crescimento que se desenvolve a partir do rigor de uma cientificidade que se legitima à medida que a saúde é seu objeto e direção de trabalho. Conforme Moretto (2001), a área hospitalar é palco onde a

⁷ Segundo Castro (2009), a noção de dispositivo para Foucault remete-se a rede de relações que podem ser estabelecidas entre elementos heterogêneos: discursos, instituições, arquitetura, regramentos, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, o dito e o não dito. [...] o dispositivo estabelece a natureza do nexa que pode existir entre esses elementos heterogêneos.

hegemonia da ordem médica se fortalece constantemente, pois segundo sua análise em relação a esse espaço, o hospital simboliza o “templo da Ciência”, promovendo acolhimento ao seu usuário e desenvolvendo atividades de ensino e pesquisa.

É fato que, diante dessas colocações, paciente e médico figuram como elementos que se constituem em um cenário onde a ciência médica é que paira sobre suas condutas. Desta forma, cabe afirmar que a polarização entre os diferentes dispositivos de poder, evidenciados na estrutura de linguagem – locutor e ouvinte – é que predomina para além do sujeito. Nessa lógica, supõe-se considerar o campo científico como uma barreira entre o profissional de saúde médico e seu paciente, pois ambos, se veem a mercê de um estatuto que cala, que silencia.

O médico parece se dar conta de que existe alguma coisa que escapa ao seu controle, que o isola totalmente em seu conhecimento técnico. Ao não saber lidar com a diversidade de reações emocionais que o paciente é capaz de lhe transferir, ele se exime de experimentar uma prática voltada para escuta da subjetividade. Uma subjetividade que, por certas vezes, se manifesta muito mais do que a evolução de um quadro clínico de natureza orgânica. Nesse percurso, o endereçamento a um psicólogo ou psicanalista da equipe multidisciplinar se mostra como alternativa mais viável, uma vez que o olhar médico prioriza o corpo e suas manifestações físicas, afastando a transferência que pode surgir na relação entre ambos.

Ao excluir aquilo que é da ordem da singularidade desse paciente – um indivíduo que, mediante a doença que porta em seu corpo, e que permanece sem se reconhecer como sujeito –, o profissional médico é capaz de produzir o elemento iatrogênico⁸ no contato entre eles. Tende a afastar, assim, a força de uma transferência que urge em querer se manifestar, sendo ela positiva ou negativa. Essa conduta, por mais que seja desconhecida pela medicina, tem um pesar, que passa a dominar o processo de tratamento. Segundo Schimidt e Mata, 2008, p.37:

Todo indivíduo que procura cuidados médicos tem a expectativa de que, paralelo ao cuidado dedicado ao corpo, o médico restaure também a noção de integridade do Eu – que se apoia na integridade do corpo. Todo processo mórbido conduz o paciente a regredir às expectativas infantis de cuidado, no modelo vivido na infância e que será presentificado na dimensão transferencial própria da relação médico-paciente. Sendo a transferência um elemento de absoluta relevância na efetividade de qualquer tratamento, possui, intrinsecamente, potencial iatrogênico que poderá levá-la a contribuir para o fracasso do tratamento e para o agravamento ou a persistência de um processo mórbido.

O profissional médico, a partir de sua ação de trabalho, atenua ou agrava esse processo, uma vez que o corpo doente é o caminho a ser seguido por ele, estando ancorado

⁸ Para Sillamy (1998), *iatrogenia* é o conjunto de distúrbios imprevistos gerados pela ação médica.

pelas leis de natureza orgânica. Mas ao mesmo tempo, não se dá conta de que, é esse mesmo corpo também, produto de uma construção simbólica onde o sujeito se apoderou durante seu desenvolvimento desde a tenra infância. Ele, o paciente, se expõe para o médico, representando-o como alguém importante que assume os cuidados com esse corpo, debilitado fisicamente e emocionalmente. O médico torna-se incapaz de entender que neste exato momento o paciente passa a lhe deslocar uma carga de afeto, como se fosse alguém encarregado de cuidar de seu ser. De acordo com Schimidt e Mata (2008), esse vínculo transferencial é resultante da imagem que o ser humano desenvolve desde bebê em relação aos cuidados maternos. Uma vez que, quando bebê, dependeu-se do outro em relação aos primeiros cuidados básicos (estado inicial de desamparo) vindo a eleger aquele (a) próximo com a função de cuidar. Segundo esses autores, foi assim que se formaram os primeiros registros afetivos oriundos das primeiras sensações corporais, formando uma linha de mão-dupla entre o psíquico e o somático.

É na busca pela satisfação de suas necessidades que o ser humano tende a voltar-se para suas habilidades e estratégias para fins de sobrevivência. Ao designar o outro como provedor dessas necessidades, forma-se uma relação de estrita dependência. Nesse circuito, ou seja, da satisfação dos registros corporais, a sua falta ou ausência produz no sujeito o desejo de ser suprido. No contato com o médico, o paciente delega a esse profissional essa noção de cuidados e de proteção com seu corpo, uma vez que, devido aos efeitos provocados pela doença, revela em seu inconsciente projeções de desejo de ser cuidado por este tipo de profissional.

Conforme Schimidt e Mata (2008, p.38):

A relação médico-paciente, em virtude dessas circunstâncias descritas, pelas posições assimétricas em que se encontram os dois polos do vínculo, tende a ser particularmente carregada de elementos transferenciais, de parte a parte. Se o paciente, no momento em que adoece, vê-se às voltas com tudo o que foi exposto, o outro polo do vínculo, pelo simples fato de ter-se tornado médico, revela o alto grau de importância inconsciente que atribui ao corpo e à doença.

A posição do sujeito perante o saber médico e a exposição de sua singularidade mediante a necessidade de cuidados que se mostra devido à doença, é capaz de fazer surgir o poder da transferência, como se pôde observar até agora. Mesmo com a figura médica estando impossibilitada de compreender a motivação deste tipo de conflito inconsciente, isso não o afasta dessa dinâmica. Desta forma, os autores citados acima complementam a ideia afirmando que:

A transferência que se instala poderá apresentar características positivas ou negativas, ou seja, basicamente de adesão ou de oposição ao médico, mas, de uma forma ou de outra, são e serão sempre movimentos tão poderosos que levaram Michel Balint a afirmar que a medicação mais utilizada na clínica é o próprio médico. E se a relação médico-paciente é, em si, um tratamento, há o risco indissociável de ela vir a se converter em algo iatrogênico (SCHIMIDT; MATA, 2008, p.38).

O elemento iatrogênico é intenso neste tipo de relação, pois de um lado, há alguém que gera uma expectativa ao se representar como cuidador, e de outro, alguém que deseja ser acolhido, amparado. Mas esse embate é dificultado – como já citado anteriormente – pelos diferentes tipos de dispositivos de poder que vão se produzindo. É mediante a apresentação desses dispositivos – engendrados em um sistema de práticas científicas – que o sujeito se torna capaz de emergir sinalizando ao outro o seu desejo na transferência.

A crítica voltada ao discurso promovido pela medicina não tem o caráter de excluir o conhecimento desse tipo de saber científico, tampouco produzir um outro que venha a se tornar soberano na análise e interpretação das fragilidades e deficiências do sujeito ao lidar com seus conflitos psíquicos no interior do hospital. Via de regra, é imperativo deixar claro que, o indivíduo em situações de urgência na área da saúde possa ter condições de poder elaborar o trabalho de luto que sofre diante de perdas simbólicas em razão de sua doença. Em suma, falar de si, falar de seus sentimentos e emoções, falar de seu medo, de sua angústia etc.

Evidencia-se a partir dessas colocações a importância da presença da psicanálise na relação com a medicina e o hospital com seus agentes de saúde, considerando a intensidade do amor de transferência que é presente nesse cenário. Se esse conteúdo transferencial passa a ser observado na instituição, mesmo que seja relegado pelo saber médico e outros profissionais, ele fornece espaço para o psicanalista e sua implicação. Moretto (2001) dá legitimidade a essa afirmação ao declarar que é graças à exclusão do saber médico que a psicanálise consegue adentrar no contexto hospitalar.

3 PSICANÁLISE, MEDICINA E HOSPITAL

Às portas do século XXI, quando assistimos a mudanças e progressos tão rápidos quanto numerosos, paradoxalmente, somos colocados de uma forma evidente mais próximos da questão crucial do ser humano: sua finitude. O sofrimento humano advindo dessa constatação, inevitavelmente se presentifica em uma instituição hospitalar. A angústia, a tristeza, a solidão, a coragem, inerentes ao ser humano e evidenciados diante de situações de urgência e acasos da vida, mobilizam a participação do psicanalista nas diversas unidades de tratamento, exigindo uma psicanálise constantemente renovada, reinventada por cada psicanalista (MOURA, 2000, p.001).

A área da saúde, por sua dimensão, abrange a versatilidade com que diferentes categorias profissionais atuam buscando cumprir seu principal objetivo: a cura do mal-estar. Esses profissionais aludem a competências junto à necessidade de administrar as vicissitudes e inconstâncias que pairam sobre suas atribuições. Inclui-se nessas circunstâncias a admissão de olhares voltados às fragilidades da natureza humana, onde o ser se mostra único e ao mesmo tempo dividido entre seus desejos, com sua integridade física e emocional vulneráveis. Ao demonstrar sua incerteza e insegurança, expõe-se ao outro no meio social que o rodeia; nesse caso, o ambiente hospitalar. Sentimentos de constrangimento e baixa autoestima são comuns nesse espaço, e a angústia se intensifica à medida que não dispõe de recursos no intuito de acobertá-los, ou se possível, exaurir sua intensidade.

Ficou claro até agora que o poder da transferência se potencializa à medida que as relações entre paciente e profissional de saúde ficam mais próximas, uma vez que, a doença deixa o sujeito totalmente fragilizado. Ao se aproximar desse agente, sentimentos oriundos desde a infância podem ser atualizados e transferidos ao respectivo profissional. De acordo com Segre e Ferraz (1997, p.541):

O relacionamento profissional de saúde-paciente é, sabidamente, uma parceria entre duas pessoas, das quais uma delas detém o conhecimento técnico-científico, que põe à disposição da outra, que o aceitará ou não, contrariamente ao que pensam muitos médicos que percebem esse relacionamento como subjugação, suspendendo-o diante de dúvidas, críticas ou “desobediências” do paciente. [...] É nessas condições, de pleno exercício de autonomia de duas pessoas, que o tratamento sói ter sucesso, a menos que uma delas – o “paciente” – renuncie à sua própria autonomia, optando pela sujeição a uma postura mais paternalista do profissional de saúde [...]. Este fenômeno, em psicanálise denominado transferência, pode levar o paciente a conceder ao médico um lugar de poder absoluto, em uma verdadeira substituição da figura onipotente do pai imaginário de uma criança pequena.

Ao propor a discussão sobre a natureza de sentimentos e reações convocados por ocasião do contato do paciente com o médico, pôde-se verificar o quanto esse encontro é marcado por desencontros entre os limites do discurso científico, que ao falar mais alto, desapropria o sujeito de sua história e da relação com seu desejo, o qual é capaz de se fazer

surgir na sutileza da reação de transferência (positiva ou negativa). Passa-se a supor a partir de então, a existência de um objeto iatrogênico que demarca uma distância cada vez maior entre a medicina e o paciente, este último que, não se resume apenas a um número de prontuário ou um leito de hospital. Nesse cenário, torna-se impossível pensar na impossibilidade de uma psicanálise implicada.

Moretto (2001) utiliza-se do termo *antinomia*⁹ ao posicionar os discursos, médico e psicanalítico. Se, por um lado, há a atuação de um profissional que tenta eximir o sujeito de seu aspecto singular visando apenas a cura do mal-estar orgânico, por outro, se tem a possibilidade do exercício de uma escuta voltada para a dimensão do inconsciente humano. Nessa correspondência, o psicanalista assume esse lugar último, sendo parte também do quadro de profissionais de saúde. Mas antes de tudo, convém assinalar que a presença da psicanálise no interior de um hospital requer como condição o aprofundamento no presente estudo de uma análise mais coesa, pois sua inserção nesse campo não foi tão simples, sendo marcada por resistências a partir dos discursos, médico e científico.

3.1 O rompimento do discurso freudiano com a medicina

Freud (1918) nos deixa a mensagem de que a psicanálise deve-se estender a outros setores da sociedade sem que sua atuação se restrinja aos elevados custos de um consultório privado. Birman (2010) afirma que afastamento da psicanálise com o campo da medicina se deu a partir da ruptura que Freud promoveu com a ciência médica. Parte da concepção de que o fundador da ciência do inconsciente demarcou de forma radical a diferença epistemológica diante do conhecimento médico, ao demonstrar que as manifestações dos sintomas na histeria não eram compatíveis com a visão de um corpo anatômico, mas de um corpo representado. O autor acrescenta que, antes dessa ruptura, existia também uma interlocução entre os dois saberes, indagando a partir do movimento das neurociências o lugar da psicanálise no mundo contemporâneo.

Importante destacar que o olhar médico sobre as pacientes histéricas refletia a forma como a sociedade médica da época se retratava a esse tipo de estrutura clínica; não aceitavam seus sintomas como algo perturbador. Segundo Garcia-Roza (2002), a anatomia patológica

⁹ Conforme Antunes e Cols. (1995), Antinomia é o conceito da razão consigo mesma diante de duas proposições contraditórias, cada uma podendo ser demonstrada separadamente. Citam Kant, em sua visão que tem sobre a antinomia da Razão Pura. “Kant mostra, nas Antinomias da Razão Pura, que podem ser estabelecidas, com igual crédito, conclusões sobre o Cosmos. Daqui ele concluir que a ideia do mundo, como outras ideias transcendentais da metafísica, é uma noção indeterminada, puramente especulativa” (p.19).

era a forma como a medicina se baseava para afirmar a existência de lesões de acordo com os distúrbios observados. Dessa forma, a medicina conseguia se inserir no campo das ciências exatas direcionando ao médico a responsabilidade pelas investigações anatomopatológicas.

