



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - IFCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGP
MESTRADO EM PSICOLOGIA

DORIVALDO PANTOJA BORGES JUNIOR

A TRANSFERÊNCIA NA HOSPITALIZAÇÃO POR HIV/AIDS: possíveis implicações
na sua manifestação e no seu manejo

BELÉM-PA
2024

DORIVALDO PANTOJA BORGES JUNIOR

A TRANSFERÊNCIA NA HOSPITALIZAÇÃO POR HIV/AIDS: possíveis implicações
na sua manifestação e no seu manejo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (PPGP/UFPA), como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientador: Dr. Breno Ferreira Pena

Linha de pesquisa: Psicanálise - Teoria e Clínica

BELÉM-PA
2024

DORIVALDO PANTOJA BORGES JUNIOR

A TRANSFERÊNCIA NA HOSPITALIZAÇÃO POR HIV/AIDS: possíveis implicações
na sua manifestação e no seu manejo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (PPGP/UFPA), como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicanálise - Teoria e Clínica

Data de aprovação: 26/02/2024

BANCA EXAMINADORA:

Dr. Breno Ferreira Pena (PPGP/UFPA) – Orientador

Dra. Hevellyn Ciely da Silva Corrêa (PPGP/UFPA) – Membro interno

Dra. Leônia Cavalcante Teixeira (PPGP/UNIFOR) – Membro externo

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

B732t Borges Junior, Dorivaldo Pantoja.
A transferência na hospitalização por HIV/aids : possíveis
implicações na sua manifestação e no seu manejo / Dorivaldo
Pantoja Borges Junior. — 2024.
151 f. : il.

Orientador(a): Prof. Dr. Breno Ferreira Pena
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-
Graduação em Psicologia, Belém, 2024.

1. Transferência. 2. Psicanálise no Hospital. 3. Entrevistas
Preliminares. 4. HIV/aids. 5. Saúde Pública. I. Título.

CDD 150

AGRADECIMENTOS

À espiritualidade, pela força e pela sustentação nesse percurso. Em especial, agradeço ao meu pai Oxalá, à minha mãe Yemanjá e ao seu Zé Pilintra. Axé!

À minha família que, a partir das possibilidades, me ajudou a sustentar o meu desejo. Em especial, agradeço à dona Lília, minha mãe, por ser fundamental nesse processo, através de recursos financeiros, amor e orações.

Ao professor Breno Ferreira Pena, meu orientador, por acreditar no meu trabalho e me direcionar em sua materialização, me ajudando a crescer como clínico orientado pela psicanálise, como pesquisador, como um futuro docente e como pessoa. Fizemos uma parceria e tanto!

À professora Arina Marques Lebrege, minha grande amiga, que está comigo desde a graduação, acreditando no meu trabalho e me dando oportunidades para crescer como profissional e como pessoa.

À professora Analaura Corradi, pelos aprendizados durante o percurso interdisciplinar de iniciação científica e pelas sugestões ao meu projeto de pesquisa para a seleção do mestrado.

À psicóloga Iançã Maués de Queiroz, pelo incentivo ao meu trabalho e pelas sugestões ao meu projeto de pesquisa para a seleção do mestrado.

À psicóloga Mariana Massoud, pelo companheirismo e suporte durante a minha coleta de dados no hospital.

Aos colegas do projeto “As entrevistas preliminares, em hospital universitário, com pacientes internados com aids”, pelas ricas discussões que tivemos às quintas-feiras, que me ajudaram a, progressivamente, fomentar as elaborações presentes na dissertação.

Aos colegas do projeto “O lugar da mulher na função materna: torções entre o feminino e o materno no cuidado à criança”, especialmente à equipe da brinquedoteca, pelo companheirismo e pelas experiências vivenciadas no trabalho psicanalítico em instituição de saúde.

À turma de tópicos temáticos em saúde, da graduação em Psicologia, que pude acompanhar, sob supervisão, durante as atividades do meu estágio em docência – Ana Júlia, Raquel, Pedro, Marco, Marília, Zay, Naiara, Mayra e Rafaela - por todas as trocas realizadas durante o nosso trabalho juntos.

Aos meus amigos Gabrielle Oliveira e Ricardo César, a “equipe sete do mestrado”, pela amizade e por serem duas das principais redes de apoio que tive durante esses dois anos.

Aos colegas da pós-graduação e, em especial, ao grupo “Entre nós”, por possibilitarem uma experiência coletiva de construção de conhecimento e transmissão de saber.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (PPGP/UFPA), pela oportunidade de cursar o mestrado e por tudo vivenciado nesses dois anos.

À professora Hevellyn Ciely da Silva Corrêa, pela transmissão nas disciplinas do mestrado, pela oportunidade de participar de projetos de pesquisa e extensão, pelas contribuições dadas na qualificação de mestrado e por ter aceitado o convite para participar da banca da defesa da dissertação.

À professora Leônia Cavalcante Teixeira, pelas contribuições dadas na qualificação de mestrado e por ter aceitado o convite para participar da banca de defesa da dissertação.

Aos meus amigos – Aldo Victor, Camilla Freire, Débora Ramos, Maíra Polaro, Kamélia Hadad, Jesse Walterman, Giovanna Maradei, Juliana Dias, Ruan Carlos, Tânia de Miranda e Samara Lima - por fazerem com que a vida doesse menos nos momentos de fragilidade.

À Amanda Brasil, pela sua escuta analítica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo financeiro mediante a concessão da bolsa de mestrado.

Aos sujeitos hospitalizados que eu tive a oportunidade de escutar, por aceitarem participar da pesquisa, por compartilharem comigo as suas histórias e por me ensinarem sobre os efeitos da escuta psicanalítica no hospital.

Ao tempo, que muito traz e que muito leva, pelos aprendizados, amores, risadas, lágrimas, saudades e poemas durante esses dois anos.

Ao meu desejo, por ter me permitido chegar até aqui e pela possibilidade de alcançar voos maiores.

“Quem sabe haverá poetas que saberão dizer aos doentes de Aids as palavras que os arrancarão dos túmulos onde os nossos olhos os colocaram. E então até os outros se alimentarão da mesma comida...” (Alves, 2010, p. 131).

RESUMO

A transferência é um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, presente desde os textos pré-psicanalíticos freudianos. Em escritos posteriores, entre os textos da técnica psicanalítica, a transferência é apresentada como a repetição de clichês infantis, que são o motor da análise e a via pela qual as resistências emergem em oposição ao tratamento analítico. No ensino lacaniano, o conceito de transferência passou por desdobramentos teóricos, principalmente no que diz respeito à sua relação com o suposto saber e com desejo do analista como operador clínico de seu manejo. O objetivo deste trabalho, então, foi investigar possíveis implicações na manifestação e no manejo da transferência no contexto de hospitalização por HIV/aids. Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa teórico-clínica em psicanálise, fruto de um levantamento teórico e de atendimentos psicanalíticos realizados na enfermaria de Doenças Infecto Parasitárias, do Hospital Universitário João de Barros Barreto (DIP/HUJBB), em Belém do Pará. A partir disso, foram escolhidos casos clínicos para ilustrar a temática e discuti-la. Entre as possíveis implicações, destacaram-se seis pontos apresentados no decorrer da dissertação: 1. A transferência é o que possibilita o trabalho do psicanalista em instituições de saúde, a partir das vertentes clínica e institucional; 2. O trabalho em questão, na vertente clínica, é circunscrito na realização das entrevistas preliminares, todavia, alguns aspectos de sua concepção clássica precisam ser ampliados; 3. A instituição tem especificidades em sua dinâmica e também ocupa um lugar no psiquismo do sujeito; 4. O contexto de saúde pública possui especificidades que o analista precisa levar em conta; 5. A história do HIV/aids é marcada por estigmas que são agentes de sofrimento psíquico aos sujeitos hospitalizados e, também, produtores de resistência ao tratamento psicanalítico. No tocante ao manejo da transferência, o psicanalista opera para viabilizar a abertura do inconsciente, levando o sujeito hospitalizado a seguir associando. Além disso, o manejo da transferência contempla o paciente, a equipe e os acompanhantes do sujeito hospitalizado. Isso pode promover a abertura à produção de algum saber sobre o caso, mesmo que em um contexto diferente da análise clássica propriamente dita, já que esse momento de trabalho psíquico corresponde a um período anterior à entrada em análise, tratando-se das entrevistas preliminares em psicanálise. Como desdobramento, aborda-se, também, a respeito da função do psicanalista na saúde pública, sustentando a importância de escutar o singular de cada caso, o que diz da ética da psicanálise.

Palavras-chave: Transferência; Psicanálise no Hospital; Entrevistas preliminares; HIV/aids; Saúde pública.

ABSTRACT

The transfer is one of the four psychoanalytical fundamentals concepts, presents since the freudian pre psychoanalytical texts. In writings later, between the psychoanalytical technique texts, the transfer is presented as repetition of childish cliches that are the motor of the analysis and the via thought the resistances emerge as opposition to the analytical treatment. In the Lacan's teaching, the concept of transfer is developed theoretically mainly about the relation of the supposed to know and the analyst desire as clinicals management operators. So, this master's research goes from the premise present in the academic psychoanalytical literature, that what makes possible the psychoanalytical work on the hospital is the transfer. The objective of the study was to investigate possibles implications on the manifestation and the management of the transfer on the HIV/AIDS hospitalization context, considering the socio-historical particularities of this clinical. Methodologically, it's psychoanalytical clinical research realized from psychoanalytical listen on the Infectious Parasitic Diseases nursery of the João de Barros Barreto University Hospital (DIP/HUJBB), at Belém of Pará. From this, it was chosen clinicals cases to illustrate and discuss about the thematic. Between the possibles implications, six points presented throughout the dissertation stood out: 1. Transference is what enables the psychoanalyst's work in health institutions, from clinical and institutional aspects; 2. The work in question, in the clinical aspect, is limited to carrying out preliminary interviews, however, some aspects of its classic conception need to be expanded; 3. The institution has specificities in its dynamics and also occupies a place in the subject's psyche; 4. The public health context has specificities that the analyst needs to take into account; 5. The history of HIV/AIDS is marked by stigmas that are agents of psychological suffering for hospitalized subjects and also producers of resistance to psychoanalytic treatment. Regarding the management of the transference, the psychoanalyst operates to enable the opening of the unconscious, leading the hospitalized subject to continue associating, in addition, the management of the transference includes the patient, the team and the hospitalized subject's companions. This can promote openness to the production of some knowledge about the case, even if in a different context from the classical analysis itself, since this moment of psychic work corresponds to a period prior to entry into analysis, in the case of preliminary interviews in psychoanalysis. As a result, it also addresses the role of the psychoanalyst in public health, supporting the importance of listening to the unique aspects of each case, which speaks to the ethics of psychoanalysis.

Keywords: Transfer; Psychoanalysis on the hospital; Preliminary interviews; HIV/AIDS; Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Um esquema da análise.....	45
Figura 2 – Esquema Oito interior.....	61
Figura 3 – Esquema representativo da transferência.....	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão utilizados na coleta de dados.....	21
Quadro 2 - Processos para a escrita do caso clínico em psicanálise.....	23
Quadro 3 - Descrições da transferência nos “Estudos sobre a histeria”	28
Quadro 4 – Abordagem lacaniana dos personagens de “O Banquete”	48
Quadro 5 - Indicadores de risco para o chamado do psicanalista no hospital.....	71
Quadro 6 - Psicanálise e HIV/aids: panorama de publicações em periódicos brasileiros.....	79
Quadro 7 - Psicanálise e HIV/aids no HUIBB: panorama de dissertações defendidas no PPGP/UFPA.....	85
Quadro 8 - Narrativas de sofrimento.....	102

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

aids/Sida – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CREPOP – Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas

CTCP – Centro de Tratamento e Consulta Psicanalítica

DIP – Doenças Infecto Parasitárias

HIV/VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

HUJBB – Hospital Universitário João de Barros Barreto

IPA – *International Psychoanalytical Association*

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

PEP – Profilaxia Pós-exposição

PPGP – Programa de Pós-graduação em Psicologia

PrEP – Profilaxia Pré-exposição

PVHA - Pessoa que vive com HIV/Aids

RAS – Rede de Atenção à Saúde

sic – Segundo Informações Colhidas

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPA – Universidade Federal do Pará

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 ABORDAGEM METODOLÓGICA DA PESQUISA E SUAS DIMENSÕES	19
2.1 Levantamento bibliográfico: dimensão teórica da pesquisa	20
2.2 A coleta de dados no hospital: dimensão ética da pesquisa com pessoas	21
2.3 Da escuta à escrita: dimensão clínica da pesquisa.....	22
3 A TRANSFERÊNCIA: PILARES TEÓRICOS EM FREUD E LACAN.....	25
3.1 Repetição de clichês infantis: a transferência em Freud.....	27
3.2 Amor ao saber: a transferência em Lacan	39
4 A PSICANÁLISE E A CENA HOSPITALAR MARCADA PELO HIV/AIDS.....	63
4.1 A psicanálise e a instituição hospitalar	63
4.2 O HIV/aids: ecos na cultura e na clínica psicanalítica	74
4.3 Especificando a cena: psicanálise e saúde pública em um hospital universitário paraense.....	82
5 A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS PRELIMINARES NO HOSPITAL: QUESTÕES SOBRE O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA	93
5.1 Remontando perspectivas clássicas sobre as entrevistas preliminares.....	94
5.2 Possíveis implicações à realização das entrevistas preliminares no hospital	100
6 ESCRITOS CLÍNICOS SOBRE AS ENCRUZILHADAS TRANSFERENCIAIS NO HOSPITAL	109
6.1 “Eu me sinto um prisioneiro! [...] Parece que os médicos são os juízes”: um caso de descoberta diagnóstica recente	109
6.2 “Isso não é novo pra mim, eu já sou da casa”: um caso de transmissão vertical	121
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
REFERÊNCIAS	140
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .	150

1 INTRODUÇÃO

O que poderia ser dito a alguém que está adoecido, ao ponto de arrancá-lo de um lugar de subalternidade mortífera? Ou melhor, em um contexto de hospitalização devido a complicações de uma síndrome que, aos olhos do laço social, é vista de forma estigmatizada, algo poderia ser dito? Na crônica “Aids”, de Rubem Alves (2010), o autor menciona que tais palavras de resgate seriam proferidas por um poeta. Pois bem, ler isso me fez refletir, de alguma forma, sobre a função do analista no hospital, ao escutar sujeitos internados com HIV/aids. Foi a partir disso, então, que a pesquisa cujos resultados culminaram nesta dissertação de mestrado começou.

De forma mais ampla, o presente trabalho surgiu a partir das atividades de ensino, pesquisa e extensão vivenciadas na universidade e, também, no decorrer da construção da monografia de conclusão de curso do autor¹, mediante análises de materiais cinematográficos que retratam questões referentes ao HIV/aids². Posteriormente, vinculado ao projeto de pesquisa guarda-chuva intitulado “As entrevistas preliminares, em hospital universitário, com pacientes internados com aids”³, suscitou-se o desejo por aprofundar as investigações sobre a interface entre psicanálise, saúde pública e o cuidado em saúde de pessoas que vivem com HIV/aids.

A título de contextualização, o HIV é uma sigla utilizada para representar o Vírus da Imunodeficiência Humana, cuja infecção no organismo acontece via contato sanguíneo em relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de objetos perfurocortantes, bem como pela transmissão materno-infantil (ou vertical) durante a gravidez, parto ou amamentação (Timerman; Magalhães, 2015; Jardim, 2019). Por outro lado, a aids é uma nomenclatura que corresponde à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, um estado clínico de falência do sistema imunológico humano, que o torna vulnerável a infecções oportunistas como cânceres, pneumonia, entre outras (Timerman; Magalhães, 2015; Jardim, 2019).

Passados mais de quarenta anos desde o período crítico de sua epidemia, o HIV/aids ainda se mostra como um problema de saúde pública. Uma das razões que colaboram com a

¹BORGES JUNIOR, Dorivaldo Pantoja. **Aids, fantasia e transitoriedade**: construções analítico-cinematográficas. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Psicologia) – Universidade da Amazônia, Belém, 2021.

² Tanto HIV/aids quanto VIH/Sida podem ser utilizados para a nomeação do agente viral e da condição clínica em questão. Contudo, como a maior parte dos estudos que subsidiaram o arcabouço teórico desta pesquisa utilizam as nomenclaturas HIV e aids para se referir, estas também são utilizadas no decorrer desta dissertação.

³ Projeto de pesquisa coordenado pelo professor Dr. Breno Ferreira Pena, vinculado à faculdade de Psicologia (FAPSI) da Universidade Federal do Pará (UFPA), cujo número do parecer no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é **5994927**, com CNAE de número **65377722.7.0000.0018**.

manutenção desse estado é a estigmatização da qual as pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) são alvo. Por se tratar de uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), há produções discursivas sobre o HIV/aids que atravessam gerações, desde o início da epidemia, que atrelam o diagnóstico positivo para HIV a uma sentença de morte. Além disso, ainda perduram noções que associam a infecção pelo HIV a determinados nichos sociais, fazendo referência à ideia ultrapassada de “grupos de risco”, sistematizada nos anos iniciais da epidemia.

Todavia, mesmo que o período mais recente da epidemia esteja voltado à análise de determinantes de saúde, ainda perduram no imaginário social, imagens que fazem referência aos momentos iniciais e críticos, quando os recursos de prevenção, testagem e tratamento eram escassos. Décadas após os momentos críticos da epidemia do HIV/aids, estratégias de prevenção combinada, testagens rápidas e tratamentos medicamentosos já se tornaram uma realidade, sobretudo no Brasil, cujo sistema de saúde é uma referência no cuidado às pessoas que vivem com HIV.

De acordo com Jardim (2019), o HIV é considerado uma condição crônica e não mais uma sentença direta de morte. Além disso, sobretudo no Brasil, o tratamento antirretroviral é gratuito e garantido por lei, bem como as possibilidades de testagem e profilaxias pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) ao vírus também são disponibilizadas gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, se por um lado, os recursos de promoção, prevenção e recuperação em saúde aumentaram, por outro, as exposições ao HIV também, fator que tem convocado os diversos campos do saber a traçarem reflexões e proporem intervenções frente a isso.

Em alguns casos, descobre-se o HIV juntamente a um estado de aids, já em um contexto de hospitalização, o que pode mobilizar intenso sofrimento psíquico ao sujeito e às pessoas ao seu redor. O hospital, de acordo com Simonetti (2018), caracteriza-se historicamente como a casa do saber médico, fato que norteia a compreensão sobre o adoecimento e o tratamento de pacientes na instituição hospitalar, pela equipe de saúde. Entretanto, quando o saber psicanalítico adentra nesse espaço, aposta-se no estabelecimento de outras lógicas na cena, por exemplo: a do inconsciente, a do desejo e a da subjetividade. Nesse sentido, dentro da cena hospitalar, o analista sustenta a importância de reconhecer uma outra cena.

No que diz respeito ao processo de hospitalização, Peck Vasconcelos (2019) afirma que esse desvela a condição de desamparo humano mencionada em diversos textos freudianos,

desde uma perspectiva mais concreta e biológica até uma dimensão estruturante do sujeito. Nesse contexto, o que se observa durante a hospitalização é um processo de reverberação psíquica de um adoecimento orgânico que marca o corpo do sujeito e desestabiliza sua libido objetual, fazendo com que os investimentos sejam redirecionados ao Eu, na tentativa de uma elaboração, o que pode incorrer em retraimento e perda de interesse pela vida.

É nesse cenário, então, que o psicanalista adentra para resgatar a dimensão subjetiva do adoecimento, oferecendo escuta ao sujeito hospitalizado e o auxiliando na elaboração desse processo. Mas seria possível uma análise em um *setting* diferente do tradicional? Moretto (2019b) afirma que sim, basta existir um analista para oferecer escuta e manejar a transferência, bem como um sujeito que deseje saber sobre si e formule uma demanda de análise.

Moretto (2019a, b) também ressalta que o analista deve assumir uma posição diferente dos demais membros da equipe multiprofissional. Ele se coloca em lugar de objeto e não tampona a angústia que emerge durante a hospitalização, o que possibilita ao sujeito hospitalizado, enquanto ele fala sobre si, realizar um trabalho psíquico a partir das experiências que vivencia, podendo culminar na produção de saber inconsciente de sua parte. Todavia, esse processo não é sem consequências, pois ao passo que o trabalho psíquico é realizado em direção ao conflito, as resistências do Eu também emergem em oposição ao tratamento, constituindo, assim, a dupla via da transferência.

Em obras de referência à atuação psicanalítica no hospital, tais como “A cena hospitalar: psicologia médica e psicanálise” (Simonetti, 2018), bem como “Abordagem psicanalítica do sofrimento em instituições de saúde” (Moretto, 2019a) e “O que pode um analista no hospital?” (Moretto, 2019b), é possível identificar que é a transferência que possibilita o trabalho psicanalítico em instituições de saúde, todavia, algumas variáveis precisam ser levadas em conta, visando circunscrever o contexto no qual se pretende construir uma via de trabalho psicanaliticamente orientada que, de saída, dá-se em duas vertentes: clínica e institucional. Além disso, mais especificamente na vertente clínica, o trabalho diz respeito à realização das entrevistas preliminares que, embora não correspondam à análise segundo os moldes clássicos, ainda assim, têm seus efeitos analíticos.

Como aporte teórico, a presente dissertação está sustentada na obra freudiana e no ensino lacaniano. Em linhas gerais, em Freud ([1912; 1913; 1914] 2018), é possível observar a sistematização inicial do conceito, a sua relação com as resistências, com o amor e o ódio, com o conceito de repetição, bem como a sua importância à realização da análise. Já em Lacan

([1953-1954] 2009; [1960-1961] 1992; [1964] 2008; [1967] 2003), é possível identificar desdobramentos teóricos que versam na relação da transferência com o saber e com a manifestação da realidade sexual do inconsciente, bem como distinções mais consistentes entre transferência, resistência e repetição. Em ambos os autores, também, é possível observar que a transferência acontece dentro e fora da análise, como em instituições, por exemplo.

Além disso, em Freud ([1919] 2018), é possível observar que, para que a psicanálise alcançasse outras camadas da sociedade, ela precisaria adentrar em outros contextos, o que envolveria, por exemplo, o trabalho em instituições. Dessa forma, é proposto que a técnica psicanalítica fosse adaptada à realidade do contexto que se pretenderia trabalhar, contudo, o fundo ético que a sustenta não poderia ser modificado. O texto freudiano em questão é intitulado “Caminhos da terapia psicanalítica”, um ponto de partida importante para refletir sobre psicanálise na saúde pública, por exemplo.

Observa-se, a partir do que foi apresentado até então, que a transferência é um importante conceito à história da psicanálise, tanto ao seu exercício clínico nos moldes tradicionais quanto às suas linhas de progresso aos contextos que estão para além do *setting* clássico, como o hospital, onde o trabalho psicanalítico é garantido pela transferência, mas precisa levar em conta possíveis implicações, conforme o presente estudo clínico-institucional demonstra.

Partindo, então, da prerrogativa freudiana de que a transferência é o motor da análise e a via pela qual as resistências se mostram durante o tratamento (Freud, [1912] 2018; [1914/1915] 2018), do desdobramento lacaniano de que ela está ligada ao saber e à manifestação da realidade sexual do inconsciente (Lacan [1957] 1992; [1964] 2008), bem como da interface contemporânea entre psicanálise e hospital, no que tange à possibilidade de psicanalisar nesse contexto estar ligada à transferência em um momento de entrevistas preliminares (Simonetti, 2018; Moretto, 2019a, b), a presente proposta de pesquisa parte da seguinte pergunta norteadora: **“Possíveis especificidades do contexto de hospitalização por HIV/aids reverberariam implicações à manifestação e ao manejo da transferência?”**.

Frente a isso, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar, a partir de uma discussão teórico-clínica, possíveis implicações à manifestação e ao manejo da transferência na hospitalização por HIV/aids. Como objetivos específicos, destacam-se: 1. Circunscrever os principais marcos teóricos do conceito psicanalítico de transferência na obra freudiana e no ensino lacaniano; 2. Investigar a respeito da função da transferência na realização das

entrevistas preliminares no hospital; 3. Identificar as possibilidades de interlocução entre a psicanálise, a saúde pública e o cuidado de pessoas que vivem com HIV/aids.

Justifica-se a relevância acadêmica desta pesquisa com a ampliação das reflexões teóricas sobre os aspectos psíquicos que atravessam o adoecimento e a hospitalização por HIV/aids, bem como pela produção de dados de pesquisa para subsidiar políticas públicas de assistência às pessoas que vivem com HIV/aids e às diretrizes de cuidado e assistência voltadas a esse público. Além disso, a presente pesquisa pode contribuir à expansão do arcabouço teórico psicanalítico sobre o conceito de transferência e os operadores clínicos do seu manejo, ao circunscrevê-los na obra freudiana, no ensino lacaniano e no trabalho em instituições de saúde pública.