Face à histeria, Garcia-Roza (2002) afirma que dois grupos de doenças se produziam: aquelas cujos sintomas se apresentavam de forma regular e que se direcionavam a lesões de origem orgânica e outro grupo, – das neuroses, – se referia aos sintomas que não se davam através de uma regularidade esperada. Nesse percurso, a grande estratégia formulada pelo médico Jean Martin Charcot foi o uso da técnica da hipnose na produção do sintoma histérico.

Vê-se que, através desses relatos, a histeria representava um enigma para a comunidade médica naquele período (segunda metade do século XIX). Essa percepção em relação ao mal-estar que as histéricas apresentavam tornou-se empecilho na relação entre psicanálise e medicina. Para Birman (2002), os impasses de natureza etiológica, diagnóstica e terapêutica, fizeram com que a histeria se libertasse do campo da psiquiatria para o da neurologia, mas mantendo sua posição dentro da clínica médica: “o lugar do histérico deveria ser o hospital e não o asilo” (GARCIA-ROZA, 2002, p.33). Foi dessa forma que ocorreu o encontro de Freud com a histeria, ou seja, pela sua inserção científica inicial no campo da neurologia.

Freud, quando por ocasião de seu encontro com Charcot na Salpêtrière, em Paris, começou a demonstrar grande interesse pelos estudos no campo da histeria. Em suas palavras ficava claro tal entusiasmo: “Desejava estabelecer a tese de que, na histeria, as paralisias e anestésias das várias partes do corpo se acham desmarcadas de acordo com a ideia popular de seus limites e não em conformidade com fatos anatômicos” (FREUD, 1925-1926/1996, p.21).

O interesse freudiano em tentar distinguir e separar o corpo anatômico do corpo representado ficou mais evidente quando associou o registro corporal ao imaginário popular, separando-o do imaginário científico construído pelo olhar da estrutura anatômica. Nesse sentido, Birman (2002) afirma que as pessoas representavam seu corpo diferentemente da forma como a medicina científica fazia, através da descrição de um corpo moldado por um discurso científico. Nessa concepção, um ponto em questão segundo o autor, foi a desconstrução sistemática da percepção médica do modelo anatomoclínico como condição para inserção do discurso psicanalítico. Com a publicação da *Interpretação dos Sonhos*, em 1900, o discurso freudiano adentrou na tradição popular considerando que a produção onírica dos sonhos se opunha à explicação científica sobre os mesmos.

Outro destaque dado por Birman (2002) para a compreensão da eficiência freudiana no processo de separação do discurso médico-científico, foi o valor dado por Freud ao lapso e ao ato falho na obra *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana* (1901), e ao chiste, em *O chiste*

nas suas relações com o inconsciente (1905). Essa ênfase se dá no sentido de sustentar o ponto de vista freudiano ao reforçar sua teorização a respeito do aparelho psíquico, separando-o do corpo anatômico, este último estabelecido pela ciência médica.

Assim, a totalidade destas produções psíquicas – sintoma, sonho, ato falho, lapso e chiste –, que Lacan (1953) denominou posteriormente de formações do inconsciente, foi inscrita pelo discurso freudiano no psiquismo. Porém, esse se fundaria agora no registro do inconsciente e não se reduziria mais ao registro da consciência. Além disso, o aparelho psíquico fundado no inconsciente não seria um epifenômeno e um derivado da anatomia e da fisiologia do sistema nervoso central, de maneira que o discurso freudiano realizava uma ruptura significativa com a tradição da medicina científica e se voltava para a tradição popular (BIRMAN, 2002, p. 22).

Essas breves considerações acerca de um período de desdobramentos na história pré-psicanalítica, quando o conceito de transferência era ainda desconhecido por Freud, representa para o presente estudo o ponto em questão onde se pode observar o quanto o discurso médico – pautado nas bordas de um movimento puramente científico – enclausurava o sujeito movido às ações de seu desejo inconsciente, e, ao mesmo tempo, resignando-o ao conhecimento sobre o mal-estar de ordem somática. Ao promover a separação do corpo representado do corpo anatômico e ao declarar a existência de um aparelho psíquico estruturado no inconsciente, Freud se apropria do imaginário popular, e nos diz que corpo e sujeito são indissociáveis, não se resumindo a um viés clínico de base epistemológica.

Produzir uma associação entre a psicanálise e a medicina, ainda sem o acontecimento do fenômeno da transferência – pois este só se deu a partir das observações de Freud junto aos atendimentos às pacientes históricas (FREUD, 1893-1895/1996) – torna-se importante à medida que o discurso freudiano teve de assumir uma posição perante o saber médico, conforme o corte que Freud realizou com o mesmo. Seguindo por essa perspectiva, torna-se provável admitir que tais argumentos sustentem possíveis condições para o estabelecimento da psicanálise no campo da medicina, atrelada às incertezas de um dinamismo inerente ao contexto de um espaço hospitalar.

3.2 A psicanálise na medicina

Viu-se que Freud, ao subtrair as representações de um corpo moldado dentro de um paradigma técnico-científico e ao deslocá-lo para um corpo representado psiquicamente e resgatado do imaginário popular, autorizou dessa forma a produção de um discurso. Esse discurso se apresentava como fio-condutor ao abrir as portas para uma ciência que, mediante a contestação dos fenômenos de resistência por parte das pacientes históricas (FREUD, 1893-

1895/1996), se fez presente à comunidade médica. Mas seguindo na contramão dessa afirmativa, surge uma pergunta: de que forma a psicanálise conseguiu se firmar num ambiente em que o discurso médico – respaldado por um paradigma positivista – se coloca de forma a se apresentar como uma força hegemônica à frente de outros saberes?

Lacan (1966) afirma que o lugar da psicanálise na medicina é *marginal* e *extraterritorial*. A psicanálise ganha o sentido de estar à margem da medicina sendo comparada à psicologia como forma de ajuda ao que é exterior ao saber médico. E no tocante à posição extraterritorial ocupada, ganha um sentido à medida que o próprio psicanalista assim se faz atuar. Mas Lacan não se restringe a este tipo de correspondência ao posicionar a psicanálise na medicina. Ele aponta para o profissional médico e sua referida função; função essa que tem como eixo de orientação o discurso científico.

Não é surpresa nem tampouco repetitivo afirmar que o discurso médico funciona como dispositivo de poder, conforme interpretado por Foucault (1979). Esse assunto, apesar de já discutido na presente dissertação, não se esgota à medida que se faz necessário posicionar, de maneira assimétrica e com ênfase na polaridade peculiar a cada uma, psicanálise e medicina. Ora, é no dia a dia em um hospital que essas posições e modos de atuações entre seus profissionais ganham relevância na associação entre sujeito e demanda; sujeito para a instituição médica e demanda para distintas formas de impossibilidades ao não saber lidar com a singularidade que é intrínseca a cada sujeito.

Lacan (1966) tem uma forma muito particular de análise sobre a demanda e desejo. Para ele, a demanda funciona como uma baliza, sinalizando um lugar que é ocupado pela medicina, um lugar ocupado pelo conhecimento científico. Através dessa abordagem, procura sinalizar a proposta que o paciente impõe ao médico por ocasião de uma consulta. Ele não espera, de certo modo ser curado pelo médico, mas revela o desejo de pôr esse médico à prova de tirá-lo da sua condição de doente. O que Lacan demonstra com isso é que existe uma relação de desejo veiculado pela demanda, e que se esse médico ignora esse desejo, ele condena o sujeito a um “corpo máquina”, como se apenas um mecânico fosse capaz de operar.

Essa exposição revela que o sujeito no campo da medicina não se resume apenas a um corpo que, segundo seus sintomas, carece de tratamento com prescrições médicas. A análise lacaniana aponta para um sujeito que habita as profundezas do desconhecimento sobre si, de um não saber sobre seus sintomas psíquicos, pois a medicina, ao se isolar na direção da demanda, se exime de autenticar o sujeito na relação com seu desejo, pois aquilo que se demanda não é aquilo que se deseja. Sendo assim, torna-se possível a compreensão da impossibilidade na área médica por parte dos profissionais de saúde, particularmente o

médico, em não perceber que o desejo coaduna com seu paciente. Ele, o médico, ao agir no intuito de tentar curar o doente, afasta totalmente a dimensão do desejo do sujeito (LACAN, 1966).

É neste embate clínico-epistemológico que, por sua vez, a psicanálise é capaz de ganhar seu poder de implicação. É nesse espaço no hospital, espaço em seu sentido figurado, que o entrecruzamento das formas de conhecimentos, médico e psicanalítico, ganha alternativa para se fazer advir o sujeito conectado aos seus sintomas, preso a sua dor. Para Moura e Mohallem (2000, p. 001), “tanto o saber médico quanto o saber psicanalítico têm limites cuja consequência é um espaço onde, a partir de uma escuta, pode ter lugar a palavra de um sujeito mobilizado pelo sofrimento”.

A psicanálise, diferentemente de outras formas de atuação no campo da medicina, alude a essa condição, de que o sujeito manifesta conteúdos relacionados ao que se configura como sendo aspectos da subjetividade. O sujeito se vê implicado nessa instância, onde movido por pulsões inscritas pelas vias do desejo se coloca como alguém que clama, que suscita no outro – aquele que o escuta – o desejo de poder ser ouvido. Para Birman (1994), a psicanálise se compõe a partir do que é singular, e que se destina a propor alternativas ao sujeito para que esse se aproprie do seu desejo, de sua história, caracterizando assim, um espaço onde se esbarra com as dificuldades de suas exigências pulsionais.

Falar sobre o desejo do sujeito, nos remete a considerar a falta que ele porta na representação em seu inconsciente. Atrelado ao olhar médico, ele deixa se levar pela manifestação de sintomas físicos, possíveis movimentos de espasmos musculares, inflexibilidade motora, ansiedade, tiques etc. Mobiliza assim, a atenção de toda a equipe de saúde, depositando no médico, suas principais queixas sobre o incômodo sentido no corpo. Não necessariamente se tem um diagnóstico que atesta esse tipo de sofrimento – sem comprovação através de exames –, mas uma sequência de movimentos motores; como exemplo, o ato de “balançar as pernas” sem uma causa específica a respeito (se observado dessa forma pelo médico). Devido a este tipo de ação, principalmente quando o paciente se encontra internado, é comum por parte de alguns profissionais médicos convocarem o psicólogo de plantão, ou mesmo o psicanalista para resolver o que eles julgam ser um “problema”.

De acordo com Machado e Chaterlard (2013), a atuação do psicanalista pode ser direcionada para a resolução de um problema psíquico mediante a solicitação do médico que acompanha seu paciente. O objetivo se dá na tentativa para que se convença esse paciente a aderir ao tratamento sem qualquer tipo de resistência e ao mesmo tempo aplacar sintomas que

sinalizem a angústia que a partir dele é produzida. Mas Moretto (2001) adverte sobre o perigo de tal aceitação por parte dos psicanalistas, pois, ao acatar esse tipo de demanda, corre-se o risco de romper com o discurso psicanalítico em si e com a proposta freudiana de expandir a psicanálise a outros setores da sociedade.

Através da confluência entre psicanálise e medicina é possível observar um viés voltado para a clínica da psicanálise no hospital. Nessa oposição, entre os discursos próprios que sustentam o “*modus operandi*” de cada uma, surge a indagação sobre a forma de tratamento e cuidados com que se dão a partir dos movimentos de uma psicanálise no interior de um hospital. Para Machado e Chaterlard (2013), é a partir da prática da psicanálise nos hospitais que se tem condições de observar sobre sua extensão nesse meio, de modo que, ela não se deixe levar pela promoção de tratamentos que outros profissionais de saúde almejavam alcançar: restabelecer o equilíbrio do paciente, o bem-estar e a saúde perdida. Nota-se neste ponto, a suposição de uma “ética” que se produz no surgimento do contato da psicanálise com a medicina. Mas como é essa ética, traçada a partir de uma proposta psicanalítica no encontro com a prática médica na instituição hospitalar? Uma ética que tende a esbarrar nas engrenagens da supremacia de um sistema que mantém como prioridade o saber e conhecimento, advindos de forma única e exclusiva de um olhar científico.

3.3 A relação da ética em psicanálise com os distintos discursos nas instituições hospitalares

Falar em ética de um modo geral pode nos remeter a um preceito moral relacionado a um padrão de comportamento. Podemos, grosso modo, definir este conceito como é adotado por alguns dicionários populares. Segundo Aulete (2009), “a ética é um ramo da filosofia que trata das questões e dos preceitos relacionados aos valores morais e da conduta humana; conjunto de princípios e normas para o bom comportamento moral”. De acordo com Antunes e Cols. (1995), “Ética é a parte da filosofia que estuda os problemas fundamentais da moral [...]”. É nítida a presença desse conceito nas respectivas definições, mas não se trata aqui de associar a ética à ideia do conceito moral, da forma como era abordado pelos filósofos, mas de analisar a partir do ponto de vista da psicanálise e seu discurso no contexto da saúde, na articulação com o conflito inconsciente do sujeito representado através de seu desejo na intensidade da dinâmica da transferência.

Lacan (1959-1960/2008) inicia o capítulo XXIII – *As metas morais da psicanálise* - do seminário sobre a ética da psicanálise – chamando a atenção para a moralização

racionalizante, onde ressalta que dar como acabado através do estágio genital, a maturação da tendência e do objeto numa relação com o real, onde não há representação em palavras, comporta uma implicação moral. Apesar de Lacan eleger a palavra moral quando afirma que a humanidade se encontra mergulhada nas questões morais, ele se direciona a questão da falta: “o que lidamos é a atração da falta” (LACAN, 2008, p.12). Procura articular a questão da falta ao desejo oculto no inconsciente. Ele enfatiza que a falta não deve ser vista como uma punição para o sujeito, mas como um objeto que se produz a partir do desejo. É possível construir uma associação entre a ética, voltada para a falta e o desejo, pensados por Lacan, ao discurso analítico, tomado como referência da psicanálise na rotina de uma instituição hospitalar? Ao teorizar sobre a dimensão ética em psicanálise, engendrada através de seu próprio discurso em um contexto que envolve distintos tipos de profissionais, deve-se levar em conta a partir de que lugar nasce esse discurso.