Ademais, à nível social, a pesquisa, por ter sido realizada diretamente com sujeitos hospitalizados, pode contribuir a partir de duas dimensões, a saber: 1. Reflexões sobre os efeitos dos estigmas em relação ao HIV/aids como agentes de sofrimento psíquico nos sujeitos hospitalizados, levando em consideração que eles são o principal obstáculo à superação do HIV/aids como epidemia; 2. Reverberações terapêuticas no contexto hospitalar, auxiliando os pacientes participantes da pesquisa a atravessarem os seus processos de hospitalização mediante os atendimentos clínicos realizados. Dessa forma, evidenciam-se possibilidades de interlocução entre as elaborações teórico-clínicas psicanalíticas da pesquisa com o campo de estudos da Saúde Coletiva e da Psicologia Hospitalar, por exemplo.

Diante disso, a dissertação, dividida em sete partes, foi escrita mediante o seguinte percurso: após a introdução, consta a descrição das três dimensões – teórica, ética e clínica – da pesquisa. Em seguida, o capítulo teórico intitulado ‘A transferência: pilares teóricos em Freud e Lacan’ é dividido em duas subseções, sendo a primeira para caracterizar a transferência na obra freudiana e, a segunda, para identificar alguns de seus desdobramentos no ensino lacaniano. Passado isso, no capítulo teórico intitulado ‘A psicanálise e a cena hospitalar marcada pelo HIV/aids’, dividido em três subseções, são apresentadas questões gerais sobre a presença do psicanalista no hospital, a epidemia do HIV/aids e, por fim, a interface entre psicanálise e saúde pública em Belém do Pará, no hospital universitário no qual a coleta de dados foi realizada.

No capítulo teórico intitulado “A realização das entrevistas preliminares no hospital: questões sobre o manejo da transferência”, aborda-se a respeito das entrevistas preliminares mediante dois aspectos: primeiro são retomados os fundamentos teóricos freudo-lacanianos clássicos para, em seguida, refletir sobre possíveis implicações à realização das entrevistas

preliminares no contexto hospitalar. Após o percurso teórico realizado e apresentado em articulação aos fragmentos clínicos recolhidos durante a escuta dos sujeitos hospitalizados, apresentam-se dois casos clínicos maiores, cuja discussão é amparada no percurso teórico realizado e, também, suscita interrogações à teoria mediante a metáfora das “encruzilhadas transferenciais” na instituição hospitalar.

A partir disso, pontos foram agrupados a nível de considerações finais, apresentados na sequência, bem como outros possíveis problemas de pesquisa para investigações teórico-clínicas futuras, levando em conta o que se espera de uma dissertação de mestrado, a saber: uma discussão crítica e ampla sobre um objeto, viabilizando uma nova abordagem a respeito dele. Nesse sentido, embora possam ser observadas contribuições teóricas que localizem a transferência como garantia de trabalho psicanalítico em hospitais (Simonetti, 2018; Moretto, 2019a, b), a presente dissertação lança mão de tais contribuições para refletir a partir das experiências vivenciadas no contexto de saúde pública paraense, em um hospital geral universitário, mediante a escuta de sujeitos cuja condição orgânica base – o HIV/aids – evidencia particularidades referentes aos estigmas como produtores de sofrimento psíquico, que precisam ser levados em conta no trabalho psicanalítico em instituições de saúde.

2 ABORDAGEM METODOLÓGICA DA PESQUISA E SUAS DIMENSÕES

Neste capítulo, são tratadas as dimensões da abordagem metodológica da pesquisa. Para fins didáticos, foram circunscritas três dimensões – teórica, ética e clínica – mesmo que, em psicanálise, tal divisão não faça tanto sentido de forma isolada. A indissociabilidade entre a clínica e a investigação, de forma direta, pode ser observada entre os escritos freudianos, como por exemplo em seu texto “Psicanálise e Teoria da Libido” (1923), no qual o autor afirma que:

Psicanálise é o nome: 1) de um procedimento para a **investigação de processos psíquicos** que de outro modo são dificilmente acessíveis; 2) de um **método de tratamento de distúrbios neuróticos**, baseado nessa investigação; 3) de uma série de **conhecimentos psicológicos** adquiridos dessa forma, que gradualmente passam a constituir uma nova disciplina científica (Freud, [1923] 2011 p. 287).

Ou seja, a psicanálise corresponde a uma tríade que se retroalimenta, na qual a clínica está inserida e se mostra uma parte fundamental. Esta tríade conceitual dada à psicanálise pelo seu criador corresponde aos fundamentos de qualquer investigação psicanalítica, seja essa clínica ou teórica (Tavares; Hashimoto, 2013), conduzida por um psicanalista de fato ou um estudioso da teoria psicanalítica (Figueiredo; Minerbo, 2006).

Em qualquer uma das possibilidades mencionadas, segundo autores como Pinto (1999) e Guerra (2010), a psicanálise se configura de forma singular em seu exercício, voltando-se às manifestações subjetivas dos sujeitos e rompendo com o pragmatismo da ciência moderna, constituindo um campo particular de investigação. Sendo assim, a seguir, cada uma das dimensões da abordagem metodológica da pesquisa é mencionada, para circunscrever o percurso realizado para a materialização da presente pesquisa.

2.1 Levantamento bibliográfico: dimensão teórica da pesquisa

A primeira etapa da pesquisa foi a dimensão teórica da investigação. De acordo com Couto (2010), a pesquisa teórica em psicanálise corresponde ao trabalho dado a um conceito, sendo circunscrita a sua evolução teórica no decorrer de um recorte estabelecido, bem como a discussão crítica sobre os achados. Nesta dissertação, enquanto dimensão teórica, realizou-se uma investigação sobre o conceito psicanalítico de transferência em Freud (1856 - 1939) e Lacan (1901 – 1980), visando estabelecer pilares teóricos importantes para circunscrever o que se refere ao primeiro objetivo específico da pesquisa.

Além disso, utilizando das contribuições de autores contemporâneos que trabalham na interface entre psicanálise e instituições de saúde pública, partiu-se de obras clássicas como as de Simonetti (2018), Moretto (2019a, b), bem como artigos de outros psicanalistas. Ainda nesse contexto, visando estabelecer as especificidades da clínica com sujeitos hospitalizados com HIV/aids, utilizou-se da obra de autores que circunscrevem o histórico e os desdobramentos da epidemia, tais como Carneiro (2000), Sontag (2007), Timerman e Magalhães (2015) e Jardim (2019).

Em complemento, realizou-se, também, um levantamento bibliográfico nos periódicos psicanalíticos brasileiros e no repositório de teses e dissertações do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP/UFPA) para circunscrever um panorama exploratório sobre a produção psicanalítica a respeito do adoecimento por HIV/aids e a hospitalização. Tomando a saúde pública como contexto de pesquisa, utilizou-se de teóricos psicanalíticos contemporâneos para estabelecer um fundo teórico à dissertação, como Laurent (2007).

No que diz respeito à investigação teórica sobre transferência, a leitura se deteve, sobretudo, nos textos freudianos cujo objetivo principal foi o de circunscrever a técnica psicanalítica, reconhecendo que em outros textos – publicados anterior ou posteriormente aos textos da técnica – também possam contribuir para a delimitação histórica dos desdobramentos

conceituais freudianos. Por outro lado, no que concerne ao ensino lacaniano, deu-se enfoque aos seus seminários e a textos específicos presentes em seus escritos.

O levantamento entre os textos freudo-lacanianos fez referência ao primeiro e ao segundo objetivos específicos da presente pesquisa, visto que contribuições teóricas sobre as entrevistas preliminares – ou tratamento de ensaio, em Freud – também puderam ser recolhidas, levando em consideração o trabalho clínico psicanalítico em instituições de saúde. Em um segundo momento, já de articulação teórica, utilizou-se dos apontamentos presentes na literatura sobre psicanálise e instituições de saúde pública para pensar implicações à realização das entrevistas preliminares no hospital.

2.2 A coleta de dados no hospital: dimensão ética da pesquisa com pessoas

A coleta de dados da pesquisa, como mencionado anteriormente, ocorreu nos estabelecimentos do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), mais especificamente na enfermaria de Doenças Infecto Parasitárias (DIP), junto aos pacientes internados com HIV/aids. Por se tratar de uma pesquisa clínica, a coleta de dados ocorreu mediante os atendimentos oferecidos aos pacientes hospitalizados na enfermaria. Entretanto, alguns critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos para a escolha dos sujeitos que participaram da pesquisa (Quadro 1)⁴.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão utilizados na coleta de dados.

Critérios	O que foi levado em conta
Inclusão	Pacientes maiores de 18 anos; Pacientes que não possuam comprometimentos cognitivo e/ou neurológico que dificulte e/ou inviabilize a fala; Pacientes que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Pacientes cujo conteúdo dos atendimentos corresponda ao tema central da pesquisa.
Exclusão	Pacientes menores de 18 anos; Pacientes que possuam comprometimentos cognitivo e/ou neurológico que dificulte e/ou inviabilize a fala; Pacientes que não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Pacientes cujo conteúdo dos atendimentos não corresponda ao tema central da pesquisa.

Fonte: elaborado pelo autor.

⁴ Cabe ressaltar que todo o desenho metodológico da pesquisa está em conformidade com o que foi estabelecido como método para o projeto guarda-chuva previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

A coleta de dados foi realizada com pacientes maiores de 18 anos, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁵ produzido para o projeto guarda-chuva, disponível no anexo 1 da dissertação. Levando em conta que o analista pesquisador não faz parte do serviço de Psicologia Hospitalar da referida instituição, o processo de busca ativa, a seleção dos pacientes e o acesso aos documentos institucionais do caso, como o prontuário, ocorreram por intermédio da equipe de Psicologia de referência do setor.

O processo de busca ativa, no qual o analista pesquisador se apresentou aos pacientes e ofereceu sua escuta por intermédio da pesquisa, ocorreu onde os sujeitos que aceitaram participar desejassem: beira leito, na varanda da enfermaria ou nos corredores do hospital. Tais variáveis dependeram das condições de mobilidade de que os pacientes dispunham, desde que o sigilo e a privacidade pudessem ser resguardados ao *setting*.

Dos atendimentos realizados, somente os dados necessários e autorizados via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram incluídos na pesquisa, respeitando a autonomia dos participantes no que tange ao tempo para a assinatura, à possibilidade de consultar seus familiares e, também, à liberdade de retirada do consentimento em qualquer momento da pesquisa, levando em conta os possíveis riscos e benefícios decorrentes desta⁶. Passados, então, a busca ativa e os atendimentos clínicos, realizou-se o processo de escrita dos casos escolhidos à transmissão, cujo processo é descrito no item a seguir.

2.3 Da escuta à escrita: dimensão clínica da pesquisa

A pesquisa clínica atravessa a psicanálise desde sua criação, dada a partir da escuta das históricas, cujas manifestações sintomáticas ludibriavam o saber médico. Nesse contexto, Freud se propôs a escutar o que as pacientes tinham a dizer e, a partir de sua escuta clínica, iniciou suas teorizações sobre o funcionamento psíquico e seus desdobramentos na subjetividade de seus pacientes, o que aponta para a indissociabilidade entre a investigação e a clínica psicanalíticas (Franke; Silva, 2012).

⁵ Por se tratar de uma proposta de pesquisa com seres humanos, o documento em questão será utilizado para que os pacientes atendidos no hospital autorizem a utilização dos dados para fins de ensino e pesquisa sob a garantia da proteção de suas identidades conforme prevê a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso: 29 mar. de 2023.

⁶ Item obrigatório no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como a pesquisa não envolveu a utilização de material biológico, os possíveis riscos se referem à mobilização emocional que os atendimentos clínicos podem incorrer.

Nesse contexto, especificamente a utilização do caso clínico vem como um dispositivo importante à formulação de conceitos e transmissão da psicanálise nos diversos espaços. Para Nasio (2001), o caso clínico possui três funções, a saber: 1. A função diática; 2. A função metafórica; 3. A função heurística. No que diz respeito à primeira, trata-se do caso assumir a representação de um conceito, já a segunda, quando o movimento inverso ocorre e, no que tange a terceira função, observa-se uma nova conceitualização teórica a partir do caso.

Segundo Franke e Silva (2012), etimologicamente, o caso clínico corresponde à união de dois termos, cujo primeiro (caso) aponta para algo irrepresentável e, o segundo (clínico), para a escuta de um sofrimento. Ou seja, trata-se de uma comunicação sobre a escuta de um sofrimento irrepresentável, construída pelo analista/pesquisador, tomando por base as produções de saber inconsciente realizadas pelo analisando/sujeito da pesquisa. Mas quais seriam as possíveis etapas para a construção do caso? A seguir (Quadro 2), alguns apontamentos se fazem presentes.

Quadro 2 - Processos para a escrita do caso clínico em psicanálise.