De certa forma, o discurso predominante nas instituições de saúde é um discurso do conhecimento técnico, normativo, enraizado em uma epistemologia que pontua sua lógica através da comprovação prática de seus experimentos, enunciando um discurso exclusivo do cientificismo, como já discutido em passagens anteriores. É fato que há um entrecruzamento de saberes que são constituídos por diferentes modalidades de discursos entre os agentes de saúde. Lacan (2008) valoriza o saber da psicanálise concluindo de forma óbvia a contradição entre o saber do inconsciente com outras formas de conhecimento. Afirma que, se a psicanálise não pode enunciar-se como um saber e ser ensinada como tal, ela não tem rigorosamente nada a fazer no lugar onde só se trata disso. Então, torna-se imperativo associar o saber psicanalítico e/ou proveniente dele a uma ética que se destina ao processo de tratamento na unidade hospitalar.

Figueiredo e Alberti (2006), ao exporem a importância da psicoterapia psicanalítica em diversas instituições que oferecem serviços de atendimento psicológico no Brasil, advertem sobre a especificidade da fundamentação psicanalítica no trabalho nas instituições assistenciais subtendidas com relação à psicoterapia psicanalítica.

Não se trata simplesmente de verificar em que bases se dá o atendimento psicológico nos consultórios, enfermarias e corredores dos hospitais, postos de saúde, Caps ou centros de assistência, mas de identificar a ética na qual nos situamos e com a qual orientamos os nossos atos nas instituições: aqueles que exercemos junto aos pacientes e os do dia-a-dia do funcionamento das equipes multidisciplinares (FIGUEIREDO; ALBERTI, 2006 p.07).

O cotidiano em uma instituição de saúde – o hospital geral, por exemplo – é atravessado por uma série de situações e acontecimentos onde suas demandas não cessam de

existir, vindo a situar o profissional de saúde diante de seu principal desafio: acolher o sujeito e sua demanda. O psicanalista, como um profissional de saúde que é nesse ambiente, tem a sua forma própria desse acolhimento, procurando escutar o sujeito descrito pelo seu sintoma. Sendo assim, ao atender esse sujeito que fala em nome de uma singularidade, o analista tem em seu livre exercício de trabalho a habilidade de operar em favor da ética, ou seja, da ética da psicanálise. Segundo Lacan (2008), essa ética está endereçada ao bem dizer. Um bem dizer que se remete ao sujeito e seu sintoma: “a ética da psicanálise é a ética de bem dizer o sintoma” (QUINET, 2000, p.140).

Neste percurso, ou seja, quando o paciente se encontra sintonizado com sua própria história de vida, é quando se tem a oportunidade de observar junto a ele a marca de um desejo que só poderá ser revelado através de sua fala, direcionada a quem possa exercer a função de psicanalista. Esse falar abre espaço para possíveis interpretações, à luz da ética em psicanálise. De acordo com Lacan (2008), na psicanálise, uma interpretação é uma questão de ética.

A ética, então, parece estar presente na relação entre o paciente, que, se faz sujeito submetido aos desígnios de seu inconsciente e aquele que o escuta – o psicanalista, implicando-se assim, no processo analítico. Seguindo por esse viés, esse sujeito que consegue falar desse sintoma parece nascer desse laço com seu analista. Ao falar, é capaz de encontrar-se com seu desejo. Costa-Moura (2006, p.152) descreve a ética alinhada ao sujeito e seu desejo, submetida ao discurso psicanalítico.

O sujeito emerge, portanto, deste laço produzido pelo discurso e é, assim, permanentemente atravessado pelas implicações do laço social onde se produz sua emergência. Isto implica para o falante uma relação necessária entre o que se apresenta como lei a partir do funcionamento da linguagem e a estrutura de desejo que o constitui. O que podemos entender como ética a partir da psicanálise é justamente o que diz respeito à posição do sujeito frente ao Outro – o Outro que somos nós mesmos, o nosso desejo que é sempre do Outro –, à linguagem e suas leis.

Nessa lógica, o paciente ao ser acolhido pelo psicanalista estabelece uma relação com esse que, através de sua técnica de trabalho, propicia a materialização e existência do Outro do inconsciente, marcado pelo desejo; esse desejo, arraigado naquilo que é subjetivo para o sujeito. Lacan (1958-1959/2002, p.504) indaga sobre a relação do desejo com o aspecto subjetivo do sujeito. Desta forma, traça um paradoxo entre ética, desejo e subjetividade, sinalizando o horizonte ético, o qual essa experiência permite apontar.

O desejo é ou não subjetividade? Esta questão não aguardou a análise para ser colocada. Ela aí está desde sempre, desde a origem do que se pode chamar experiência moral. O desejo é ao mesmo tempo subjetividade. O desejo é que no

coração mesmo de nossa subjetividade, é o mais essencial do sujeito. Mas ele é, ao mesmo tempo, alguma coisa que é também o contrário, que aí se opõe como uma resistência, como um paradoxo, como um núcleo rejeitado, como um núcleo refutável. É a partir daí, insisto nisso inúmeras vezes, que uma determinada experiência ética é desenvolvida (LACAN, 1958-1959/2002, p.504).

Considerar a ética na psicanálise na relação com o sujeito e seu sintoma no contexto da área da saúde fomenta de algum modo a produção de um discurso que insiste em delimitar seu espaço. No dia a dia de uma instituição hospitalar, os diferentes tipos de discursos, alinhados aos seus respectivos saberes, conjugam de certa forma, as suas posições éticas, inseridas através de uma dimensão deontológica¹⁰.

Mas no que concerne à posição ética do sujeito e seu desejo, tanto no consultório quanto em outro espaço qualquer, convém lembrar sobre a importância da atuação da psicanálise, de modo que a mesma possa se resguardar eticamente, preservando assim, sua posição diante de qualquer tipo de imposição e hegemonia disseminados na esfera do saber. Nicolau (2015) alerta para a implicação da psicanálise, frente a outras formas de discursos que produzem suas verdades, afirmando que a direção em que se dá o discurso psicanalítico vai de encontro a fazer furo em outros modelos que se sustentam como verdades.

Alinhar a partir de uma perspectiva metodológica o conceito da ética em psicanálise ao campo médico e hospitalar, parece não dizer necessariamente sobre seus efeitos, salvo que, conforme discutido até o momento, não se trata de uma ética para o bem-estar do sujeito, mas para o bem dizer. Ora, na incompletude dessa afirmação convém destacar para o que seria a finalidade do fazer bem ao sujeito. Fato é que esse bem, não nos remete à ideia de uma psicanálise que se destine a tal feito, mas sim para uma outra possibilidade, como exemplo, o emprego de algum tipo de psicoterapia que se dirige a buscar alguma forma de equilíbrio na pessoa. Deve-se levar em conta que promover algum tipo de bem visto dessa maneira, não garante qualquer tipo de êxito para a psicanálise. E é justamente por se tratar de evidenciar essa impossibilidade de garantia que a psicanálise e sua escuta evocam a dimensão ética na sua clínica, de forma bem intensa. Em contrapartida, supõe-se que “não há clínica que não vise a algum bem”; “não há clínica sem ética” (MILLER, 1996, p.107).

É sobre o pilar da ética da psicanálise, voltada para o sujeito e seu desejo, que se pode fazer acontecer a conexão com a multiplicidade de dispositivos do saber no campo da ciência. Essa condição presente no dualismo psicanálise-medicina aponta para a importância do desvelamento dos distintos níveis de discursos que se voltam para diversas formas de saberes tomadas como autênticas pelo sujeito, onde é possível observar no mesmo a experiência da

¹⁰ Segundo Antunes e Cols. (1995), “termo que designa o código moral das regras e procedimentos próprios de determinada categoria profissional. Em Kant, ciência do dever em geral” (p.57).

sensação de vazio, face ao horror de não saber, por vezes, qual caminho seguir durante seu tratamento. Como continuar a sustentar essa dimensão ética nesse ambiente, onde há a inclusão de uma diversidade de mecanismos de exclusão do desejo desse sujeito?

3.4 Ética, análise e desejo

Lacan (1959-1960/2008) demonstra que na psicanálise, uma interpretação é uma questão de ética. Tomando como centro de sua reflexão a relação do sujeito com o desejo, Lacan aponta o horizonte ético que essa experiência permite entrever. Ao problematizar diretamente essa questão nesse seminário, afirma que é justamente pela via do desejo que irá interrogá-la. Define o desejo como o universo da falta que coloca em evidência a ordem suposta nas diversas formalizações da ética tradicional. Ao referir-se à falta, procura não a conceber como a simples necessidade que a maturação ou o progresso seriam capazes de suprimir, mas à demanda que introduz a falta no registro do simbólico. O que está em foco é a dimensão simbólica que ordena o gozo do sujeito.

Torna-se imprescindível se posicionar na intersecção que a medicina mantém com o sujeito e o seu corpo, pois Lacan (1966) ao elaborar suas colocações acerca do lugar da psicanálise na medicina, declara que a dimensão ética é aquela que objetiva se estender ao gozo.

No desenvolvimento da análise sobre os conceitos de desejo e ética, Lacan (1959-1960/2008) enfatiza que a análise possibilita saber sobre as tendências humanas, como as pulsões parciais na lógica da função do desejo. Fazendo uma correspondência entre sexualidade e desejo, constrói uma analogia com o sentido de ética que o filósofo Aristóteles tinha como ideia e conceito. Segundo Lacan, certo tipo de desejo na concepção aristotélica não significa um problema ético. Os desejos sexuais para Aristóteles significam aberrações, monstruosidades. Mas o mais importante para esse psicanalista é a questão de buscar o saber que a análise permite formular em relação à origem da moral. Nesse cenário, onde a análise sinaliza a existência do desejo oculto no sujeito, faz um paralelo com os ideais do ser humano que funcionam como imperativos, o ideal humano e o ideal do amor genital. É o amor presente na intersubjetividade que o sujeito mantém com seu desejo desvelado através da situação analítica. Segundo Lacan, a análise forneceu uma mudança de perspectiva tão importante sobre o amor, colocando-o no centro da experiência ética. A análise foi mais adiante nas considerações sobre o amor do que a visão dos moralistas e dos filósofos, pois estes situavam o amor na economia da relação inter-humana.

Observa-se que o conceito de amor retorna na análise lacaniana sobre a ética, moral e desejo. É coerente assinalar que na psicanálise o amor ganha um sentido erótico, pois, sabe-se até aqui que, falar do amor na psicanálise é falar no poder da transferência e seus efeitos: “sabemos que o amor, na prática analítica, recebe o nome de transferência” (MOURA; SOUZA, 2013, p.135). Seria essa uma forma de falar da transferência produzida a partir do amor que provém da análise, obedecidas as colocações feitas a respeito da ética na psicanálise? Se essa ética está voltada para bem dizer o sintoma do sujeito, estaria assim, construída uma relação entre a fala pelo acesso à transferência e a sua posterior interpretação? Essas indagações, ancoradas num discurso sobre a ética, mostram o quanto a psicanálise e o analista podem se implicar numa relação de trabalho com o paciente, posicionando-se diante da polarização que é um efeito comum no encontro com outras práticas multidisciplinares.

3.5 Diferentes éticas na leitura da psicanálise e a necessidade de intervenção do psicanalista

A atuação da psicanálise no espaço hospitalar parece se colocar à prova a todo momento, na medida em que se mostra como o único recurso possível ao apontar a necessidade que tem o sujeito de nomear elementos próprios de sua subjetividade. Nesse aspecto, tem-se a certeza de sua intenção de trabalho, ao se colocar à disposição para a escuta do conflito de natureza inconsciente. Ocorre, assim, seu ritmo e direção, próprios de uma dinâmica inerente ao modo particular de respeito ao convívio no meio social no qual se vê implicada.

No que diz respeito à fala como representação de um sintoma que alude ao sofrimento psíquico, a ética assume seu valor mais superficial ao se configurar como um atributo moral voltado para o acolhimento do sujeito. Segundo Moura (2003, p.23):

É ético, ao estarmos diante de um outro que sofre, seja ele paciente, família ou profissional, inaugurar constantemente o novo e o inédito, no sentido de ser uma possibilidade de tratar o insuportável, através de um a um, tendo como direção o fazer falar a diferença, para que cada sujeito possa existir no que ele tem de mais singular, sua história, sua subjetividade.

Ao priorizar a ética como uma forma de espaço de acolhimento e respeito à fala do sujeito, o qual nos momentos de angústia se encontra à mercê de suas próprias moções transferenciais, torna-se visível a necessidade da emergência do analista no processo transferencial que se desenvolve no sujeito diante do outro no espaço hospitalar. Para Moura e Souza (2013, p.136):

Falar é fazer a experiência da falta e a falta faz surgir a suposição de que o objeto está no outro, neste caso naquele que escuta, no analista. Do lado do analista trata-se do amor usado como instrumento para produzir um saber sobre a verdade. Indagar sobre os efeitos da transferência no hospital com base na presença do analista, não em direção adaptativa ou pedagógica, é fundamental para sua formalização e transmissão. Só sabemos da transferência e do inconsciente por meio de seus efeitos.

Pôde-se concluir, até agora, o quanto a psicanálise, de Freud a Lacan, e seu modo particular de interpretação, esbarra nos imperativos da ciência médica, requisitando seu lugar em nome de uma ética que prioriza o sujeito submetido ao seu desejo. Essa solicitação não se dá pelo simples intuito de fornecer a sua oferta, ou seja, a da escuta do sujeito, endereçada ao analista, mas pela necessidade de sua inserção junto à equipe de saúde. É claro que, mediante o estatuto ético de cada especialidade nesse respectivo campo profissional, o primor ético psicanalítico passa longe do significado que é para outras áreas, mas ao mesmo tempo, não se exclui das exigências de um rigor dado como prioridade no acolhimento ao paciente com sua enfermidade, seja orgânica, seja psíquica. Sarno e Fernandes (2004) afirmam que a presença de equipes multiprofissionais no âmbito hospitalar sinaliza a existência de uma diversidade de “éticas”, as quais fornecem subsídios para a atuação dos diferentes profissionais que fazem parte do corpo de saúde em uma instituição hospitalar.

O psicanalista e a psicanálise passam a caminhar em um terreno repleto de incertezas e de contingências. Independente das posições que lhes restam no campo da medicina – extraterritorial e marginal – conforme Lacan (1966) nos esclareceu. É claro que a natureza de sua implicação segue por um caminho onde seu horizonte ético abrange o sujeito silenciado pelo estatuto científico. É fundamental que o psicanalista saiba por onde trilhar, priorizando seu lugar na relação de trabalho. Esse lugar, regido e resguardado por sua ética faz prevalecer sua atuação e o modo como se conduzir. Nesse meio, onde há um sujeito que sofre, que não consegue ser escutado, além da complexidade do sofrimento pela dor no seu corpo, sobra um lugar para que a psicanálise e seu representante possam atuar, se inserindo de modo a consolidar através de sua oferta um laço que figure como meio de conexão entre o paciente e a rede de saúde. Ou como Moura (2000, p.14) faz questão de considerar através de sua concepção na área hospitalar:

Para as práxis possíveis da psicanálise pensamos não na sua aplicação na instituição hospitalar, mas na implicação de todos numa construção. E para isso, o psicanalista, sem medo de perder o lugar que lhe é devido, pode escutar pacientes, familiares e profissionais, sabendo que a palavra pode ajudar o ser falante a suportar melhor a condição humana.

Após todas as considerações feitas a partir do lugar da psicanálise no hospital, restrita à sua ética e peculiaridades inerentes ao exercício e função do psicanalista, é crucial a busca da

compreensão de como é possível a transmissão de seu saber. Tomando como referência o manejo da transferência, o qual passa a servir como parâmetro na distinção de um modo de atuação próprio, diferentemente do desempenhado por outros profissionais, passa a ser crucial refletir sobre a forma como o psicanalista conduz o seu trabalho no núcleo dessa relação. Uma relação intrínseca de trabalho, marcada pela forte presença do poder da transferência que é comum a todos.

A psicanálise no hospital se apoia na sua própria estrutura clínica, na escuta das motivações e desejos inconscientes de cada sujeito. Portanto, se há um inconsciente que fala, pode haver um espaço para o analista que o ouve, através de uma clínica representada pelo seu saber.

Resume-se, então, que, não existe uma clínica sem ética assim como não há uma psicanálise sem alguém que a represente. Do psicanalista se exige o dever de “*saber manejar a transferência sem perder-se nela*” (LACAN, 1959/1960/2008).

3.6 O psicanalista no hospital e o manejo da transferência como elemento distinto em uma equipe multiprofissional

Todo principiante em psicanálise provavelmente se sente alarmado, de início, pelas dificuldades que lhe estão reservadas quando vier a interpretar as associações do paciente e lidar com a reprodução do recalcado. Quando chega a ocasião, contudo, logo aprende a encarar estas dificuldades como insignificantes e, ao invés, fica convencido de que as únicas dificuldades realmente sérias que tem de enfrentar residem no manejo da transferência (FREUD, 1915[1914], p.177 1996).

Para além das dificuldades de uma psicanálise inserida no ambiente hospitalar, no que tange ao fato de sustentar seu espaço de implicação, inclui-se a ansiedade por parte de alguns psicanalistas ao lidarem com o fenômeno clínico da transferência. Nessa circunstância, é lógico pensar que cabe a este clínico o conhecimento e o manejo de tal acontecimento durante o atendimento, pois é o psicanalista a pessoa habilitada a saber como desvendar as resistências desse conteúdo no inconsciente.

Mas convém assinalar, antes, o fato de um psicanalista não se encontrar sozinho em seu trabalho no hospital. Com sua presença, divide-se o espaço com outros membros de assistência e acolhimento ao usuário. O psicanalista – nesse tipo de cenário – é também um agente de saúde, pois é parte integrante de uma equipe multidisciplinar. Com ele, atuam médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos etc.; todos direcionados ao olhar clínico no tratamento de seus pacientes.

Fato constante e comum ao se pôr perante as atribuições desses respectivos profissionais, é o interesse por parte do paciente no saber sobre seu incômodo, sobre o mal-estar que lhe aflige dor. Ele cobra desses, respostas; esses que, segundo seu imaginário, se revestem da representação de um saber; pessoas que representam a esperança no alívio e exclusão de seu sofrimento. É a demanda do paciente deslocada para o agente de saúde. Fica estabelecido um tipo de relação intrínseca entre os dois, mas que, pelo acesso à transferência, tornam-se visíveis diferentes formas de atenção durante o tratamento.

Conforme discutido anteriormente, a transferência sinaliza no sujeito a necessidade do saber sobre seus sintomas. Isso fica claro e nítido para alguém que saiba fazer uma tradução desse sinal – o psicanalista. Diferentemente da percepção que tem o médico, por exemplo, a transferência ganha um destaque especial em sua leitura, pois para o analista, são revelados diversos elementos psíquicos, ao passo que, para o médico, esse tipo de manifestação do inconsciente é ignorado por seu universo de saber. Mas se a transferência é algo comum na prática hospitalar, quando por ocasião do contato com tantos outros profissionais, como agem em relação a este tipo de fenômeno clínico? Segundo Soares (2000), cada profissional de saúde consegue criar a possibilidade do surgimento da transferência durante seu trabalho no hospital, mas esclarece que, cada um deve manejá-la, conforme suas formas de conhecimento.

Diferentes modos de atuação, mas pelo fato de fomentarem o mesmo tipo de reação comportamental, os atendimentos se potencializam à medida que essas representações são deslocadas para o agente da equipe multidisciplinar. Freud (1900/1996) afirma que a transferência se apresenta como uma forma de deslocamento de investimento ao nível das representações psíquicas, revelando um desejo oculto e inconsciente. Independentemente de quem acolhe a demanda – psicanalista ou não – o afeto, revestido de sentimentos amistosos, é capaz de orientar o eixo de trabalho. Cabe, antes de tudo, refletir sobre a forma como se dá o manejo da transferência, e também da contratransferência, em razão de determinadas circunstâncias, levando em consideração suas representações na instituição hospitalar. Por isso, dever-se-á levar em conta a dinâmica transferencial como uma força que envolve qualquer sujeito.

Corpas e Loyola (2005), ao referirem-se ao fenômeno da transferência e a sua contratransferência junto ao profissional de saúde mental, afirmam que tais acontecimentos clínicos são possíveis de ocorrerem com qualquer tipo de profissional, independentemente de sua formação.

É importante lembrar que, muito embora tenha partido da psicanálise a iniciativa de se ocupar de tais fenômenos, produzindo teorizações sobre eles e utilizando-os como instrumentos clínicos, não significa que tais fenômenos se restrinjam à psicanálise e sua prática clínica. Muito pelo contrário, Freud ressaltava, já em 1912, o fato de que a transferência não deveria ser atribuída à psicanálise, mas sim aos sujeitos. Por serem fenômenos que dizem respeito ao sujeito, poderão então, se manifestar em toda prática que dele se ocupa, seja psiquiatria, enfermagem, psicanálise, terapia ocupacional, assistência social etc. (CORPAS; LOYOLA, 2005, p. 379).

Vê-se, portanto, que o fenômeno da transferência em psicanálise na prática hospitalar não exige quem se envolve durante sua produção, na relação a dois – profissional de saúde e enfermo – no processo de tratamento. Mas o manejo em si, é que se torna o “x da questão”; se não for interpretado eticamente, tende a produzir a possibilidade no paciente de se implicar ou não naquilo que a medicina em sua terminologia médica denomina de “boa adesão” (adesão ao tratamento). Corre-se assim, o risco do abandono da instituição, conforme Freud (1912/1996) já alertava. Eis aqui o momento para a reflexão sobre a inserção do trabalho do psicanalista no campo da medicina.

Nos momentos em que a psicanálise é solicitada a fazer uma intervenção, por demandas oriundas da relação de trabalho do médico junto ao seu paciente, é notória a falta de conhecimento ao lidar com a reação transferencial do sujeito em atendimento. Seja no ambulatório ou no setor de internação, há esse sujeito que demanda atenção, amor, deflagrando, assim, a vulnerabilidade em que se encontra, face aos seus sentimentos que vão se expondo. Ao transferir esses sentimentos – geralmente de natureza amorosa – ao profissional médico, este não entende a razão de tal acontecimento. Devido a sua inaptidão para lidar com a forte presença desse respectivo episódio, ele tende a se afastar de seu paciente, complicando, por vezes, o estado emocional em que o mesmo se encontra. Esse fato nos remete às colocações elaboradas por Freud (1915[1914]/1996) em *Observações sobre o amor transferencial*.

Nos atendimentos ambulatoriais, como exemplo, a sutileza com que se desenvolve uma transferência amorosa pode se tornar bastante intensa. Por ser um tipo de tratamento mais duradouro, com diversas sessões, e enquanto o paciente estiver à disposição da instituição, acarreta no processo diversas possibilidades, dentre elas, rupturas. Freud (1915[1914]/1996) nos alerta para essas interferências. Ao referir-se às dificuldades surgidas durante o manejo da transferência, menciona o caso de uma paciente que se enamorou do médico que a está analisando. Segundo Freud, para um leigo, existem três desfechos possíveis com a situação analítica. Um deles se dá no sentido de que as circunstâncias possibilitam uma união legal, e outra, é que paciente e médico se separem e abandonem o tratamento. Um terceiro desfecho concebível se dá de forma compatível com a continuação do tratamento; paciente e médico

iniciam uma relação amorosa e que não durará para sempre. Ele afirma que para o leigo essa terceira possibilidade pode ser assegurada, mas adverte que para o psicanalista a intervenção se dá de forma bem diferente. Freud enfatiza o segundo desfecho no intuito de demonstrar o quanto a transferência se dirige àquilo a que o médico representa e não a sua pessoa.

Após a paciente ter-se enamorado de seu médico, eles se separam; o tratamento é abandonado. Mas logo o estado da paciente obriga-a a fazer uma segunda tentativa de análise, com outro médico. O que acontece a seguir é que ela sente se ter enamorado deste segundo médico também; e se romper com ele e recomeçar outra vez, o mesmo acontecerá com o terceiro médico, e assim por diante. [...] para o médico, o fenômeno significa um esclarecimento valioso e uma advertência útil contra qualquer tendência a uma contratransferência que pode estar presente em sua própria mente. Ele deve reconhecer que o enamoramento da paciente é induzido pela situação analítica e não deve ser motivo para orgulhar-se de tal ‘conquista’, como seria chamada fora da análise. [...] para a paciente, contudo, há duas alternativas: abandonar o tratamento psicanalítico ou aceitar enamorar-se de seu médico como um destino inelutável (FREUD, 1915[1914]/1996, p. 178).

Estes desdobramentos pelos quais passam o médico e paciente apontam para a real necessidade de se pensar o quanto a transferência se fundamenta em resistências que podem advir de ambos. É na complexidade produzida na intensidade de respostas contratransferenciais, construídas e registradas nos aspectos subjetivos a cada um, como estereótipos, preconceitos, e, no caso do psicanalista, a não submissão ao desejo do analista, é que se pode presumir uma tendência quanto à inviabilidade do tratamento.

Um exemplo clássico que ilustra a afirmação acima é o caso clínico de Ida Bauer (caso Dora). Segundo Roudinesco e Plon (1998), esta jovem paciente histérica, durante sua breve análise com Freud, ao se dar conta de que desejava inconscientemente o homem que havia esbofetado na beira do lago (Sr. K), não suportou esse tipo de revelação durante a análise, vindo a abandonar o processo analítico. No que diz respeito a não continuidade da análise, é que Freud permitiu a ela que partisse quando a mesma resolveu interromper o tratamento. Dora não conseguiu encontrar em Freud a sedução que tanto esperava dele no ímpeto de suas fantasias inconscientes. Pela sua inaptidão em manejar a transferência, Freud deixou de ser compassivo com Dora ao promover-lhe uma relação amistosa durante a pulsão transferencial.

Freud (1915[1914]/1996) admite a dificuldade que é para cada um controlar a si mesmo, orientando sobre a recusa que o médico faz da neutralidade para com a paciente a partir do controle da própria contratransferência. Ele reforça em seu dizer que cabe ao médico não ceder ao amor que a paciente deseja que seja satisfeito. Para Freud (1915[1914]/1996, p. 182) “o tratamento tem de ser levado a cabo na abstinência”. Nessas observações, declara que é muito perigoso para a situação analítica que o amor seja satisfeito, quanto também que seja suprimido. Ele alerta para que o analista tenha cuidado em não afastar o amor transferencial,

mas afirma com veemência que este tipo de amor deve ser visto como uma recusa de qualquer tipo de retribuição. É possível afirmar a partir deste ponto que há uma lógica na interferência do tratamento quanto à sutileza de um movimento contratransferencial anexo ao viés clínico do desejo do analista.

3.7 A contratransferência e o desejo do analista

Fica nítido neste tipo de associação, ou seja, entre o amor transferencial e sua repulsa por parte do analista, o quanto a possibilidade da contratransferência ganha legitimidade. Apesar dessas contingências apontarem para o aspecto enganoso daquilo que se poderia configurar como o desejo do analista, isso, de modo algum, diz respeito à forma de como manejar as dificuldades surgidas durante a atuação de uma transferência. O desejo do analista caminha na direção oposta. Não se articula ao seu “desejo”, mas à função ocupada por ele. Segundo Maurano (2006), o desejo do analista é a condição base para que ele possa sustentar sua posição na relação analítica durante o avanço de resistências que surgem durante o processo analítico.