Etapas	Descrição
A escolha do caso a ser utilizado na pesquisa	Nem toda história corresponde a um caso. O material a ser escolhido para a construção deve enlaçar o pesquisador pela via da transferência, fazendo emergir o desejo de transcrevê-lo.
Definição das proposições conceituais a serem articuladas	Não se tratam das queixas trazidas pelo sujeito, embora partam disso. As proposições conceituais são retiradas da metapsicologia a partir do esquema da análise, os conflitos pulsionais vivenciados pelo sujeito.
Criação de uma metáfora inicial para a apresentação do caso	Aponta para a posição subjetiva que o sujeito assume no decorrer do tratamento, mais especificamente para a sua fantasia fundamental, que é reconstruída durante a análise.
Questões éticas envolvidas	Durante a escrita do caso, é necessário proteger a identidade do paciente, ocultando dados e detalhes que possam revelar sua identidade. Além disso, por se tratar de uma pesquisa, é indispensável garantir que o sujeito leia o documento solicitando sua concordância para a publicação e comunicação do caso.

Fonte: elaborado pelo autor a partir de Franke e Silva (2012).

Conforme demonstra o quadro acima, alguns operadores podem ser utilizados no processo de construção e escrita de um caso clínico. Em Franke e Silva (2012), podem ser identificados quatro recomendações, o que contempla desde a escolha de uma história clínica que marque transferencialmente o analista/pesquisador (justamente o que dá à história clínica o estatuto de um possível caso), passando pela definição das proposições conceituais base para a articulação

teórica, pela criação de uma metáfora que aponte para a verdade do saber inconsciente que caracteriza o caso, bem como pelos cuidados éticos que devem perpassar a escrita em todos os momentos.

Outras contribuições importantes à escrita do caso clínico em psicanálise podem ser observadas em Couto (2010). De acordo com as recomendações do autor, existem dois pilares – a história de vida do sujeito/histórico clínico de seu adoecimento e questões sobre sua posição subjetiva como estrutura clínica, sintoma e gozo – que podem nortear a escrita do caso clínico. Alguns fatores externos também são importantes, tais como a presença de um orientador/supervisor no decorrer da pesquisa, bem como as pessoas a quem o caso em processo de escrita será transmitido. Essas figuras, segundo Iribarry (2003) exercem a alteridade necessária ao distanciamento do analista/pesquisador de seu texto, para realizar outras reflexões e, a partir daí, possíveis retificações em seus escritos.

De acordo com Marcos (2018), algo que caracteriza o caso clínico é a sua recusa à universalidade e suas leis gerais de funcionamento na explicação de determinados fenômenos. O caso clínico em psicanálise opera a partir da verdade singular de cada sujeito e, por isso, segue uma lógica não-toda. Ou seja, há algo do caso clínico que não é capturado e, diante disso, o analista/pesquisador não pretende - e nem pode - tomá-lo por completo em sua escrita.

Justamente por não pretender a totalidade, o caso clínico em psicanálise pode ser usado como o ‘método do exemplo’, de acordo com Ferrari (2010). Para a autora, a função do caso é a de comunicar um processo específico construído de forma singular na relação transferencial entre o analista/pesquisador e o analisando/sujeito da pesquisa. Ou seja, o processo de escrita do caso está também aberto, assim como a análise propriamente dita, ao inesperado das produções de saber inconsciente do analisando.

Especificamente no que diz respeito aos aspectos éticos no entorno da pesquisa, os nomes dos pacientes atendidos que, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), adentraram à dissertação, têm suas identidades preservadas com a utilização de nomes fictícios escolhidos durante a escrita do caso. Como complemento, outras informações foram usadas para compor a escrita do caso, por exemplo, o trabalho na equipe multiprofissional⁷.

⁷ Embora não se tenha utilizado do TCLE com os profissionais de saúde da equipe multiprofissional, menções pontuais sobre questões que emergem diretamente da prática profissional, desde que as identidades das pessoas envolvidas sejam preservadas, dispensam a utilização do TCLE em pesquisa no campo das Ciências Humanas, conforme consta na resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso: 13 nov. 2023.

Para a análise dos dados coletados, a construção e escrita do caso não versa, necessariamente, na transcrição e no agrupamento de citações literais do discurso do paciente, mas em uma narrativa criada mediante a memória do pesquisador que o escutou, o que atribui características fictícias à construção que, embora não seja idêntica aos atendimentos, é análoga a esse processo. No caso da presente dissertação, o material clínico é trabalhado de forma geral, porém, menções diretas à fala dos pacientes também são realizadas, o que implicou no uso da expressão “sic”, para sinalizar que se trata da fala em sua literalidade. Dessa forma, levando em consideração as possibilidades de escrita do caso clínico, pode-se afirmar que o caso clínico exerce ecos tanto na transmissão da psicanálise, por compor um saber em si, quanto no analista pesquisador, devido ser realizado pela transferência (Lebrege; Pena, 2021).

Os conteúdos que emergiram durante a escuta foram levados à supervisão e, também, aos estudos teóricos vinculados ao grupo de pesquisa, uma das recomendações presentes na literatura sobre o método (Silva, 2013). Passado o período de coleta de dados, os casos foram articulados ao referencial teórico psicanalítico para adentrar a dissertação, destacando os pontos que esbarram em novos problemas de pesquisa.

É a partir destes pilares teóricos, metodológicos e éticos que o processo de escrita de casos clínicos se sustentou ao conceber os textos apresentados nos capítulos a seguir, seja mediante a utilização dos fragmentos clínicos de Chico, Pietro, Dália, Romeu e Tarcísio para fins de exemplificações didáticas, mas também de casos propriamente ditos como os de Caio e Agenor, para fins heurísticos, todos pacientes escutados durante sua hospitalização por HIV/aids no HUIBB. É a partir dessas histórias clínicas, que as reflexões teórico-clínicas foram realizadas a respeito da manifestação e do manejo da transferência em um hospital público.

3 A TRANSFERÊNCIA: PILARES TEÓRICOS EM FREUD E LACAN

De início, temos que a transferência é o motor da análise e a via pela qual as resistências surgem ao tratamento psicanalítico, conforme será mostrado adiante. Além disso, a transferência, enquanto processo psíquico, subjaz às relações humanas como um todo, o que inclui, também, a relação profissional de saúde/paciente e pesquisador/sujeito da pesquisa. Dito isso, com o intuito de iniciar este capítulo teórico da dissertação, um fragmento clínico decorrente do meu primeiro atendimento realizado no HUIBB se mostra oportuno ao panorama teórico apresentado a seguir. Trata-se de um fragmento clínico de um único atendimento, que já nos dá notícias sobre o fenômeno transferencial.

Paciente do sexo masculino, com idade entre 25 - 30 anos, chamado pelo codinome Chico, para preservar a sua identidade. Estava hospitalizado devido complicações da aids, cuja infecção oportunista foi uma meningite. Tive apenas uma oportunidade para escutá-lo pois, na semana seguinte, o paciente recebeu alta hospitalar. Em sua fala, envolto por muito choro, Chico relatou que estava triste, pois tivera uma crise no auge de sua vida profissional, quando estava às vésperas de começar um novo emprego. Chico era um profissional de saúde cuja carga horária estava intensa entre assistência e gestão. Além disso, o paciente relatou que gostava de ser demandado, procurado pelos seus colegas de trabalho, de ter seu celular cheio de mensagens.

Quando adoeceu, a rotina frenética de trabalho precisou ser interrompida e isso mobilizou muito sofrimento ao paciente. Quando mencionei sobre o trabalho que estaria realizando no hospital, Chico pontuou que já tivera participado de um estudo de caso para a elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), pois o seu quadro tinha muitas **“patologias interessantes”** (sic). Realizamos o atendimento e Chico concordou que aquele atendimento pudesse ser usado na presente dissertação, caso fosse escolhido no fim da coleta de dados. Eis a sua resposta: **“Poxa, pena que eu não vou poder te ajudar mais porque vou receber alta na semana que vem. Mas espero que nossa conversa tenha servido de algo. Por favor, me escolha!”** (sic).

De certa forma, já no primeiro atendimento, algo da oferta de escuta capturou o paciente e o fez demandar de quem o escutava naquele momento. O que está por detrás do estabelecimento de um espaço para que esse sujeito falasse sobre si? E mais, o seu movimento de se oferecer como um “caso interessante” a ser estudado nos diria sobre o quê? É a partir de tais questionamentos, então, que recorreremos às teorizações clássicas freudo-lacanianas.

Neste capítulo, apresentam-se alguns pilares teóricos freudianos sobre o conceito de transferência, mediante a articulação entre os seguintes textos: 1. Estudos sobre a histeria (1985); 2. A interpretação dos sonhos (1900); 3. Sobre a dinâmica da transferência (1912); 4. Sobre o início do tratamento (1913); 5. Lembrar, repetir e perlaborar (1914); 6. Observações sobre o amor transferencial (1915); 7. Além do princípio do prazer (1920); 8. Compêndio de psicanálise (1940). Além disso, o capítulo também dispõe de alguns desdobramentos lacanianos sobre o conceito de transferência, inicialmente mediante a articulação entre contribuições teóricas diretas localizadas entre os seguintes textos: 1. Seminário 1: os escritos técnicos de

Freud (1953-1954); 2. Seminário 8: a transferência (1960-1961); 3. Seminário 11: os quatro conceitos fundamentais em psicanálise (1964).

Em ambos os casos, não se pretende abordar sobre o conceito de forma exaustiva, correspondendo a uma sistematização cronológica da evolução conceitual da transferência em Freud e em Lacan, mas estabelecer alguns marcadores conceituais importantes para subsidiar as articulações teórico-clínicas nos capítulos posteriores. Mesmo que o percurso realizado no capítulo tenha as obras de Freud e Lacan como foco, também foram utilizadas as argumentações de comentadores contemporâneos que fazem referência aos dois autores clássicos centrais.

3.1 Repetição de clichês infantis: a transferência em Freud

A transferência, embora sistematizada de forma mais consistente em 1912, já demonstrava seus indícios em textos iniciais da obra freudiana, como em “Estudos sobre a Histeria” (1893-1895), escrito em parceria com Josef Breuer. Quanto a isso, Bissoli (2006) afirma que no escrito pré-psicanalítico em questão, a transferência foi mencionada no capítulo 4, como a substituição que o médico exerce no lugar de uma outra pessoa do passado do paciente, uma falsa conexão, o que se manifesta como admiração e confiança sem críticas da parte dos pacientes.

Por exemplo, no decorrer de um dos atendimentos de Freud, sua paciente realizou uma conexão entre uma figura masculina e a figura de seu analista. Entretanto, ao intervir na situação, Freud propõe o esclarecimento dessa falsa conexão à paciente, para que o tratamento possa voltar a fluir a partir das reminiscências da paciente. Quanto a isso, uma síntese explicativa pode ser encontrada em:

Quando a paciente se espanta por transferir para a pessoa do médico as ideias penosas que emergem do conteúdo da análise. Isso é frequente e mesmo uma ocorrência regular em algumas análises. A transferência para o médico se dá por falsa conexão [...] Devo apresentar aqui um exemplo: a origem de certo sintoma histérico era, numa de minhas pacientes, o desejo, havia muitos anos acalentado e logo relegado ao inconsciente, de que o homem com quem então conversara a agarrasse vigorosamente e lhe desse um beijo. Pois bem, um dia, ao término de uma sessão, tal desejo irrompe na paciente em relação a mim; ela se apavora com isso, passa uma noite em claro e, na sessão seguinte, embora não recuse o tratamento, mostra-se imprestável para o trabalho. Depois que percebi e removi o obstáculo, o trabalho volta a avançar e eis que o desejo que tanto a apavora surge como a lembrança patogênica seguinte, a que agora é exigida pelo contexto lógico (Freud; Breuer, [1983-1985] 2016, p. 424).

Observa-se que a transferência, desde os “Estudos sobre a histeria” ([1983-1985] 2016), já era apresentada pela via das resistências ao tratamento proposto, mesmo que esse ainda não

se configurasse como analítico de fato. Como mencionado por Maurano (2006), quando a transferência foi circunscrita na forma analítica, tem-se a demarcação entre o período pré-psicanalítico e o início da psicanálise. Sendo assim, nos “Estudos sobre a histeria” ([1983-1985] 2016), não se fala sobre transferência de uma forma substancialmente analítica, mas se tem notícias do que viria a ser de fato posteriormente. De acordo com Freud, mais especificamente no tópico sobre a psicoterapia da histeria, a transferência poderia surgir enquanto resistência mediante três situações, conforme descrito a seguir (Quadro 3).

Quadro 3 – Descrições da transferência nos “Estudos sobre a histeria”.