Lacan (1960-1961/2010, p.234), ao realizar a análise de uma nota de pé de página, onde há o registro de uma citação de Freud de um fragmento do discurso de *Alcíbiades a Sócrates*, aponta para o automatismo de repetição e o desejo do analista durante a análise. Lacan reconhece que o argumento a respeito do pensamento de Sócrates sobre o desejo de todos sobrepujar o próprio desejo de morte, é pouco válido, mas que assume um valor ilustrativo da direção que indica o senso de reorganização e reestruturação do desejo do analista.

Como forma dessa reorganização e reestruturação do desejo do analista, Lacan (1958-1959/2002) argumenta aquilo que seria o horizonte ético na relação com o desejo do sujeito na análise.

Este desejo do sujeito, enquanto desejo do desejo, abre sobre o corte, sobre o ser puro, aqui manifestado sob sua forma de falta. Esse desejo do desejo do Outro, afinal de contas, a qual desejo ele vai se confrontar se não for ao desejo do analista? E precisamente por isto que é tão necessária que mantenhamos diante de nós esta dimensão sobre a função do desejo. A análise não é uma simples reconstituição do passado, não e nem mesmo uma redução a normas pré-formadas, a análise [...]. Se eu a comparasse a algo, seria a um relato que seria tal que o relato, ele mesmo fosse o lugar do encontro do qual se trata no relato. O problema da análise é justamente que o desejo que o sujeito tem que encontrar, que é esse desejo do Outro, nosso desejo, esse desejo que é até presente demais no que o sujeito supõe que nos lhe demandamos, esse desejo se encontra nessa situação paradoxal que esse desejo do Outro que é para nós o desejo do sujeito, devemos guiá-lo não em direção ao nosso desejo, mas em direção a um outro. Amadurecemos o desejo do sujeito para um

outro que [não] nos, encontramos nesta situação paradoxal de sermos os mediadores, os parteiros, os que presidem ao advento do desejo (LACAN, 1958-1959/2002 p.517).

Um ponto importante a considerar é que Lacan fala em desejo do analista, fazendo uma interlocução com o conceito de contratransferência, elaborado por Freud. Para Maurano (2006), Lacan e a acepção da ideia de desejo do analista auxilia nos impasses na operação da questão de contratransferência, anunciando que o que implica para uma boa relação de trabalho analítico não são necessariamente os afetos positivos ou negativos despertados no analista, mas a qualificação que lhe autoriza a sobrepor a tudo isso na função de seu desejo de analista.

Vê-se, portanto, que a lógica que atua na compreensão do processo em análise, no dualismo transferência e contratransferência, é o lugar do desejo de analista, constituído com o mesmo a partir de uma função. A partir de sua deficiência em lidar com o manejo de tais conceitos, o processo de escuta corre o risco de ficar comprometido diante de sua própria contratransferência. Segundo Maurano (2006), se o analista priorizar os afetos suscitados nele pelos seus pacientes, essa função, ou seja, vinculada ao seu desejo como uma função, fica inviabilizada, pois sua atuação é diferente de abordagens psicológicas, caracterizadas por uma relação entre os sujeitos (intersubjetivo).

Se, por um lado, há a dificuldade no manejo da transferência devido a uma atuação da contratransferência do analista, por outro, como discutido até o momento, torna-se essencial sua implicação nesse processo. Mas, em se tratando da contratransferência, é viável esclarecer que essa ideia elaborada no campo da psicanálise não deve ser vista como o vilão na relação entre o analista e seu analisando. Ela pode ser um efeito, mas não um erro ou algo que se desviou daquilo que se esperaria como certo de acontecer. Lacan (1960-1961/2010) alude, inclusive, o conceito de contratransferência como fato comum e existente no círculo kleiniano (Melanie Klein) referindo-se ao trabalho conduzido por ela a respeito, ou ainda Paula Heimann num artigo que leva o nome de *on Counter-Transference*. Lacan não credita a contratransferência como uma forma de imperfeição na atualidade. E adverte, inclusive, que não possa ser vista assim. Ao considerá-la como não responsável pela imperfeição na análise, enfatiza o porquê de receber o merecimento desse nome:

Aparentemente a contratransferência é exatamente da mesma natureza dessa outra fase da transferência sobre a qual pretendi, da última vez, centrar a questão, opondo-a à transferência concebida como automatismo de repetição, a saber, a transferência enquanto sentimentos experimentados pelo analisado com relação ao analista. Pois bem, a contratransferência de que se trata – e que se admite termos de levar em conta, se permanece em discussão o que devemos fazer com ela, [...] é feita de

sentimentos experimentados pelo analista na análise, e que são determinados a cada instante por suas relações com o analisado (LACAN, 1960-1961/2010, p.237).

É nesse espaço de análise que a contratransferência ganha destaque, ao ser inclusa na complexidade do manejo da transferência. Voltando à colocação inicial de que preconceitos e estereótipos inviabilizam a atuação do analista, com o mesmo se afastando de seu desejo, é possível afirmar que essa forma de atuação do psicanalista interfere no processo de tratamento com o paciente. Nessa proposição, Freud, à luz do curto período de tempo de tratamento de Ida Bauer (Dora), demonstrou sua falta de êxito no manejo da transferência, uma vez que a contratransferência o impedia de deixar desenvolver o desejo de analista. Segundo Roudinesco e Plon (1998), a maioria dos comentadores acerca do caso Dora se referem ao tratamento dado por Freud como “malsucedido”. Entretanto, afirmam que ele deixou claro o reconhecimento de sua parte pelas dificuldades que teve com essa paciente, não escondendo esse tipo de deficiência ou algum tipo de preconceito. Ou conforme as observações de Patrick Mahoney a propósito de Ernst Lanzer: “ - quando comparamos as contratransferências de Freud com seus principais pacientes, temos a sensação de que ele simpatizava mais com o Homem dos Ratos do que com Dora ou com o Homem dos Lobos” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.50).

Voltando à temática principal sobre a atuação do psicanalista em uma equipe multiprofissional, onde, por sua habilidade, destreza ou até mesmo limitação durante a ação de uma contratransferência, ele, como qualquer outro agente de saúde, se vê de frente na condução do tratamento clínico do paciente. No tocante a essa reação de sentimentos, é visível e compreensível o sentimento de estranheza por parte de outro profissional em relação à falta de técnica ao lidar com qualquer tipo de afeto no encontro com o paciente. Não se trata de simplificar ou até mesmo ignorar o sujeito que desenvolve uma transferência positiva ou de cunho negativo, pois conforme o próprio Freud, reconhecendo sua dificuldade durante o manejo, não se eximiu de mostrar que o tratamento poderia ter continuidade. Mas torna-se importante buscar compreender que tipo de conflito psíquico faz com que a existência de expressões de natureza iatrogênica seja responsável pela repulsa, por vezes, ao atendimento. Segundo Corpas e Loyola (2005), ao articularem a noção de uma contratransferência após a ação de uma transferência, juntos ao profissional cuidador¹¹, esclarecem que a contratransferência, apesar de ser um conceito muito criticado por diversos autores, não deve ser lida de uma forma crua, baseada na crença pessoal desse cuidador. No caso de uma

¹¹ Para Corpas e Loyola (2005), a denominação de cuidador estende-se ao profissional de saúde mental ou não, mas àquele que exerce o cuidado pelo paciente, não se restringindo a categoria profissional “cuidador em saúde”.

transferência negativa desenvolvida pelo paciente, não é se irritando com determinado tipo de comportamento, ou o hostilizando, deixando-o mais tempo para ser atendido, como exemplos.

Estes conteúdos psíquicos, ou seja, a contratransferência e a transferência, transmitidas pelos profissionais e seus pacientes, funcionam como efeitos de investimentos inconscientes nas figuras que as representam, em suas formas mais singulares. Da mesma forma, foram observados por ocasião da constatação dos atendimentos às pacientes históricas por Breuer e Freud, não obedecendo a uma lei ou a uma regra que os conduzam às vias de fato (suas manifestações). Lembrando que, segundo Freud (1900), o inconsciente é atemporal, não é regido por leis. Cabe dizer que sua lógica de funcionamento não obedece aos mecanismos ditos conscientes, como os atos voluntários. Mas, se a partir dessas sentenças, poder supor a possibilidade de que o paciente, ao ser abordado pelo psicanalista durante a execução de uma medida protocolar, a primeira consulta, como exemplo, venha a se sentir cerceado pelas implicações e atravessamentos dos quais fazem parte o cotidiano de um hospital? A exemplo, as consultas nas enfermarias, longe do espaço privado da sala de ambulatório, implicando assim, insegurança no paciente durante os atendimentos propostos? Esses questionamentos remetem aos embates dos quais os profissionais de saúde, principalmente o psicanalista, não estão isentos no contexto hospitalar. Para Baroni e Kahhale (2011), o “manejo” para o analista vai além do dispositivo clínico da transferência. Ele tem de conseguir elaborar uma forma de lidar com as interrupções e interferências que ocorrem, não apenas por parte de outros profissionais, mas com o próprio sujeito, ao apresentar intercorrências físicas no momento do falar.

As indagações acima remontam, de certa forma, a uma hierarquização entre os profissionais que compõem o corpo de saúde. Retratam dispositivos institucionais, dispositivos de poder (FOUCAULT, 1979). A sistemática com que a transferência em psicanálise exerce a partir de seu movimento, suscitando uma diversidade de sentimentos e emoções, faz parte dos efeitos desses dispositivos de poder, pois todos os que estão envolvidos se veem sujeitos às normas e procedimentos subsequentes a ela, não apenas o psicanalista. Segundo Ravanello e Farias (2012, p.06):

Na medida em que a transferência certamente não ocorrerá somente com o analista, mas também, de maneira geral, com outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e com funcionários importantes para o paciente), estas relações acabam por se inserir igualmente na lógica dos dispositivos de controle e do biopoder.

Não se trata de associar a demanda da transferência ou da contratransferência à lógica de controle ou de disciplinarização em razão de seu caráter contínuo às pressões impostas por

resistências ocultas no inconsciente. Trata-se da questão de como conduzir e reconduzir, ao mesmo tempo, as incidências que resultam da inabilidade de profissionais, inclusive o próprio psicanalista, sobre o estado psíquico do paciente a eles subordinado. De que forma, então, através de técnicas profissionais, se é que se pode colocar assim, poder-se-á conciliar as tendências que esses conteúdos mentais exercem sobre seus autores? Impossível de se obter uma resposta, pois esses objetos, armazenados no inconsciente, podem surgir de condições adversas à própria estrutura de organização de tratamento daquilo que se espera, em tese, ao acolher o paciente. Supõem-se, nesta perspectiva, a existência de uma angústia inerente aos momentos de urgência decorrentes de atendimentos nas emergências nos hospitais.

Falar em urgência referindo-se à emergência hospitalar, no leito ou ambulatório, cabe dizer e considerar que ela assume um caráter singular, conforme os ditames da psicanálise voltada para sua implicação nesse ambiente. Acrescenta-se a partir desse aspecto o termo “subjetividade”, chamando a atenção assim, para a urgência subjetiva¹². Mas deve-se questionar, em consonância com tal assertiva, a relevância que ganha a expressão de uma transferência ao se manifestar durante a urgência subjetiva tendo como ápice de sua estrutura o manejo clínico pelo psicanalista. Como manejar a transferência nos momentos de urgência subjetiva?

Antes de situar o psicanalista e o manejo da transferência na clínica da urgência subjetiva se faz necessário compreender o que é e como se dá essa urgência.

3.8 Demandas para a inserção do psicanalista na clínica da urgência

[...] o psicanalista se defronta no trabalho com sujeitos hospitalizados, ou com doenças graves, deparando-se com uma prática que não é típica, que é a práxis da urgência. É um período em que o sujeito vai estar submetido a momentos inesperados, situações de perda, rupturas e descontinuidades de elementos de sua vida, que podem retirá-lo de seu ancoramento significativo, caracterizando-se por uma situação traumática que faz surgir a angústia. É neste período que se demanda a presença de um analista. O sujeito passa a se perguntar: Quem sou eu agora? (BARONI; KAHHALE, 2011, p.65).

Como bastante argumentado até aqui, o paciente ao procurar o médico traz consigo, não apenas o mal-estar físico, mas o incômodo psicológico. Face à angústia que o permeia, que o inquieta, ele se vê diante do real traumático, impossível de simbolizar em palavras, situando-se num “vazio”, ao experimentar uma sensação de desamparo. Seu estado de

¹² Segundo Batista e Rocha (2013) a urgência subjetiva é um dispositivo clínico através do qual o analista convida o sujeito a localizar o que foi transformado em ato ou encontra-se em intenso embaraço pela subtração da palavra e, por meio de uma operação analítica, a situar-se novamente diante do Outro a partir de alguns significantes que posteriormente se enlaçarão na transferência.

fragilidade decorre daquilo que não consegue dar sentido, quando formula perguntas como: “O que estou fazendo aqui? ”, “Será que o médico vai conseguir me curar? ” Ou mesmo no caso de pacientes que recebem o diagnóstico de uma doença fatal: “ E agora, o que vou fazer? ” Essas perguntas, típicas no ambiente hospitalar, convidam o psicanalista a intervir, pois o médico, ao não conseguir dar conta da angústia do sujeito ou da sua própria, requisita o psicólogo de plantão. Não se deve confundir essa intervenção como ajuda, mas como posição a ocupar. Para Moretto (2001, p.105), no modelo de intervenção psicanalítico, o lugar que o psicanalista ocupa não é o de “ajudante” do médico, mas de um profissional (enquanto função ocupada na equipe de saúde) que se endereça ao psiquismo do sujeito a partir do aforismo lacaniano Sujeito Suposto Saber. A autora reafirma ainda que, se esse analista tem a habilidade necessária para atuar sobre o manejo da transferência a partir da demanda de análise, seu lugar está garantido.