Situação	Descrição
Quando a paciente se sente negligenciada pelo médico	Nesse caso, ocorre o alheamento pessoal, visto que a paciente se crê enquanto menosprezada, ofendida ou tomou, enquanto negativo, algo dito sobre o médico e/ou a respeito do tratamento em si. Segundo Freud, trata-se de um obstáculo facilmente vencido no tratamento.
Quando a paciente teme por habituar-se demais à pessoa do médico	Nesse caso, ocorre o medo por perder a autonomia em relação ao médico e, também, pela dependência sexual para com o mesmo. A natureza desse obstáculo, para Freud, é o próprio cuidado terapêutico e, portanto, mais importante.
Quando a paciente se espanta por transferir ideias penosas à pessoa do médico	Nesse caso, ocorre uma falsa conexão entre algo dos pensamentos da paciente e a figura do médico. De acordo com Freud, esta falsa conexão acaba por interromper o processo de rememoração por parte da paciente e, por isso, caberia ao médico esclarecer tal equívoco à mesma.

Fonte: elaborado pelo autor a partir de Freud e Breuer ([1983-1895] 2016).

Conforme está apresentado no quadro acima, transferência e resistência, nos “Estudos sobre a histeria” ([1983-1985] 2016), são equivalentes, visto que a transferência seria uma resistência manifestada na própria relação com o médico através de pensamentos e ações. De toda forma, tais conteúdos se tornariam conscientes para encobrirem as ideias patogênicas inconscientes, às quais a técnica da pressão⁸ não conseguia facilitar o acesso.

Um outro exemplo clínico para ilustrar esse momento foi dado também nos “Estudos sobre a histeria” ([1983-1985] 2016): o caso Anna O, conduzido por Breuer. No caso em questão, explana-se inicialmente sobre as manifestações sintomatológicas: paralisias em alguns momentos, dificuldades para tomar água, agitações psicomotoras, entre outros. Além disso, consta-se, também, a oscilação de sentimentos ora de afeição, ora de hostilidade para com a figura do médico. Cabe ressaltar que no período histórico em que os “Estudos sobre a histeria” (1983-1985) está situado, o método de tratamento utilizado por Freud, assim como por Breuer,

⁸ A técnica da pressão consistia no movimento realizado por Freud ([1983-1985] 2016) de pressionar a mão sobre a testa do paciente na tentativa de, ao removê-la, evocar lembranças para que este continuasse falando.

era o método catártico, que consistia na utilização da hipnose para acessar as cenas traumáticas e provocar a ab-reação do conteúdo patogênico (Freud; Breuer, [1983-1985] 2016).

Mais especificamente no capítulo quatro – “Psicoterapia da histeria”, redigido por Freud – constam as análises teóricas não só do caso Anna O., bem como das demais narrativas clínicas que compõem os estudos. Além disso, Freud inicia reflexões sobre fenômenos que estava observando em sua prática clínica na época: formação de sintomas corporais ou ideias obsessivas; resistências e os processos de censura que determinados conteúdos patogênicos sofriam por serem desagradáveis.

Por outro lado, na apresentação teórica realizada com a publicação de “A interpretação dos sonhos” ([1900] 2019), no que diz respeito ao funcionamento psíquico a partir da utilização da associação livre como método de tratamento, a proposição conceitual em questão adquiriu novos adornos, ao ponto de ser utilizada no plural — transferências — visando representar os deslocamentos utilizados pelos desejos inconscientes entre as satisfações substitutivas frente às resistências da parte consciente (Pcs/Cs) do aparelho psíquico contra uma satisfação direta. Dito de outra maneira, em Freud ([1900] 2019), as transferências surgem como diversas (re)edições do desejo. Portanto, estão atreladas às próprias formações do inconsciente.

Baratto (2010), ao apresentar a genealogia do conceito de transferência a partir de “A interpretação dos sonhos” (1900), afirma que o percurso conceitual em questão teve seu início atrelado à proposição do deslocamento, uma das deformações do trabalho do sonho teorizadas por Freud. De uma forma ainda ampla, sinais do movimento dinâmico do desejo inconsciente já davam notícias sobre o que compõe o conceito de transferência. No tocante a isso, Miller (1987) afirma que, nesse momento, a transferência corresponderia ao próprio funcionamento e composição do inconsciente. Os autores reiteram que as elaborações que a obra sobre os sonhos detém foram primordiais à circunscrição prática da transferência realizada anos depois, especificamente a partir de 1912, entre seus textos técnicos.

Entretanto, antes de adentrar aos textos sobre a técnica psicanalítica de Freud, mostra-se importante, à nível de historicização do conceito de transferência, a menção da sua abordagem em um dos casos clínicos clássicos de Freud, publicado em 1905: o caso Dora⁹ (Freud, [1905] 2021). Os fragmentos do caso conduzido por Freud renderam reflexões teóricas

⁹ Levando em consideração que a função deste capítulo teórico é estabelecer os marcadores teóricos da transferência na obra freudiana, optou-se por não trabalhar a fundo o caso Dora, contudo, menciona-se o caso para situar a sua importância histórica à circunscrição conceitual. Nesse sentido, foram os textos da técnica freudiana os utilizados diretamente durante a investigação.

sobre os mecanismos de defesa histéricos, questões sobre a feminilidade e reposicionamentos quanto ao manejo da transferência, visto que o caso Dora corresponde a um “relativo fracasso clínico”¹⁰ freudiano, responsável por uma reestruturação na abordagem da transferência nos textos técnicos posteriormente lançados. Contemporâneo a “Interpretação dos sonhos” (1900), o caso Dora proporcionou lapidações conceituais importantes.

Anos depois, compondo o *hall* de textos voltados à técnica psicanalítica, o artigo intitulado “Sobre a dinâmica da transferência” (1912) se deteve em circunscrever a proposição conceitual em questão, sobretudo no que tange seu aparecimento e manejo no *setting* analítico. Freud ([1912] 2018), então, passa a se remeter ao termo no singular — transferência — para se referir à dimensão analítica do conceito:

A transferência analítica, aquela que solda o laço estabelecido pelo sujeito com o analista, obedece à mesma estrutura lógica que Freud desvendou no processo de formação do sonho. Seu mecanismo geral é o mesmo, caracterizando-se pela ideia central de movimento, isto é, o próprio trabalho do inconsciente, e por meio do qual o desejo pode ser transposto e retranscrito para um outro campo, surgindo de forma inesperada (Baratto, 2010, p. 239-240).

Freud ([1912] 2018) inicia o artigo articulando comentários sobre o processo de desenvolvimento psicosssexual e as primeiras relações objetais que o sujeito estabelece quando criança. Deste momento até períodos posteriores do desenvolvimento psicosssexual, o sujeito desenvolve idiossincrasias que norteiam a sua vida amorosa e o investimento libidinal aos seus objetos. Nesse contexto, a discussão freudiana sobre a transferência versa na reedição e na repetição dos clichês da vida amorosa infantil para com a figura do psicanalista.

A explicação metapsicológica freudiana a respeito da porção de energia libidinal que está à disposição da personalidade para o investimento em objetos sugere que quando o sujeito se encontra insatisfeito pela realidade representada enquanto externa, essa energia é deslocada para outros objetos ou pessoas. Ou seja, a teorização freudiana sobre a transferência explica, também, questões sobre a própria vida amorosa do sujeito.

A transferência, então, é fruto de uma insatisfação parcial para com a realidade externa (Freud, [1912] 2018). Nas tentativas de distribuição e redistribuição de energia libidinal, ao tomar a figura do médico como objeto de investimento, o sujeito o insere em uma de suas sequências psíquicas, cuja formação pode remontar ímagos paternas, maternas, fraternas, entre outras, não somente pela via consciente, mas por conteúdos retidos no inconsciente também.

¹⁰ Extraída das notas explicativas lançadas pela editora Autêntica, no volume “Histórias clínicas: cinco casos paradigmáticos da clínica psicanalítica”, publicado em 2021.

Entretanto, no decorrer do texto, Freud ([1912] 2018) localiza um impasse: ao mesmo tempo que a transferência corresponde ao motor da análise, ela também é a via pela qual as resistências se manifestam, interrompendo o fluxo de associações do analisando através de algo que o remete à figura do analista. Percebe-se que a transferência é apresentada, em “Sobre a dinâmica da transferência” (1912), próxima aos conceitos de resistência e, também, de repetição, bem como também recebeu a primeira explicação metapsicológica sobre o curso da energia psíquica que a caracteriza. Por outro lado, sua sistematização se mostra paradoxal em um primeiro momento, visto que:

À primeira vista, parece ser uma grande desvantagem metodológica da Psicanálise o fato de que nela a transferência – até então a força mais poderosa do sucesso – transforma-se no meio mais forte de resistência. Olhando mais de perto, porém, afastamos pelo menos o primeiro dos dois problemas. Não é correto afirmar que a transferência aparece mais intensamente e de forma mais desmedida durante a Psicanálise do que fora dela. Nas instituições em que pacientes nervosos não têm tratamento psicanalítico, observamos as maiores intensidades e as formas mais indignas de transferência, chegando à servidão, até mesmo um viés indubitavelmente erótico da transferência (Freud, [1912] 2018, p. 110).

Ainda no que diz respeito à relação entre transferência e resistência, Freud ([1912] 2018) afirma que quando algo dos conteúdos do inconsciente se mostra adequado para ser transferido à figura do médico, ocorre a transferência como uma interrupção das associações, ou seja, uma resistência. Para o autor, então, durante o tratamento analítico, as resistências se satisfazem com as ideias transferenciais para se presentificarem. Todavia, ao mesmo tempo, no que diz respeito à direção do tratamento psicanalítico, “todos os conflitos precisam ser resolvidos no terreno da transferência” (Freud, [1913] 2018, p. 114).

Na tentativa de sistematizar o conceito de transferência e para localizá-lo mais precisamente no campo das resistências, Freud ([1912] 2018) se viu na necessidade de categorizar as especificidades de sua manifestação, o que o levou a subdividir a transferência entre positiva e negativa. Enquanto a primeira corresponderia ao surgimento de moções afetivas de cunho carinhoso e até mesmo erótico, a segunda, por outro lado, surgiria como hostilidade para com a figura do analista.

A dimensão positiva da transferência possui duas vias: uma conscientemente carinhosa e outra inconscientemente erótica. Para subsidiar essas categorizações, Freud ([1912] 2018) explica que a primeira corresponde à inibição da meta, o que converte o fundo puramente erótico em manifestações mais brandas de amizade e admiração. Já a segunda, surge como enamoramento de fato. Freud ([1912] 2018) menciona que a transferência positiva carinhosa

pode ajudar nos momentos iniciais do tratamento, contudo, a transferência positiva erótica surge como resistência ao tratamento.

Contextos diferentes do *setting* analítico tradicional – tais como as instituições de saúde, por exemplo - também são atravessados por transferências. Para Freud ([1912] 2018), o doente abandona a instituição pela via da transferência negativa, por outro lado, a transferência positiva não se mostra tão inibidora porque uma de suas características é embelezar a vida. Ou seja, a transferência positiva pode esconder diversos ganhos secundários em determinadas condições. De forma geral, os fenômenos transferenciais remontam à ambivalência do próprio funcionamento mental, que é conflitivo em sua própria lógica.

Entre as duas qualidades da transferência, Freud ([1912] 2018) se debruçou com mais intensidade na sistematização da transferência positiva. Não obstante, anos após a publicação de “Sobre a dinâmica da transferência” ([1912] 2018), Freud também abordou a questão da transferência positiva em textos como “Sobre o início do tratamento” ([1913] 2018) e “Observações sobre o amor transferencial” ([1914/1915] 2018).

Em “Sobre o início do tratamento” ([1913] 2018), Freud deu enfoque ao início do processo analítico, sobretudo ao momento antes da entrada em análise propriamente dita. Para tanto, realiza-se um tratamento de ensaio, momento probatório durante algumas semanas cujo objetivo seria identificar pontos importantes para que o paciente não abandonasse o tratamento, tais como pagamento, tempo, diagnóstico, entre outros. No texto em questão, a primeira menção à transferência é dada quando Freud ([1913] 2018) traça recomendações sobre o diagnóstico que subsidiaria, ou não, a recomendação do tratamento psicanalítico, bem como questões anteriores à análise que poderiam interferir no curso do tratamento ao ponto de provocar a evasão do analisando. De acordo com ele:

Longas conversas prévias antes do início do tratamento analítico, uma terapia de outro tipo feita anteriormente, assim como um conhecimento anterior do futuro analisando por parte do médico tem certas consequências desvantajosas, para as quais precisamos estar preparados. É que elas fazem com que o paciente se coloque diante do médico com uma postura preconcebida em relação à transferência, que o médico precisará desvendar aos poucos, em vez de ter a oportunidade de observar desde o início o crescimento e o devir da transferência (Freud, [1913] 2018, p. 124).

A afirmação freudiana destacada acima se refere à pressuposição adotada na época, de que no tratamento de afecções psíquicas que não se caracterizassem como neuroses de transferência – parafrenias, mais especificamente – a psicanálise não corresponderia enquanto

possibilidade de cura¹¹. Na sequência de sua argumentação, Freud ([1913] 2018), outra vez, relaciona a transferência às resistências ao tratamento analítico. Dessa vez, faz alusão a possíveis posicionamentos do paciente para com o analista e para com o tratamento, que ora podem se mostrar céticos ou duvidosos, mas também confiantes. Além disso, menciona que é comum que o posicionamento dos neuróticos para com o tratamento analítico mude no decorrer do percurso.

Ainda no que diz respeito ao início do tratamento analítico, Freud ([1913] 2018) faz outras menções à transferência e à resistência relacionadas ao pagamento pelas sessões de análise. Buscando evitar as resistências, Freud realizou alguns de seus atendimentos de forma gratuita, entretanto, a gratuidade do tratamento se mostrou como fator de resistência para alguns pacientes também, o que surgiu na transferência seja por questões vivenciadas na relação entre analista e analisando, bem como obrigação à gratidão, remontando complexos paternos.

Assim como em “Sobre a dinâmica da transferência” (1912), em “Sobre o início do tratamento” (1913), a transferência aparece como via pela qual a resistência se manifesta frente ao tratamento. Contudo, Freud ([1913] 2018) passa a demonstrar momentos em que isso pode ocorrer tal como a passagem para o divã, o cumprimento (ou não) da regra fundamental da psicanálise ou o pagamento da sessão, como já mencionado. Em todos esses casos, encontra-se um ponto de interseção no texto freudiano, de que quando a transferência se mostra como resistência, algo do conteúdo patogênico do paciente está à mostra e isso deve ser manejado.

Mas como se daria o manejo de tais fenômenos? E mais especificamente, quando as comunicações deveriam ser feitas ao analisando? Conforme Freud ([1913] 2018, p. 142) recomenda: “não antes de se ter instalado no paciente uma transferência produtiva, um *rapport* razoável”. Ou seja, embora a transferência seja a via pela qual as resistências se mostram, ela também é o caminho para o manejo dessas, o que marca a diferenciação entre o tratamento psicanalítico e a sugestão: o trabalho psíquico para a superação das resistências.

No que tange especificamente as resistências, em “Lembrar, repetir e perlaborar” (1914), Freud traça algumas reflexões sobre suas incidências no curso da análise. Partindo do pressuposto adotado por Freud nesse momento, o objetivo do tratamento analítico seria a aproximação dos conflitos patogênicos ao ponto de o próprio sujeito reconhecê-los como a gênese de seu mal-estar. Entretanto, conforme a análise avança rumo a esses conflitos, ergue-

¹¹ À nível de contextualização, o termo “parafrenia” corresponde à categorização na qual Freud enquadrava a esquizofrenia, realizando um contraponto às neuroses histérica e obsessiva (Freud, [1913] 2018).

se a dimensão da transferência, que corresponde a um entrave à análise: a resistência baseada na repetição ao invés da rememoração através das associações em análise (Freud, [1914] 2018).

Nessa tentativa de diferenciar a lembrança e a repetição, Freud ([1914] 2018) traça comentários sobre o tratamento hipnótico utilizado antes da criação da psicanálise. De acordo com ele, o objetivo do tratamento hipnótico seria de fazer o paciente acessar a lembrança que apontasse para um conteúdo patogênico. Contudo, a partir de sua experiência clínica, Freud deixou de lado o tratamento hipnótico e a ab-reação aos conteúdos patogênicos dos pacientes para, em seguida, trabalhar mediante a utilização da associação livre, a regra fundamental da psicanálise.

A partir do momento em que as associações livres foram utilizadas na tentativa do acesso aos conteúdos inconscientes, o teor sugestivo direto que a hipnose exercia fora deixado para trás e coube ao paciente o trabalho psíquico de lembrar e associar sobre suas reminiscências. Entretanto, segundo o texto freudiano em questão, existem vivências que não se constituem como lembranças, ou seja, as repetições (Freud, [1914] 2018). Nesse sentido, as repetições se configuram a partir do conteúdo recalcado que, embora seja um material importante sobre os primórdios da infância do sujeito, não conseguem evocar uma lembrança, contudo podem ser encontradas em sonhos e em ato, mesmo que o analisando não saiba o que repete. No tocante a isso, tem-se que:

[...] o analisando não conta que lembra ter sido rebelde e incrédulo diante da autoridade dos pais, mas se comporta dessa forma diante do médico. Ele não lembra que em sua pesquisa sexual infantil ficou perplexo, atônito e desamparado, mas apresenta uma série de sonhos e ocorrências confusos, reclama de que nada dá certo para ele e mostra como sendo o seu destino nunca terminar uma empreitada. Ele não lembra que se envergonhou intensamente por certas atividades sexuais e que temia ser descoberto, mas mostra que tem vergonha do tratamento ao qual se submeteu agora, buscando ocultá-lo de todos (Freud, [1914] 2018 p. 154-155).

É válido ressaltar que, devido Freud abordar transferência e repetição como conceitos próximos e equivalentes em alguma medida, justifica-se a ambivalência da primeira. Ao passo que a análise ocorre no terreno da transferência, quando se manifesta pela repetição ao invés da associação, o tratamento é prejudicado, contudo, Freud ([1914] 2018, p. 155) é categórico ao afirmar que “a transferência é apenas uma parcela da repetição”.

Outra demarcação realizada por Freud é a de que, quanto maior a resistência, mais difícil será o trabalho de lembrança e com maior frequência o lembrar será substituído pelo atuar. Dessa forma, é recomendado que o adoecimento psíquico vivenciado pelo paciente não seja encarado pelo analista enquanto algo estritamente do passado – embora seja ao passado que o

paciente recorra para produzir resistências - mas como algo mostrado no presente durante o tratamento (Freud, [1914] 2018).

Freud ([1914] 2018) retorna à divisão entre transferência positiva e negativa ao afirmar que, no início do tratamento, a transferência positiva poderia proporcionar um aprofundamento mais fácil entre as lembranças do paciente, embora também seja via de resistências para que o paciente não siga em associações, ao passo que a transferência negativa mobilizaria as resistências e, por conseguinte, a recusa por lembrar e associar. Não obstante, conforme o analisando caminha pelo tratamento, seus conteúdos patogênicos são provocados e seus efeitos podem transpor as paredes do *setting* analítico, mobilizando suas relações de forma geral.

Freud ([1914] 2018) afirma que para vencer as repetições, o analista deveria conduzir o analisando a encarar, na análise, seu adoecimento e suas repetições, manejando a relação transferencial. Miller (1987, p. 62), no tocante à dimensão ambígua da transferência, afirma que “em certo sentido, a análise caminha graças à transferência e, em outro sentido, apesar da transferência”. Ademais, entre um sentido e outro, opera algo da parte do manejo do analista, que Maurano (2006) aborda e que será explorado mais adiante.

De acordo com Freud ([1914] 2018), a análise deve tornar a relação transferencial semelhante a um parque de diversões, no qual o analisando poderá livremente desenvolver seus complexos infantis. Nesse cenário, é criada uma neurose de transferência para substituir a neurose original para que, ao surgirem os clichês infantis do paciente, o analista possa manejar a transferência:

A transferência cria, assim, uma zona intermediária entre a doença e a vida, onde se dá a transição da primeira para a segunda. O novo estado assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, na qual podemos intervir em todo lugar. Ao mesmo tempo, é um pedaço da vivência real, mas que é tornada possível através de condições especialmente favoráveis e que tem a natureza de algo provisório. Partindo das reações de repetição que se mostram na transferência, os caminhos já conhecidos levam ao despertar das lembranças que se instalam quase que sem esforço após a superação das resistências (Freud, [1914] 2018, p. 160).

Freud ([1914] 2018) afirma, então, que após todo o trabalho psíquico que o tratamento analítico mobiliza no analisando, é possível a superação da resistência mediante sua perlaboração. Ou seja, não basta somente que o analista nomeie a resistência ao analisando, é preciso que o paciente se aprofunde em sua resistência e a supere em seu próprio tempo, mediante algum trabalho psíquico de sua parte.

No que diz respeito à dimensão perigosa da transferência, Freud já havia explanado sobre suas nuances em “A dinâmica da transferência” (1912), contudo é somente dois anos

depois, em “Observações sobre o amor transferencial” (1914), que dará maior profundidade à discussão. O artigo em questão centra seus argumentos nas manifestações eróticas da transferência positiva e em como é importante que o analista saiba manejar o ambivalente amor transferencial, não correspondendo às demandas do paciente, sabendo que essas não correspondem, de fato, ao analista, mas à sequência psíquica na qual este está incluído. Ou seja, o amor transferencial é uma artificialidade criada em análise, não uma conquista pessoal do analista. Nesse contexto, encontra-se a primeira utilização do termo contratransferência na obra freudiana (Freud, [1914/1915] 2018).

Nesse texto, também é abordada a relação entre o amor transferencial e a resistência na análise. Se por um lado os sentimentos afetuosos do paciente para com o analista podem proporcionar o andamento da análise e a retificação de seus sintomas, também pode interromper as associações do paciente, que não traz seus conflitos em palavras, mas passa a atuar através da repetição de uma tempestuosa demanda de amor. Portanto, é como se a resistência utilizasse da própria relação transferencial analítica para fazer com que o paciente deixe de lado o trabalho psíquico que o tratamento o atribui, produzindo o amor erótico no lugar (Freud, [1914/1915] 2018).

Em linhas gerais, então, o manejo da transferência é delicado por envolver as ambivalências psíquicas que constituem os sujeitos e suas vivências primitivas de amor e de ódio. Entretanto, trata-se de uma dimensão imprescindível ao tratamento, visto que se percorre o terreno da transferência em busca das raízes dos complexos infantis para trabalhá-los durante a análise.

O conceito de transferência foi sistematizado em Freud a partir de anos de observação clínica, tendo seu início atrelado ao conceito de deslocamento e, posteriormente, os de repetição e resistência. Entretanto, a partir de 1920, a obra psicanalítica passou por reformulações teóricas, o que faz surgir o questionamento: como tais reformulações atravessaram o conceito de transferência? Com a publicação de “Além do princípio do prazer” (1920), algumas proposições teóricas de Freud passaram por reformulação. A exemplo disso, evidencia-se a revisão dos dois princípios do funcionamento mental que outrora corresponderam ao princípio do prazer e o princípio da realidade, bem como a ideia de compulsão a repetição vinculada à pulsão de morte, uma das categorias conceituais referentes à nova doutrina das pulsões.

No escrito de 1920 em questão, é retomada a “compulsão à repetição” não como uma resistência em ato para evitar a rememoração, assim como mencionado em “Lembrar, repetir e

perlaborar” (1914), mas como algo próprio do aparelho psíquico e da dinâmica pulsional do sujeito. Para exemplificar isso, Freud ([1920] 2020) menciona a vivência de neuroses traumáticas geradas após acidentes ou situações que sobrecarregaram o aparelho psíquico dos sujeitos, as neuroses de guerra mediante os sonhos de soldados que retornaram do combate, bem como a brincadeira infantil realizada para lidar com a ausência materna e seus impulsos agressivos. É justamente o teor desprazeroso de tais experiências que leva Freud ([1920] 2020) a reformular sua teoria sobre os princípios do funcionamento mental.

Mais especificamente no tópico três de “Além do princípio do prazer” (1920), Freud discorre brevemente sobre a transferência mediante a terminologia “neurose de transferência”, buscando diferenciá-la das neuroses traumáticas. De acordo com Freud ([1920] 2020), as neuroses de transferência – incluindo a histeria e a neurose obsessiva - remontam às vivências do passado do paciente com a repetição de suas idiossincrasias durante a análise. Por outro lado, as neuroses traumáticas correspondem à sobrecarga que o aparelho psíquico é alvo devido algum terror vivenciado no presente.

Isso norteia, por exemplo, a metáfora freudiana do “parque de diversões” mencionada anteriormente: proporcionar um espaço para que o analisando monte as suas cenas é, em certa medida, possibilitar a configuração de uma neurose transferencial que substituirá o sintoma já presente. Em “Além do princípio do prazer” (1920), a transferência ainda é apresentada como resistência e repetição, mesmo que o conceito de repetição, no texto em questão, tenha adquirido outras vicissitudes para além do princípio do prazer, apontando para o domínio da pulsão de morte e sua tendência a um estado inorgânico, destituído de representações.

Um outro escrito que deve ser mencionado é o póstumo “Compêndio de Psicanálise” (1940), texto no qual Freud revisita diversos aspectos de sua teoria psicanalítica – técnica, metapsicologia, entre outros – para propor uma síntese dos principais pontos. Mais especificamente no tópico dois do texto, quando Freud ([1940] 2018) se detém na tarefa prática da psicanálise, ou seja, o tratamento em si.