É nesse contexto que a dor, experimentada nos momentos de angústia, é gerida pela completa ausência de uma adequada interpretação. Dá-se a partir dessa, a sensação de um objeto faltoso por parte do sujeito e pela falta de uma percepção precisa de outros profissionais no campo da saúde. Sendo assim, a psicanálise pode lançar mão de seu representante. Segundo Moura (2000, p.07), “ o hospital é um local privilegiado onde o psicanalista se coloca diante de pessoas e de acontecimentos inesperados em suas vidas, os quais destituem o sujeito de seus significantes”. Nesse mesmo enredo, pontua que são essas as situações que confrontam o psicanalista com uma práxis atípica no hospital, a da urgência subjetiva, ou seja, quando o sujeito se encontra assujeitado aos acontecimentos inesperados. Dessa forma, a urgência para a psicanálise se origina no Outro, situando-se através da clínica da urgência subjetiva.

Mas de que forma, ainda, pode-se afirmar que, nos momentos em que o paciente se encontra destituído de suas referências enquanto sujeito, o manejo da transferência, trabalhado e conduzido pelo psicanalista, torna-se um acontecimento inerente às demandas subjacentes? De acordo com Carvalho (2008), é na desarmonia entre o médico, o paciente e o analista, na tentativa de suprir o efeito traumático através do real descoberto em momentos de urgência subjetiva, é que ocorre o convite para a atuação do psicanalista. Fica claro nesse sentido que, o sujeito, imerso na sua angústia, desolado a partir da falta de um significante que lhe dê sustentação, por ocasião de um diagnóstico emitido pelo médico, atua de forma a demandar seu sofrimento àquele que possa escutar as razões extraídas do seu caráter mais singular. Nesse aspecto, não se tem um descompasso apenas entre médico, paciente e o analista, mas

com todo um corpo de saúde que se esbarra na impossibilidade de saber lidar com iminências provindas da esfera da subjetividade nos momentos de urgência. Para Batista e Rocha (2013):

A demanda endereçada ao psicanalista no hospital é a de especialista da subjetividade”, localizando-o como um mais de poder da medicina, aquele que opera num campo onde o médico não alcança. Por não estar incluído no discurso médico, esse algo da subjetividade que resta e insiste” põe a trabalhar profissionais de todas as áreas da saúde e causa com frequência um grande incômodo nos profissionais de saúde, justamente por revelar que há algo que o discurso médico não contempla e, portanto, a ele não responde. E é esse o lugar que o psicanalista é convocado a ocupar. A demanda das equipes de saúde é quase sempre a de resolver urgentemente” e sem recursos, mas de forma absolutamente eficiente, o problema”, que é localizado sempre neste algo da subjetividade que escapa ao saber médico. Essas demandas colocam, com frequência, os profissionais diante de suas próprias urgências, incluindo aí o psicanalista.

A correspondência entre momentos de urgência e aspectos relativos a componentes psíquicos subjacentes à subjetividade de cada sujeito parece mobilizar todo o conjunto de profissionais a se engajarem no processo de tratamento. Nessa perspectiva, destacam-se os acontecimentos imprevistos na atuação desses profissionais e os usuários. Para Moura (2007) a sensação de desamparo e a possibilidade da finitude são apresentadas abertamente para todos os envolvidos na instituição hospitalar. É nesse contexto onde o sujeito, ao se dar conta da castração que lhe é inevitável, suplica através do amor ao transferir seu afeto como substituto de uma falta como resposta a quem lhe acolhe. Este sujeito, por sua vez, se encontra num espaço físico onde a demanda lhe é iminente, onde a urgência lhe dita a forma e os efeitos de uma transferência.

Ao sinalizar a presença da transferência nas situações de urgência, Moura (2000) afirma que os efeitos produzidos a partir de então, se refletem nas ações de ordem analítica em ações de ordem não analítica. Ou seja, o paciente ao se encontrar em um estado de desamparo, imerso na angústia como resposta ao real impossível de se traduzir em palavras, recorre através de afetos amistosos à atenção que julga lhe ser de direito.

Dada a importância de se estabelecer um vínculo transferencial com o profissional nos momentos de urgência, é de suma importância a distinção da forma de enquadramento no processo de tratamento, necessário à escuta que representa o eixo norteador na relação entre paciente e o profissional. Na dor, na produção do sintoma, na sequência dos imprevistos e do inevitável, a escuta se faz emergente, viabilizando, assim, ferramentas necessárias ao imperativo da demanda de atuação sobre a transferência. Batista e Rocha (2013), ao darem a importância da existência de alguém que consiga traduzir a leitura do sujeito em situações de urgência, aludem ao profissional “psi”, o qual ocupa um lugar onde algo da transferência se instala sem permissão para acontecer.

Viu-se, portanto, que a dinâmica da transferência e a resposta de uma contratransferência, são elementos que incidem de forma invasiva na relação de trabalho entre o sujeito e o seu cuidador (como alguns autores preferem mencionar). Seja o médico, enfermeiro, nutricionista, o profissional “psi” (psicólogo e/ou psicanalista) e a lógica com que devem compreender e lidar com tais fenômenos clínicos – não condicionados apenas às quatro paredes de um consultório ou de ambulatório – são de caráter primordial na posição em que cada um deve ocupar. Dito de outro modo, no manuseio desses imprevistos clínicos, frutos de objetos oriundos do inconsciente (priorizados por uma correta leitura e ética psicanalítica), cabe, sempre que possível, enfatizar a metodologia que se adequa às formas com que cada um deve se comprometer com o real compromisso com o sujeito e seu sofrimento.

Interessante pensar, por um momento, que o protótipo de um modelo de atuação do psicanalista no hospital parece se resumir sob a égide de um amor que não cessa de se inscrever diante do desejo do Outro do inconsciente. Na clínica da urgência subjetiva, demonstra ganhar destaque, à medida que o sujeito deposita no outro o desejo de saber, materializando no espaço físico de contato o sujeito suposto saber. Convém se pensar que esse espaço físico pode se configurar nos moldes de um ambulatório ou em outro espaço qualquer que haja o paciente, sua família, o sujeito, comportando a marca de sua angústia. Assim, onde quer que esteja o psicanalista ou aquele outro que intervenha de maneira ética e adequada, o sintoma não se cala, apontando um sujeito que demanda tratamento. Ao ser acolhido no serviço ambulatorial, por exemplo, testifica à luz de seu ouvinte o seu mal-estar.

No espaço silencioso e reservado de um ambulatório, o poder da transferência poderá emergir, simbolizando assim, um local para início de uma acolhida sem intervenção alheia, ou seja, por parte de outro profissional de saúde. Entretanto, convém salientar que ao ser atendido inicialmente nesse espaço, o paciente já demanda uma atenção em particular, pois a ele se destina todo um processo de tratamento, sendo instituído pela escuta através do sintoma uma abertura para inclusão da escuta psicanalítica.

Ao se estabelecer uma interação entre paciente e profissional, seja nas situações de urgência ou não, não há uma garantia do desenrolar de um vínculo transferencial, pois o reflexo desse objeto psíquico não condiz com uma regra, como se tivesse um local e uma fórmula apropriados para virem a ocorrer¹³. Neste sentido, deve-se pensar na transferência como um ato no cenário clínico, uma ação imposta por uma força inconsciente às vontades de

¹³ Ver no segundo capítulo o conceito de “acting out” e a articulação com a cena de bofetada proferida por Dora no Sr. K.

cada um dos personagens em jogo. Como nos momentos de urgência, as emoções e sentimentos dirigem, de certa forma, o comportamento de alguns pacientes. É viável assim, considerar o fato de poder afirmar que as ações são efeitos de situações de contingências, onde tanto o profissional quanto o paciente testemunham seus prováveis resultados e conclusões. Seguindo esse percurso, torna-se importante refletir sobre as considerações de Jordão (2012) sobre a temática e o dualismo emergência/urgência no contexto da saúde mental. Para ela, as situações de urgência provêm das situações de emergências, não cabendo totalmente ao sujeito o compromisso sobre o seu bem-estar. Segundo suas considerações:

Responsabilizar o sujeito para que ele se implique e se aproprie do que é urgente nele e para ele é responsabilidade do profissional [...] E isso leva tempo. No entanto, há situações que podem requerer uma intervenção rápida e imediata. E aí, em vez de espera, a pressa deve imperar. O manejo e a decisão sobre o que fazer não deve obedecer a fórmulas prescritas ou protocolos estabelecidos. Talvez possam ser determinados por uma certeza antecipada e seus efeitos tenham que ser aguardados (JORDÃO, 2012, p. 96).

É comum no decorrer de uma série de atendimentos a ânsia do sujeito em querer dar continuidade a sua fala, a sua história, ao seu sintoma. Conforme Nali (2002, p.5) esclarece:

Ocorre, muitas vezes, o fato de o ambulatório funcionar como uma espécie de *ponto de partida* para o sujeito buscar uma análise e isso depende, essencialmente, da instalação da transferência e seus desdobramentos. Por outro lado, isso também nos remete a uma questão, tão importante quanto, que diz respeito à impossibilidade de instalar intencionalmente a transferência, visto que ela não ocorre propriamente ou necessariamente por estar num âmbito institucional, mas diz respeito à estrutura psíquica do paciente

Vê-se que a angústia – avassaladora nas situações de urgência (sem endereço fixo para acontecer) – institui, de certo modo, o desejo no sujeito na tentativa de aplacar seu sintoma, acedendo através da transferência, aos diferentes tipos de afetos atuados na clínica da urgência. A partir dessa assertiva, torna-se possível a compreensão das dificuldades interpostas entre o paciente e a equipe de saúde, salvaguardando sempre que possível, o trabalho desenvolvido pelo psicanalista e sua implicação nesse processo.

Cabe aqui uma última exposição referente ao psicanalista inserido na equipe multiprofissional. Ao se implicar nas investigações desses mecanismos de sustentação da experiência descoberta por Freud, ele não se restringe apenas ao se situar como alguém que tenha a habilidade para uma escuta apropriada, um saber ouvir o sintoma. Ele está incluso no todo, numa função de analista, variando do particular para o público, e não subentendido como um profissional que se fixa em uma posição única de trabalho. Aliás, o psicanalista não se pauta em ocupar uma posição, um lugar (espaço físico), mas a preencher uma função, a da

clínica do sujeito, do aspecto singular do indivíduo¹⁴, levando em consideração toda a pluralidade que caracteriza o ser humano: “[...] após avanços, vemos que o analista, onde estiver, pode preservar sua posição, já que, esta, se refere a uma função e não a um lugar pré-determinado. O analista pode, então, sair do consultório [...]” (MOHALLEM, 2003, p.25).

Nesta ótica, ao implicar-se no cotidiano de um hospital – lugar ocupado pelo saber médico – sua presença vai de encontro ao sofrimento advindo de doenças orgânicas e da necessidade do sujeito em falar de si, de sua recusa da dor, da doença, daquilo que lhe remete a clínica do real. Para Ansermet (2014), a psicanálise e o analista se remetem a esse cenário composto pelo campo subjetivo, onde, através da transferência, o sujeito se encontra com o real.

A clínica psicanalítica procede da experiência da singularidade como tal. O saber sobre o qual ela se funda é, com efeito, o próprio do sujeito. Ele deve ser extraído mais do que aplicado. Do lado do analista, a espera necessita abandonar todo preconceito. O sujeito é, de fato e por definição, exceção ao universal. Só o sujeito pode saber o que constitui seu impasse. Isso não impede que não se possa falar, caso não se seja ouvido. Não nos escutam os sozinhos. Ouvir faz parte da fala. Assim a psicanálise só pode ser uma clínica sob transferência (ANSERMET, 2014).

Dada esta importância, ou seja, que a clínica psicanalítica é operada a partir do real traumático para o sujeito, o psicanalista se distingue de outros profissionais por assumir essa função. Se coloca assim, de forma a possibilitar ao sujeito, alternativas na tentativa de suprir a sensação de desamparo que, enquanto imerso na clínica da urgência, não lhe resta outra coisa, a não ser o falar, falar de si, de sua história. Desse modo, guiado pelo desejo do analista, consegue se enxergar como alguém que tem a possibilidade de experimentar um alívio através da fala do seu mal-estar, não estando totalmente ausente, em certa medida, das mazelas surgidas nas situações de urgência. Para Mohallem (2003, p.26), o psicanalista no hospital tem um encontro com uma pessoa que sofre, alguém que devido à doença manifesta, teve seu dia a dia rompido por rupturas agudas caracterizadas em situações de urgência.

Essas questões apontam incisivamente para a uma relação mais próxima, mediante a tensão experimentada nos difíceis momentos, tanto para quem suplica por alívio quanto para aquele que acolhe. Chega-se assim, em parte, a uma relação de dependência, onde o paciente se dispõe integralmente a transferir seus sentimentos mais remotos em direção àquele que se dispõe a ouvi-lo. Em um cenário onde a emergência aciona a urgência, delegando a cada um envolvido – paciente e profissional – a responsabilidade pelo compromisso em dar conta de si, não resta outra possibilidade a não ser o caminho pela fala, na tentativa de elaborar o trabalho

¹⁴ Lacan (1960-1961/2008) adverte para não se pensar no indivíduo como um ser único ou algo a ser ocupado por um corpo, mas que a individualidade deve ser considerada como uma relação do sujeito com o desejo.

de luto diante de perdas simbólicas nas situações de urgência. Apesar de se encontrarem neste mesmo horizonte, ambos são responsáveis, e porque não, pela busca ao dar conta do elemento contingente. “Na clínica da urgência, nesses momentos de crise, nessas situações adversas, o que acontece é da ordem do imprevisível, não só para o paciente, mas também para o profissional” (MOHALLEM, 2003, p. 29).