A síntese da dimensão clínica da psicanálise realizada por Freud ([1940] 2018) começa a partir da diferenciação de pontos basilares para o tratamento como, por exemplo, a neurose e a psicose e, também, estados neuróticos graves cujas características não demonstram aderência à proposta de tratamento oferecida pela psicanálise. Nesse contexto, Freud ([1940] 2018) retoma as teorizações referentes à sua segunda tópica do aparelho psíquico – Isso, Eu e Supereu – para exemplificar o estado em que o analisando inicia a análise: entre as exigências pulsionais

da parte do Isso e as proibições do Supereu, o Eu se encontra fragilizado. Dessa forma: “O médico analista e o Eu enfraquecido do enfermo, apoiados no mundo externo real, devem formar um partido contra os inimigos: as exigências pulsionais do Isso e as exigências da consciência moral do Supereu” (Freud, [1940] 2018, p. 87).

O Eu adoecido do paciente, ao adentrar em análise, deve obedecer a regra fundamental da psicanálise, de falar tudo o que lhe ocorrer com sinceridade e sem omitir quaisquer questões. Entretanto, o texto chama a atenção para uma situação: embora em primeiro momento o paciente obedeça a regra fundamental, em algum momento, suas associações podem ser interrompidas e, ao invés desse falar, irá atuar determinados conteúdos na relação com o psicanalista. Estabelece-se, então, uma relação transferencial.

Essa transferência é ambivalente, ela abrange atitudes positivas, ternas, assim como negativas, hostis, para com o analista que, via de regra, é colocado na posição de um dos pais, do pai ou da mãe. Enquanto ela é positiva, nos presta os melhores serviços. Ela altera toda a situação analítica, empurra de lado a intenção racional de tornar-se sadio e livre de sofrimentos. Em seu lugar surge a intenção de agradar o analista, de ganhar sua aprovação e seu amor. Ela se torna a verdadeira mola propulsora de colaboração do paciente: o Eu fraco torna-se forte, sob sua influência ele alcança realizações que, de outra forma, lhe teriam sido impossíveis, suspende seus sintomas, torna-se aparentemente saudável, somente por amor ao analista (Freud, [1940] 2018, p. 93).

Conforme disposto na citação acima destacada, Freud ([1940] 2018) reutiliza algumas ideias já presentes em “Sobre a dinâmica da transferência” (1912), tais como ambivalência, a divisão entre sentimentos simpáticos e hostis e a transferência como motor da análise. Contudo, como se trata do último texto de Freud, após viradas teóricas em sua teoria, as reflexões sobre a transferência adquiriram novas terminologias.

Um exemplo disso é a já mencionada reformulação na explicação das instâncias psíquicas, sobretudo no que diz respeito ao Supereu proibidor e opressor do Eu. Freud ([1940] 2018) menciona que, durante o curso do tratamento, o analista pode ser colocado como um segundo Supereu para o analisando, atribuindo uma dimensão educativa à análise. Não obstante, é recomendado aos analistas que tomem cuidado com essa influência exercida sobre o paciente, afinal, não caracteriza o tratamento analítico “criar homens à sua própria semelhança” (Freud, [1940] 2018).

Em linhas gerais, observa-se que mesmo com as viradas teóricas realizadas a partir de “Além do princípio do prazer” (1920), bem como em “Compêndio de psicanálise” (1940), mesmo que a transferência passe a ser explicada mediante novas nomenclaturas e relacionada a outros conceitos tais como o Supereu, ainda permaneceu atrelada às resistências

presentificadas na relação analista-analisando, à repetição de idiosincrasias que remetem à vida amorosa infantil do sujeito e, acima de tudo, ao motor que proporciona o tratamento analítico.

Miller (1987) ao analisar o percurso freudiano, circunscreve, de forma geral, a abordagem freudiana da transferência mediante três marcadores, a saber: 1. Repetição, 2. Resistência; 3. Sugestão. Tais balizadores sintetizam o período de sistematização freudiana do conceito de transferência, conforme foi apresentado no presente panorama teórico. Se retomarmos o fragmento clínico de Chico, apresentado inicialmente, poderemos identificar, em linhas gerais, algo dos três marcadores.

Chico, que gostava de ser procurado e demandado pelos seus colegas de trabalho, também se colocou à disposição das demandas supostas à figura do analista pesquisador que o convidou a participar do estudo e, possivelmente ser escolhido como caso clínico. A possibilidade de ser escolhido (significante usado por Chico) o capturou de alguma forma? Mesmo que o presente fragmento corresponda a um único atendimento, pôde-se observar movimentos que podem dar notícias de repetição, resistência e, talvez, de sugestão, mesmo que não operada diretamente, levando em consideração que o atendimento não teve continuidade.

Todavia, outros desdobramentos conceituais podem ser observados no ensino lacaniano, que servirão à discussão mais ampla a respeito do fragmento apresentado, bem como das demais discussões que são realizadas no decorrer da presente dissertação. No tocante aos desdobramentos lacanianos quanto a transferência, um breve percurso teórico é apresentado a seguir.

3.2 Amor ao saber: a transferência em Lacan

Lacan ([1953-1954] 2009), em seu seminário dedicado aos “Escritos técnicos de Freud”, textos localizados na obra freudiana entre os anos de 1904 e 1919 - que se debruçam à circunscrição e à sistematização do método psicanalítico - traça questões importantes para pensar sobre a transferência. Importantes porque o seminário em questão retoma pontos basilares do pensamento freudiano e também apresenta críticas à forma como as concepções freudianas estavam sendo tomadas por diferentes correntes teóricas dentro da psicanálise na época.

Nesse momento, o primeiro seminário lacaniano se debruçou em temas iniciais como a relação entre analista e analisando, fazendo crítica à crescente importância dada, entre os analistas da época, à contratransferência e à interpretação. Embora detenha seus comentários

ao recorte temporal mencionado anteriormente, Lacan ([1953-1954] 2009) sustenta o argumento de que Freud abordou a técnica psicanalítica durante toda sua obra.

Assim como demonstrado na seção anterior, Lacan ([1953-1954] 2009), semelhante a Freud, também aborda a transferência pela ótica da resistência, visto que a primeira parte de seu seminário busca caracterizá-la teoricamente de forma rigorosa. Não obstante, nessa tentativa, tem-se que o estudo das resistências mostra o ponto pivô do que se trata a transferência: “É no movimento através do qual o sujeito se revela que aparece um fenômeno que é resistência. Quando essa resistência se torna muito forte, surge a transferência” (Lacan, [1953-1954] 2009, p. 60).

Ou seja, o movimento de resistir é, ao mesmo tempo, um movimento de mostrar-se e, embora o tratamento analítico não objetive diretamente a resistência, ele não a descarta de seu trabalho, visto que ela aponta para os conteúdos inconscientes. Observa-se em Lacan ([1953-1954] 2009) que o sujeito pode lançar mão de diversas saídas para produzir defesas, inclusive a figura do analista: eis que a resistência se utiliza da transferência visando a satisfação ao romper com a organização da palavra – que Lacan ([1953-1954] 2009) afirma ter a função de revelar o inconsciente – e remonta a vida amorosa infantil do sujeito, sua organização subjetiva do mundo.

Ao retomar que a resistência é um fenômeno que emerge no Eu, totalmente proporcional ao movimento de aproximação dos conteúdos patogênicos recalçados, Lacan ([1953-1954] 2009, p. 48) faz uma analogia à contratransferência, afirmando tratar-se de um fenômeno que ocorre no Eu do analista a partir de seus próprios preconceitos. Além disso, menciona que não é algo inadequado que o analista tenha sentimento em relação ao seu paciente, contudo, cabe a ele “não apenas não ceder a eles, colocá-los no seu devido lugar, mas servir-se deles adequadamente na sua técnica”.

O analista agir a partir de seus sentimentos seria, de acordo com o seminário lacaniano em questão, perigoso porque ele poderia vir a incorrer em interpretações projetivas de ego para ego (igual para igual). Não à toa, Lacan ([1953-1954] 2009, p. 40) menciona a contratransferência como uma “armadilha”. No tocante a isso, por exemplo, Maurano (2006) afirma que cabe ao analista estar avisado de que a análise não se trata de uma relação intersubjetiva, mesmo que ele possa ser mobilizado por conteúdos que surjam da parte de seu analisando. Nesse sentido, o analista deve responder a partir de sua função e não de sua pessoa.

Na primeira parte do seminário um, livro 1 – intitulada “Momento da Resistência” – Lacan ([1953-1954] 2009) cita diversos exemplos clínicos conduzidos por Anna Freud, Melanie Klein e Ernest Kris, bem como retoma casos freudianos para elucidar os possíveis efeitos de tais interpretações projetivas de ego para ego. Observa-se que, por detrás dessas menções, o seminário lacaniano em questão traça críticas à forma como a análise estava sendo conduzida sob a primazia do Eu e suas defesas, deixando de lado proposições teóricas importantes sobre o Isso e as leis de funcionamento do inconsciente, o recalque e a própria transferência.

Frente a isso, Lacan ([1953-1954] 2009) sustenta a importância do estudo da linguagem para compreender não só o modo de funcionamento da vida psíquica do sujeito, mas também a importância da palavra como meio de revelação do inconsciente. Nesse sentido, surgem duas possibilidades de revelação e mediação para representar tal processo: 1. A palavra plena que ocorre quando o discurso do sujeito é construído a partir do seu íntimo, o que viabiliza interpretações analíticas que progridam na sua estrutura simbólica e, por conseguinte, na revelação do inconsciente; 2. A palavra vazia, destituída de produção de saber inconsciente porque se ancora no outro como mediação, o que pode levar o analista a incorrer na análise de resistências e, por conseguinte, interpretações projetivas de ego para ego.

Observa-se em Lacan ([1953-1954] 2009) que, ao mesmo tempo que ele tecia críticas à Psicologia do Ego e à análise das resistências, também mencionava pontos importantes para a concepção do que seria, de fato, uma interpretação frutífera realizada a partir do saber do sujeito: “A todo instante essa experiência consiste em mostrar ao sujeito que ele diz mais do que pensa dizer – para não tomar a questão senão por esse ângulo” (Lacan, [1953-1954] 2009, p. 77). Identifica-se, então, que a concepção de tratamento analítico sustentada no primeiro seminário lacaniano é a de um processo que caminha entre o imaginário (resistências, defesas e identificações) e o simbólico (novas significações do analisando), contudo, não descarta a presença do real (o que resiste à significação).

Mais adiante no seminário, em sua quinta parte, intitulada ‘A palavra na Transferência’, Lacan ([1953-1954] 2009) se detém à teorização sobre a linguagem e a função da palavra para os sujeitos dentro e fora a análise para, por fim, relacionar à estrutura da transferência. O principal ponto dessa parte do seminário lacaniano é a questão da significação, que só é passível de conhecimento por meio da soma de seus empregos, visto que “uma significação não reenvia nunca senão a ela mesma, isto é, a uma outra significação” (Lacan, [1953-1954] 2009, p. 308).

Além disso, o seminário levanta críticas à noção de intersubjetividade e, por conseguinte, à dimensão imaginária da transferência. Dessa forma, qual seria, então, a função da palavra na transferência?

Retomemos, pois, nosso exemplo – por que a análise se transforma, a partir do momento em que a situação transferencial é analisada pela evocação da situação antiga, em que o sujeito se encontrava em presença de um objeto muito diferente, inassimilável ao objeto presente? Porque a palavra atual, como a palavra antiga, é colocada num parêntese de tempo, numa forma de tempo, se é que posso me exprimir assim. A modulação do tempo sendo idêntica, a palavra do analista tem o mesmo valor que a antiga (Lacan, [1953-1954] 2009, p. 315).

Em linhas gerais, a palavra tem função criadora e, também, aponta para diversos significados devido sua condição estrutural na semântica da linguagem. Ou seja, a palavra tem sempre um mais-além que sustenta muitos sentidos e possibilita novos empregos, de acordo com Lacan ([1953-1954] 2009, p. 314): “Atrás do que diz um discurso, há o que ele quer dizer, e, atrás do que ele quer dizer, há ainda um outro querer-dizer, e nada será nunca esgotado”.

Explicado de outra maneira, tem-se a palavra como aparato de linguagem para tentar nomear e presentificar o inidentificável, justamente o que viabiliza a evocação dos clichês amorosos infantis, fazendo relação à concepção freudiana de transferência. Dessa forma, o valor da palavra é tornar uma palavra antiga (as idiossincrasias infantis) em atual, ao vinculá-las à palavra do analista. Além disso, embora o inidentificável não se esgote, o alcance da palavra como via de nomeação e presentificação possui um limite.