Estabelece-se assim que, o psicanalista, incorporado como agente da saúde, implicado como parte de um processo terapêutico em uma equipe multiprofissional, leva a essa representação coletiva sua função de poder atender o sujeito nos momentos de crise. Se tentar simbolizar esse real, impossível de se traduzir em palavras, culminando assim na reedição de protótipos infantis, se apresentar como forma única e exclusiva de aplacar o mal-estar, cabe ao analista propor ao sujeito formas de elaboração de seu sofrimento. Simpatia com o psicanalista ou com outro profissional? É uma indagação que procede, mas se não fosse por aquilo que Lacan chamou de Sujeito Suposto Saber. Este sim, ou seja, a representação manifesta é que aponta o profissional para a possibilidade da transferência. De acordo com Nali (2002, p.38):

O que parece então ocorrer é que justamente a "função" de *sujeito suposto saber*, desempenhada por um membro da equipe, propiciaria a transferência, e assim poderia produzir um efeito no paciente. A suposição de um saber poderá ou não ser (re) endereçada ao analista

Mesmo não tendo um objeto específico, ao ser conjugada na relação de tratamento e acolhimento, a transferência não é inócua a este local, se fazendo presente, antes de tudo, a partir de uma identificação com a instituição para depois ser dirigida à equipe no hospital. Para Nali (2002, p.8):

Portanto, consideramos que o analista herda uma transferência que inicialmente foi estabelecida com a instituição, sendo depois dirigida ao médico ou a um membro da equipe. De qualquer modo, não há uma desapropriação dessa transferência. O que pode ocorrer é que o paciente, ao buscar um saber sobre sua doença, poderá encontrar a possibilidade de buscar um *saber outro* sobre si mesmo diante daquele sofrimento

Segundo Mohallem (2013, p.29), no hospital, tanto o paciente quanto seus familiares, ao receberem uma infinidade de informações por parte da equipe de saúde, promovem uma forma de interpretação dos fatos delineados pela realidade psíquica de cada um.

Desse exposto, Moretto (2001) procura tomar a psicanálise no hospital como sendo uma clínica que diz respeito à realidade psíquica, provocando assim, uma forma peculiar do ato de falar; da fala do sujeito que, a partir desse se produz sob transferência. Sendo peculiar também sua maneira de se relacionar com o tempo, no intuito de remanejar a realidade através de sucessivos deslocamentos.

Enfim, o psicanalista ocupando a sua função na representação do Sujeito Suposto Saber tem a possibilidade de levar ao sujeito – enfermo em uma instituição hospitalar – possibilidades para elaborar seu sofrimento a partir da escuta sob transferência. Esse pode ser seu diferencial enquanto membro de uma equipe de profissionais de saúde. No manejo da escuta, da transferência, ele se permite aceder ao inconsciente. Como visto até aqui, a transferência é comum entre a equipe, mas a ele, o psicanalista, lhe cabe toda a responsabilidade ao saber como manejar no processo analítico ou na urgência.

Além dessas características que lhe são peculiares, o psicanalista implica-se no coletivo, levando a psicanálise a se ocupar de espaços preenchidos pela dor; levando sua oferta aos profissionais de saúde, ao paciente, à família, ao contexto. Ou conforme a apreciação de Levi e Moreira (2009, p.16):

Ao oferecer sua escuta ao enfermo, o psicanalista possibilita que este se manifeste, suportando seu discurso para que ele simbolize sua dor, seus afetos e suas fantasias, assim fazendo parte do seu processo de hospitalização. Ao psicanalista no hospital, é possível, além de escutar o enfermo, viabilizar a interlocução com a equipe de saúde e familiares.

Este é seu trabalho no hospital – a escuta do sujeito e seu desejo –, de onde o inconsciente não tem hora nem lugar para falar, se potencializando através do movimento contínuo e permanente da transferência. Seja no ambulatório, seja na internação, seja na clínica da urgência, há um sujeito que demanda falar. Preso à angústia de portar uma enfermidade orgânica e a sintomas psíquicos, ele sinaliza a todos os profissionais, sem exceção, seu desejo de ser ouvido, de reconstruir sua história como sujeito, de resgatar significantes que lhe moldam como ser desejante. Para sua segurança e cuidados, existe o profissional de saúde. O psicanalista, enquanto componente desse corpo de trabalho, leva a psicanálise com a proposta de se implicar no processo de promoção da saúde. Apesar de ser único, ele está ali, no processo como um todo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos neste trabalho compreender as razões acerca da manifestação do fenômeno transferencial entre o paciente e a equipe de saúde na instituição hospitalar, bem como a emergência do olhar da psicanálise para esse objeto e sua implicação nesse ambiente. O interesse pelo tema partiu de minha experiência no Instituto Nacional de Infectologia/Fiocruz, onde pude verificar a sutileza com que a transferência envolve pacientes e profissionais, a partir de observações supervisionadas e um desenvolvimento teórico que dispõe da literatura psicanalítica como eixo norteador. Os atendimentos realizados aos pacientes durante as consultas em ambulatórios, e aqueles em situação de internação, fomentou o interesse pelo estudo em questão.

Não foi objetivo nesta dissertação realizar estudos de casos, tampouco relatar exemplos ocorridos na referida instituição, mesmo que criássemos alternativas para não expor o paciente, como exemplo, a utilização de pseudônimos. Entendemos que, ao se produzir um material teórico a respeito do estudo da transferência em psicanálise, não se cria uma necessidade de estruturar objetos de pesquisa como questionários ou algo semelhante. Partimos da noção de que, para a psicanálise, não se pesquisa o inconsciente do sujeito, mas sim a promoção de sua escuta.

A problemática levantada se deu a partir de um referencial teórico, norteado por eixos temáticos e conceitos extraídos à base de uma pesquisa bibliográfica que tem como principais autores Freud e Lacan. Esses nomes serviram como principais fontes na busca de uma reflexão crítica voltada à compreensão de formas de produção do conceito em si, delineado na articulação com diversos outros autores, os quais detêm-se em trabalhos destinados à investigação da relação entre a psicanálise, a medicina e o hospital.

Procuramos destacar, inicialmente, a natureza dos sentimentos que expressa o paciente ao se dirigir ao hospital, para então, depois, conjugá-los à ótica da clínica da psicanálise implicada nesse campo, partindo do pressuposto de que a transferência decorre de um estado de sensação de desamparo do sujeito. A angústia domina esse cenário onde os profissionais de saúde veem-se submetidos. Desta forma, tornam-se figuras diretas na representação de que o paciente se apropria no contato diário.

Na busca por motivos subjacentes ao mecanismo inconsciente da transferência, nos deparamos com a intensidade de amor que o paciente demanda ao profissional. Mas, antes dessa associação, foi importante pontuar o primeiro momento do usuário com o hospital em

que, ocorrendo um vínculo transferencial com a instituição, ganha amplitude no imaginário do sujeito quanto à simbolização de uma figura de autoridade em sua vida.

A partir dessa correspondência, ou seja, entre o sujeito e a transferência com a instituição hospitalar, foi possível pensar na interação que surge através da demanda do paciente com o profissional de saúde; este que, independentemente de sua especialidade, torna-se alguém que se dilui no sofrimento do psiquismo do sujeito, se tornando responsável pela cura ou alívio do seu mal-estar.

Na representação do que é o *Suposto Saber* para o sujeito em psicanálise, e, paciente, ao mesmo tempo vinculado ao campo da saúde, procuramos combinar os diversos discursos que são comuns entre os profissionais, principalmente o discurso médico em questão. Um discurso pautado no rigor técnico-científico, pelo qual, seu representante direto, o médico, se utiliza de dispositivos os quais dão sentido aos processos que excluem os sintomas psíquicos do sujeito. Nesse quesito, as referências da autora Maria Livia Tourinho Moretto mostraram-se cruciais, juntamente com as ideias do médico e psicanalista Jean Clavreul.

Consideramos ser importante fazer esses destaques, pois, ao construirmos possibilidades para se pensar na inserção da psicanálise nos contextos médico e hospitalar, não nos limitamos a ficar presos ao pensamento clássico das sessões de consultório, onde a relação transferencial se resume ao analisando e seu analista. Estendemos e trabalhamos esse pensamento tomando como base as intenções de Freud na obra *Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica* (1918). Essa referência nos auxiliou a pensarmos como seria a melhor forma de enquadrar a psicanálise no hospital, partindo das articulações com o conceito de transferência.

Nessa sequência, a visão de Michel Foucault a respeito da percepção social do que é o hospital, ancorado em uma ótica capitalista que se erguia a partir do século XVIII, serviu como subsídio a fim de que pudéssemos reconhecer o sentimento desenvolvido pela sociedade acerca do que significa até os dias de hoje a instituição hospitalar.

Ao adentrarmos no campo da medicina, não deixamos de escapar às alusões feitas por Freud, no tocante à relação de sentimentos de admiração que se tornam imprescindíveis de se observar na aproximação entre o paciente e o profissional. Ganhou ênfase nessa questão as ideias elaboradas em *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (1921). Não procuramos resumir de maneira objetiva e, ao mesmo tempo, passar a ideia de que a referência do profissional de saúde para o paciente ficasse no campo da “simpatia”, do “carinho”, ou outro tipo de afeto existente nesse tipo de relação. Priorizamos o olhar através dos pressupostos freudianos, onde

deixamos claro que a aproximação do sujeito com aquele que acolhe se dá, justificadamente, em razão da identificação que ocorre no psiquismo entre ambos.

Na terceira parte deste trabalho, objetivamos articular com clareza uma das questões-chaves que se mostrou relevante desde o início até o final: a implicação da psicanálise no interior do hospital. Entendemos que a dinâmica da transferência sinaliza a aposta de uma psicanálise que se disponha a fazer sua correta leitura, seja no consultório particular, seja em qualquer outro tipo de instituição. Tornou-se essencial buscar entender, antes de tudo, a análise comentada por Joel Birman sobre a ruptura do discurso freudiano com a medicina, que resgatou o imaginário popular ao revelar as formações do inconsciente.

A percepção de Lacan a respeito do *Lugar da Psicanálise na Medicina* (1966) deu subsídios para que pudéssemos formar uma lógica no entendimento sobre a abrangência que a psicanálise e o psicanalista assumem diante do discurso médico e dos impasses perante outros saberes. Esses dispositivos se constituem à medida que o sujeito passa a depender dos poderes de sugestibilidade advindos daqueles que detêm o saber, idealizados no enredo do *discurso do mestre*, conforme a análise de Jean Clavreul, na *Ordem Médica* (1978).

Ao levarmos em conta as diversas possibilidades de implicação da psicanálise no hospital, questões emblemáticas foram se apresentando, as quais caracterizaram-se por serem mais singulares, apontando o profissional e seus limites necessários ao estabelecimento de uma relação de trabalho. A ética nesse cenário ganhou um destaque fundamental, pois direcionou o trabalho de tal forma que a noção de desejo do sujeito passou a ocupar um espaço necessário à compreensão da ocupação da psicanálise. Foi importante estabelecer um critério para a distinção entre a ética em psicanálise da ética introduzida por outros discursos. Essa articulação mostrou que, além da diferença, a ética não se restringe à atuação, mas na prioridade da escuta do sujeito e seu sintoma.

Outros pontos importantes que se configuraram como elementos de interação na construção de um dispositivo de reconhecimento da transferência com a equipe de saúde, foram o conceito de *contratransferência* e o *desejo do analista*. Nessa vertente, não pudemos deixar de explorar as reflexões extraídas do célebre caso clínico *Ida Bauer* (Dora) e sua relevância para o presente estudo. Ao trazermos a ideia da contratransferência como uma possibilidade do efeito da transferência, buscamos enfatizar que o conceito psicanalítico em si não é arrolado na literatura psicanalítica como algo ruim, como o “vilão da trama analítica”, mas como algo contundente a ser realçado. O não caracterizar este fenômeno, como efeito de uma demanda de amor conduzida no processo de tratamento, inviabilizaria a noção do desejo do analista, o qual não poderia deixar de ser mencionado neste trabalho. Dessa forma,

procuramos alinhar a temática esboçada entre contratransferência e desejo do analista com a proposta de Lacan no *Seminário 6: o desejo e sua interpretação* (1958-1959) e os comentários de Denise Maurano em *a Transferência* (2006).

Os desdobramentos pelos quais se seguiram as ideias correspondentes à inserção da psicanálise no hospital direcionaram para as considerações acerca da inclusão do psicanalista em uma equipe multiprofissional. Achamos importante delinear, através de eixos temáticos, pontos a serem considerados na lógica de atuação do psicanalista, diferenciando-os de outros elementos no interior do hospital pelo manejo da transferência.

Tomamos o cuidado ético em não fazer uma correspondência direta entre a técnica adotada pelo psicanalista quanto a manejar a transferência, supondo-se o desconhecimento de tal recurso por parte de outro agente de saúde. Essa menção se deu em razão do psicanalista ser o único sujeito responsável em poder lidar com o respectivo fenômeno clínico. Mas procuramos deixar claro que o procedimento, por mais divergente que seja, como ação resultante do ato próprio de cada um, revela a dificuldade em reconhecer o conceito como fato comum a todos os envolvidos. Evidenciar seus feitos – do psicanalista – em razão de outros profissionais de saúde no ambiente hospitalar, instauraria a suposição de afastar a existência da parceria entre os agentes de saúde, e o psicanalista, ao ser tomado, para fins deste estudo, como um profissional de saúde, uma vez que, a psicanálise não porta a identificação de uma profissão.

A atenção dada ao trabalho realizado pelo psicanalista em equipe multiprofissional se tornou um objeto importante que norteou as considerações restantes a serem realizadas. O tecer comentários e exposições dirigidas ao manejo da transferência pelo psicanalista, como técnica distinta de outras áreas de atuações, não encerrou o interesse na ideia de confrontação com outros saberes, mas viabilizou a certeza de acentuar as razões e necessidades de sua atuação dentro de uma coletividade na área da saúde.

Vimos a importância de sinalizar a questão da escuta, além do manejo, como elemento diferencial no processo de acolhimento e de tratamento. Ao realizarmos esses apontamentos, verificamos que foi aberta a certeza de que, para a psicanálise e seu representante no interior do hospital, o falar do sujeito se associou às primícias envolvidas nos seus sentimentos, através de sua história pessoal. Com um olhar atento a essas questões, constatamos a necessidade a ser dada à singularidade do sujeito como prioridade no encontro entre paciente e profissional.

As razões apontadas acima caracterizam-se como situações emergenciais para a clínica da psicanálise nos contextos, médico e hospitalar. Privilegiou-se, nesse sentido, a busca de um

porquê da relevância da escuta da transferência de afetos deslocados do paciente para a equipe de saúde. Nessa ótica, as contribuições da autora Marisa Decat de Moura mostraram-se essenciais. Suas observações e o olhar crítico auxiliaram na sequência do trabalho de modo a não deixar passar em branco a atenção dada à *Clínica da Urgência Subjetiva*. Sem dúvidas, o destaque dado às situações de urgência, pelas quais experimentam os pacientes, fez com que pudéssemos complementar as motivações da entrada do psicanalista na equipe multiprofissional, considerando o viés paradoxal e dicotômico: emergência/urgência.

Após todas as colocações, concluímos que a transferência desenvolvida pelo paciente ao profissional de saúde caracteriza um modo próprio de linguagem; uma forma de comunicação, ao aludir seus conflitos inconscientes, dos quais desconhece. Sendo assim, a escuta desse *Sujeito do Inconsciente* aponta com veemência para o imperativo da inserção do psicanalista no interior da instituição. A sutileza com que ocorre o amor de transferência nesses encontros não pode passar despercebida, pois além de fomentar um grande interesse em estudos afins, indica, ao mesmo tempo, a incerteza do que se prontifica todo profissional de saúde: de viabilizar da melhor forma possível a atenção e cuidados que o paciente merece.

A transferência, como objeto comum a todos, tende a correr o risco de ser descartada, mediante resistências a sua existência, uma vez que, o olhar, voltado aos aspectos subjetivos do paciente, exclua o seu desejo. Para Segre e Ferraz (1997), ainda existe uma ampla distância na aceitação de grande parte de profissionais de saúde quanto ao reconhecimento do relacionamento afetivo com seu paciente. Essa afirmação nos indica o que as pesquisas passadas e atuais reafirmam cada vez mais: o objetivo de se levar a psicanálise ao campo da saúde, tomando como referência central, neste estudo, o forte teor com que a transferência se apresenta. Torna-se objetivo principal a elucidação em demais pesquisas, buscando aproximar tanto os profissionais de saúde, pacientes, familiares e pesquisadores à problemática inerente aos impasses na área afetiva.

Nessa lógica, levantamos uma indagação final: é possível, através dos embates clínico-teóricos fazer pesquisa sobre a transferência no âmbito hospitalar? Elia (1999) abre um parêntese nesse sentido, auxiliando na compreensão, ao argumentar que, antes de tudo, ao se pensar na transferência como objeto de pesquisa na psicanálise, convém posicionar a pesquisa na abrangência com que assume uma experiência no espaço analítico. Segundo sua interpretação a esse respeito, o processo de pesquisa deve seguir uma metodologia que prime pelo conteúdo transferencial como uma condição estrutural, aludindo ao legado freudiano de que, para a psicanálise, a investigação e formas de tratamento acabam se encontrando.

Sendo, então, uma possibilidade de se fazer pesquisa em psicanálise sob a dinâmica da transferência, convém assinalar que, no contexto médico e hospitalar, poder-se-ia pensar em um aprofundamento mais teórico ao trazer uma diversidade de indagações referentes à atuação do psicanalista no manejo da transferência diante dos profissionais de saúde. Se assim for uma justificativa para apresentar uma proposta de metodologia na pesquisa em psicanálise, cabe aqui considerar que ela não se afasta da transferência ao se incluir como fato manifesto no interior de uma instituição hospitalar. Se há transferência nesse espaço, significa dizer que existe a possibilidade de se poder pesquisar suas razões, ou seja, poder legitimar sua existência através de um arcabouço teórico que norteie a pesquisa: “O que quer que seja uma metodologia de pesquisa em psicanálise, ela deve incluir a transferência entre as condições estruturantes (e estruturais) da pesquisa” (ELIA, 1999, p. 48).

Seja onde for, no consultório privado ou na instituição pública, há um sujeito que clama por ser ouvido, capaz de externar suas neuroses de transferência a fim de sinalizar ao outro a sua angústia. Mais estudos a respeito merecem ser explorados, através de pesquisas voltadas à implicação da psicanálise nesses espaços. A investigação não se esgota à medida que novos rumos na pesquisa vão se mostrando, pois o horizonte a ser decifrado vai ganhando notabilidade à razão que surge um sujeito preso na estrutura de seu sintoma. Na instituição hospitalar, isso não é diferente. Voltados a um único objeto comum de investigação de trabalho – o sujeito com seu sofrimento, todos, sem exceção, vivem os dilemas e dramas da teia de sentimentos e emoções que perpassam pelo sujeito através de sua história ao ser atualizada; uma história permeada por reminiscências que, nos momentos de dor, se não forem negligenciadas, são capazes de desenhar o enredo a ser seguido por cada um, independentemente de sua especialidade ou saber.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Sônia; FIGUEIREDO, Ana C. *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ANSERMET, François. *Medicina e psicanálise: elogio do mal-entendido*. Opção Lacaniana online nova série. Ano 5, nº 13, março 2014. ISSN.

ANTUNES, Alberto; ESTANQUEIRO, Antônio; VIDIGAL, Mário. *Dicionário breve de filosofia. Vocábulos. Correntes. Autores*. Editorial Presença, Lisboa, 1995.

AULETE, Caldas. *Minidicionário contemporâneo da língua portuguesa*. 2ª ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Lexikon, 2009.

BARONI, Claudia Sofia Ferrão; KAHHALE, Edna Maria Peters. *Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência*. *Psicol. hosp.* (São Paulo), São Paulo, v. 9, n. 2, p. 53-74, jul. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092011000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 Nov. 2019.

BATISTA, Glauco; ROCHA, Guilherme Massara. *A presença do analista no Hospital Geral e o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva*. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 25-41, dez. 2013.. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 Nov. 2019.

BIRMAN, Joel. *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

_____. *Um novo lance de dados. Psicanálise e medicina na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010.

BISPO, Fábio Santos; COUTO, Luis Flávio Silva. *Ética da psicanálise e modalidades de gozo: considerações sobre o seminário 7 e o seminário 20 de Jacques Lacan*. Universidade Federal de Minas Gerais. *Estudos de Psicologia*, 16 (2), maio-agosto/2011, p. 121-129.

CARVALHO, Simone Borges de. *O hospital geral: dos impasses às demandas ao saber psicanalítico: como opera o psicanalista? Articulação teórica a partir da experiência da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei*. 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em psicanálise) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

CARVALHO, Stela Cardoso de. Na angústia do desmame – o surgimento do sujeito. In: MOURA, Marisa Decat de. *Psicanálise e Hospital*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

CASTRO, Edgardo. (2009). *Vocabulário de Foucault, um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*; Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CEDARO, José Juliano. *O fenômeno transferencial na instituição hospitalar*. 2000. 197 f. Dissertação (Mestrado em psicologia). Universidade de São Paulo USP, São Paulo.

CLAVREUL, Jean. *A ordem médica, poder e impotência do discurso médico*. Editora Brasiliense, 1978.

CORPAS, Flávia; LOYOLA, Cristina Maria Douat. *Transferência e contratransferência na enfermagem psiquiátrica*. REME- Revista Mineira de enfermagem, Minas Gerais. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622005000400015>. Acesso em: 16/09/2009.

COSTA-MOURA, Fernanda. A psicanálise é um laço social. In: ALBERT, Sônia; FIGUEIREDO, Ana C. *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ELIA, Luciano. *A transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso?* 1999. Psicologia: Reflexão e Crítica, 12(3), 00, Porto Alegre. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721999000300015>. Acesso em: 03/11/2019.

ELIAS, Valéria de Araújo. *Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud*. Revista SPBH, v.11, n.1, Rio de Janeiro, 2008.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREUD, Sigmund. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completa de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1893-1895) “Estudos sobre a histeria”, v. II, p. 39-318.

_____. (1900) “A interpretação de sonhos” v. IV, p.305-371.

_____. (1900) “A interpretação de sonhos”, v.V, p. 655-700.

_____. (1901) “Sobre a psicopatologia da vida cotidiana”, v. VI, p. 19-66.

_____. (1901-1905) “Fragmento da análise de um caso de histeria”, v.VII, p.19-116.

_____. (1905) “O chiste e sua relação com o inconsciente”, v. VIII, p. 151-169.

_____. (1912) “A dinâmica da transferência”, v. XII, p. 111-119.

_____. (1914) “Recordar, repetir e elaborar”, v. XII, p. 163-171.

_____. (1915[1914]) “Observações sobre o amor transferencial”, v.XII, p.177-188.

_____. (1916-1917) “ Conferência XXVII Transferência”, v. XVI, p. 433-448.

_____. (1917[1915]) “Luto e melancolia”, v. XIV, p. 243-260.

_____. (1919[1918]) “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”, v. XVII, p. 173-181.

_____. (1921) “Psicologia de grupo e análise do ego”, v. XVIII, p. 81-126.

_____. (1925-1926) “ Um estudo autobiográfico”, v. XX, p. 15-77.

_____. (1926[1925]) “Inibições, sintomas e ansiedade”, v. XX, p. 82-170.

FREUD, Sigmund. (1930[1929]) “Mal-estar na civilização”, v. XXI, p. 65-149.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. A pré-história da psicanálise. In: *Freud e o inconsciente*. 19ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GUIRADO, Marlene. *Vértices da pesquisa em psicologia clínica*. Psicologia, USP, São Paulo, v.8, n.1. 1997. p. 143-155.

_____. *Psicanálise e análise do discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico*. São Paulo: Summus, 1995.

JORDÃO, Ana Cláudia. Na atenção básica. In: MARON, Glória; BORSOI, Paula. *Urgência sem emergência*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Subversos, 2012.

LACAN, Jacques. (1953/2005). *O Simbólico, o Imaginário e o Real: Em Nomes-do-Pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1956-1957/1995) *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. *O seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação*. 1.ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1959-1960/2006) *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1960-1961/2010) *O seminário, livro 8: a transferência*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1961-1962/2003) *O seminário, livro 9: a identificação*. Trad. Ivan Corrêa e Marcos Bagno. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 442p.

_____. (1962/1963/2005) *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1968-1969/2008) *O seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. *O lugar da psicanálise na medicina*. In Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise n.32, p. 8-14, 2001. São Paulo: Eolia, 2001. (Obra original publicada em 1966).

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário da psicanálise*. 4ª edição, São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LINS, Tatiana; RUDGE, Ana Maria. *Ingresso do conceito de passagem ao ato na teoria psicanalítica*. *Trivium [online]*. 2012. vol.4, n.2, pp. 12-23. ISSN 2176-4891.

MACHADO, Maíla Do Val; CHATERLAD, Daniela Sheikman. 2013. *A psicanálise nos hospitais: dos limites às condições de possibilidades*. *Àgora* (Rio de Janeiro) vol. XVI no. 1, Jan/Jun. 135-150.

MAURANO, Denise. *A transferência: uma viagem rumo ao continente negro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MILLER, Jacques-Alain. *Maternas I*. tradução, Sérgio Laia; revisão técnica, Angelina Harari. — (Campo Freudiano no Brasil). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

MOHALLEM, Léa Neves. Psicanálise e hospital: um espaço de criação. In: MOURA, Marisa Decat. *Psicanálise e hospital – Tempo e morte; da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

MOURA, Marisa Decat de. *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro: 2ª edição, Revinter, 2000.

_____. *Psicanálise e hospital-3 tempo e morte. Da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

MOURA, Marisa Decat de; SOUZA, Maria do Carmo Borges. *Psicanálise e hospital: se ao “a” deve o analista chegar, por onde andava ele?* Epistemo-Somática, BH, V. IV, n° 02, Ago/ Dez 2007, p. 127-138.

NALI, Maria Cristiane. *A sutileza da transferência no contexto hospitalar*. São Paulo: Estilos clín. vol.7 n°. 13, 2002.

NICOLAU, Roseane Freitas. “O inconsciente é a política”: articulando o sujeito na política do cuidado. In: BARROS, Rita Maria Manso de; DARRIBA, Vinicius Anciães. *Psicanálise e saúde: entre o estado e o sujeito*. FAPERJ - Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015. p. 251-263.

PERALVA, Elisa Lima Mayerhoffer. *O confronto com a finitude na clínica hospitalar: da morte como limite à urgência da vida*. 2008. Rio de Janeiro: Práxis e Formação, Uerj, ano 1, p. 65-72.

QUINET, Antônio. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

RAVANELLO, Tiago; FARIAS, Flávia Milanez de. *O Contexto hospitalar e a escuta psicanalítica*. 2002. Mato Grosso do Sul: Ecos, v. 2 n. 2. Mato Grosso do Sul.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. *Dicionário de psicanálise*; tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antônio Coutinho Jorge. — Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

S. LEVY, S.; MOREIRA, A. C. G. *Desamparo, transferência e hospitalização em CTI: o caso Sarah*. 2008. Dissertação (Mestrado em psicologia) - Universidade Federal do Pará, Fundação de Desenvolvimento da Amazônia.

SARNO, Luiza; FERNANDES, Andréa. *Psicanálise e hospital geral: limites e possibilidades*. 2004. Cogito vol. 6, Salvador/ISS 1519-9479.

SCHIMIDT, Eder; MATA, Gustavo Ferreira da. (2008). *Transferência e iatrogenia na relação médico-paciente*. Revista Médica de Minas Gerais 2008; 18(1): 37-40.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. *O conceito de saúde / The health's concept*. 1997. Rev. Saúde Pública, 31 (5): 538-42.

SILLAMY, Norbert. (1998). *Dicionário de psicologia*. Larousse, Porto Alegre: Artmed, 1998.

SOARES, Cláudia Pedrosa. Uma tentativa malograda de atendimento em um centro de tratamento intensivo. In MOURA, Marisa Decat (Org.). *Psicanálise e hospital*. (p. 41-48). 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

VASCONCELOS, C.M.; ROSEIRO, C.P.; VIANA, D.P.; DE BARROS, M.E.B. *Uma análise institucional das práticas hospitalares*. In: Anais da Jornada de Análise Institucional, p.138-142.

ZIMERMAN, David E. *Vocabulário contemporâneo da psicanálise*. Rio de Janeiro: Artmed, 2001.