Mas qual seria o limite da palavra e o que se encontra quando ela finda? Para Lacan ([1953-1954] 2009), encontra-se a relação do sujeito com o objeto de seu desejo. Quando isso ocorre, rompe-se as imagens especulares de prazer preliminar e narcísico – o que é da ordem do imaginário – e muda o sentido da palavra, revelando que essa não é vazia, mas plena em seus efeitos. É justamente isso que está em jogo na análise da transferência: “saber em que ponto de sua presença a palavra é plena (Lacan, ([1953-1954] 2009), p. 316).

Lacan ([1953-1954] 2009) também faz alusão à transferência antes dos escritos freudianos sobre a técnica, sobretudo as menções presentes na “Interpretação dos sonhos” (1900) e no “Caso Dora” (1905). Além de articular a transferência aos caminhos de deslocamento tomados pelo desejo inconsciente para se manifestar, o que já estava presente na teorização freudiana, também ampliou as reflexões clínicas a partir do conceito de *acting*, sendo dentro da análise (*acting-in*) ou fora dela (*acting-out*). O que está na base dessa conceitualização é o endereçamento que o analisando faz ao analista em suas produções, visto que, por exemplo,

“Os melhores sonhos que nos traz Freud, os mais ricos, os mais belos, os mais complicados, são os que ocorreram ao longo de uma análise e tendem a falar ao analista” (Lacan, ([1953-1954] 2009), p. 318).

Ou seja, tanto dentro quanto fora da análise, o *acting* ocorre como comunicação em ato, e é a partir de sua análise na transferência que o sujeito poderá reconhecer que o ato é, também, uma palavra. Para pensar sobre a palavra na análise, Lacan ([1953-1954] 2009) faz alusão às reflexões de Santo Agostinho, contudo, realiza um contraponto ao tomar a descoberta freudiana do inconsciente. Diferente dos argumentos agostinianos que representam a palavra enquanto verdade e não erro, Lacan ([1953-1954] 2009, p. 338) afirma que, em análise, a palavra se localiza em uma espécie de encruzilhada de erros, tapeações e mentiras porque está sujeita à ambiguidade. Dessa forma, o argumento lacaniano sustenta que a verdade surge da equivocação, visto que “[...] o que fala no homem vai bem além da palavra até penetrar nos seus sonhos, seu ser e seu organismo mesmo”.

Ao se encaminhar para o fim de seu primeiro seminário, Lacan ([1953-1954] 2009) centra sua argumentação no que este denominou de “estrutura da transferência”. Logo em seguida, situa dois pontos que percebeu durante sua investigação: 1. Não se pode dar conta da transferência pela via de uma relação imaginária; 2. O motor de seu progresso é a palavra. Eis o argumento lacaniano literal:

Colocar em jogo a projeção ilusória de qualquer das relações fundamentais do sujeito sobre o parceiro analítico, ou ainda a relação de objeto, a relação entre transferência e contratransferência, tudo isso, que fica nos limites de uma *two bodies psychology*, é inadequado (Lacan, ([1953-1954] 2009, p. 339).

Lacan ([1953-1954] 2009) sustenta que o fenômeno transferencial não pode ser tomado por compreensões imaginárias porque o seu motor é a palavra, sendo essa última essencialmente ambígua, situada no registro simbólico da linguagem. E no tocante à linguagem, também afirma que essa só é concebível como uma rede que conecta o conjunto das coisas sobre o real. Ou seja, sobre o plano do real, constitui-se o simbólico e suas emergências de sentido e verdade, e é isso que torna impossível a abordagem do discurso humano de forma unitária. Em psicanálise, portanto, o que é dito por ato falho, na verdade, é um dito bem-sucedido, de acordo com o referido seminário. Dessa forma, em análise, se escuta “no discurso essa palavra que se manifesta através, ou mesmo, apesar do sujeito” (Lacan, ([1953-1954] 2009, p. 346).

Conforme o fim do seminário se aproxima, a tripartição entre real, simbólico e imaginário é abordada de forma mais consistente para elucidar a dimensão do ser e as possibilidades de franqueamento nesse processo. Como exemplificação, Lacan ([1953-1954] 2009) menciona as três indissociáveis paixões fundamentais à dimensão do ser, a saber: 1. Na junção do simbólico e do imaginário, o amor; 2. Na junção do imaginário e do real, o ódio; 3. Na junção do real e do simbólico, a ignorância. As referidas paixões fundamentais, segundo Lacan ([1953-1954] 2009), são componentes primários da transferência pois correspondem às formas com as quais o sujeito se posiciona ao outro durante a análise.

Por exemplo, tanto no amor quanto no ódio, o sujeito faz ligação a um objeto ora pela valorização, desenvolvimento (amor), ora pelo rebaixamento, negação. Ou seja, em ambos, necessita-se do objeto de investimento. Especificamente sobre o amor, ainda se pode especificá-lo entre: 1. Como paixão imaginária quando o sujeito quer incorporar o objeto amante em si, deixando de lado suas particularidades; 2. Como dom ativo do amor, quando o sujeito valoriza o objeto amante, levando em conta suas particularidades. Já a ignorância aponta para um posicionamento do sujeito em relação a si mesmo, um engajamento na pesquisa da verdade como tal, o que os analistas da época denominaram enquanto abertura à transferência, endereçado também ao analista (Lacan, [1953-1954] 2009).

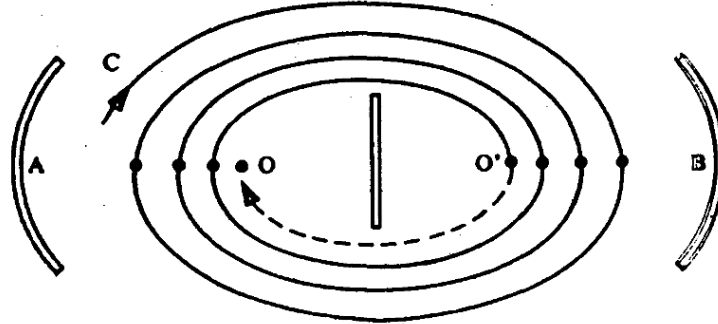
As três paixões fundamentais remontam às formações narcísicas e imaginárias do sujeito, envolvendo seu Eu ideal e é justamente por isso que “Esse fenômeno do investimento imaginário desempenha na transferência um papel-pivô” (Lacan, [1953-1954] 2009, p. 367). Ou seja, caso esse Eu ideal seja abalado em sua estrutura por algum motivo, a relação imaginária toma contornos entre o amor e o ódio, o que também comparece na relação transferencial.

Outro ponto interessante no tocante à transferência é que Lacan ([1953-1954] 2009) se mostra contra a abordagem da transferência pela via estritamente afetiva, afirma que cindir o afetivo e o intelectual é recair nas concepções de ego imaginárias e isso não se mostra frutífero à experiência analítica. A investigação lacaniana que subsidia o seminário sobre os escritos técnicos de Freud lança mão dos estudos sobre linguagem para alcançar “uma compreensão mais autêntica do fenômeno da transferência” (Lacan [1953-1954] 2009, p. 358).

Tais desdobramentos culminaram em uma concepção de tratamento analítico também, o que envolve não só a abordagem do processo analítico, como a posição do analista. Lacan ([1953-1954] 2009) afirma que o analista deve assumir uma posição de *ignorantia dotta*, a de

alguém que não sabe sobre o ser humano, caso contrário, o analista perde na direção do tratamento que deve seguir sob a primazia do discurso, conforme ilustra a figura 1.

Figura 1 – Um esquema da análise.



Fonte: Lacan ([1953-1954] 2009, p. 368).

No esquema circular demonstrado acima, Lacan ([1953-1954] 2009) situa elementos para elucidar do que se tratam a análise e seus fenômenos transversais como a transferência e a resistência, a saber: 1. A noção de inconsciente do eu do sujeito (O); 2. O conteúdo que o sujeito enlaça pelo seu imaginário (O'); 3. O sujeito (A); 4. O analista (B); 5. Sujeito distinguido de O (C). No que tange a noção de inconsciente do eu do sujeito (O), corresponde ao desconhecido sobre a sua imagem estruturante de seu eu, o traumático que foi inassimilável à sua história. Na análise, isso ocupa um lugar importante, visto que está totalmente ligado às associações do analisando. Dessa forma, é em um movimento circular, conforme elucidado pelo esquema representado na figura 1, que o trabalho psíquico realizado pelo analisando ocorre durante o tratamento, ao verbalizar (associar), sob a mediação do analista, o que pode viabilizar a totalização das memórias guardadas em 'O', o inconsciente (Lacan [1953-1954] 2009).

Durante o trabalho de associação, a mediação realizada pelo analista é importante pois marca ao analisando a posição de um outro que o escuta, o que pode mobilizá-lo a assumir o seu discurso, enlaçando-o pelo seu imaginário, ou seja: “O que está do lado de O passa do lado de O'. Tudo o que se profere de A, do lado do sujeito, se faz ouvir em B, do lado do analista” (Lacan, [1953-1954] 2009, p. 369). Em outras palavras, embora o analista esteja escutando o sujeito, este último também se escuta em seu discurso. Todavia, o contrário também é possível, quando o analisando toma contato com O' rapidamente, tem-se a produção de resistências mediante uma transferência excessiva.

Dito de outra forma, há algo do imaginário na transferência, disso não se pode fugir, mas é necessário o manejo para que tal dimensão não alcance proporções excessivas, que

dominem completamente a situação analítica, como afirma Miller (1987). Tal manejo, inerente à direção do tratamento, é incumbido ao analista e, também, tem sua realização baseada no discurso, na verbalização do sujeito. É nesse contexto, então, que o sujeito distinguido de O (C) dá notícias, em um espaço entre o sujeito (A) e a noção de inconsciente do seu eu.

Em linhas gerais, no primeiro seminário lacaniano, observa-se que o autor, embora não se furte às argumentações sobre o real e o simbólico, está às voltas para criticar intervenções restritas ao registro do imaginário, bem como suas manifestações na clínica mediante categorias teóricas como a transferência, a resistência e a interpretação. Ademais, especialmente sobre a transferência, observa-se no seminário sobre os escritos técnicos de Freud que, no que concerne ao seu manejo, trata-se de mediar o processo de associações do paciente rumo aos conteúdos inconscientes e seus significantes e significações mediante a palavra plena.

Além disso, outros pontos como o ódio e o amor também comparecem como manifestações transferenciais. No que tange especificamente o amor e sua relação com a transferência, entre os anos de 1960 e 1961, no oitavo seminário lacaniano, dedicado ao conceito de transferência, podem-se observar importantes contribuições teóricas. Lacan ([1960-1961] 2010) aborda a transferência em três aspectos, a saber: 1. Disparidade subjetiva; 2. Pretensa situação; 3. Excursões técnicas. No que tange ao primeiro ponto, o autor acredita que a transferência não corresponde a uma dissimetria entre dois sujeitos, pelo contrário, coloca em xeque as noções de intersubjetividade e disparidades porque a transferência, como um fenômeno, é essencialmente ímpar. Dito de outra forma, Lacan ([1960-1961] 2010) retoma pontos que já vinha criticando sobre a *two-bodies' psychology*, a psicologia de ego para ego, em seu primeiro seminário.

Sobre a pretensa situação da transferência, Lacan ([1960-1961] 2010) pensa sobre a cena analítica e afirma que essa se trata de uma falsa situação. Falsa situação pois corresponde a uma construção fictícia atravessada por fantasias, fazendo referência à dimensão amorosa que surge como um logro em análise. O exemplo utilizado é o próprio caso “Anna O.”, mencionado na subseção anterior, o primeiro caso de amor em psicanálise, segundo a argumentação lacaniana.

Maurano (2006) comenta que o caso “Anna O.” é um célebre exemplo sobre amor transferencial pois retrata os sentimentos despertados durante a análise de Anna pelo seu analista Josef Breuer. Tais sentimentos foram vivenciados de forma tão intensa ao ponto de compor uma cena na qual a paciente se dizia grávida de seu analista. Devido a situação, Breuer se retira da condução do caso e o encaminha a Freud, para que ele passe a tratar da paciente. O

caso em questão é retomado por Lacan para subsidiar suas reflexões sobre o amor transferencial e os processos psíquicos subjacentes a ele.

Por último, no tocante à dimensão técnica da transferência, Lacan ([1960-1961] 2010) pontua que a transferência corresponde a uma experiência que topologicamente deveria ser retificada e separada do uso comum que estava sendo dado pelos praticantes da psicanálise na época: um afeto que pode emergir do lado do analisando (transferência), bem como do lado do analista (contratransferência). Diante disso, Lacan ([1960-1961] 2010) trabalha a transferência como uma experiência analítica, concebendo-a como um fenômeno único que pode surgir tanto para o analisando quanto para o analista, sem divisões ou diferenciações. A noção de contratransferência, como se apresentou anteriormente, é criticada desde o primeiro seminário lacaniano, mesmo que a possibilidade de que o analista se encontre mobilizado por algo que escuta de seu analisando não seja descartada.

Mas por que a transferência seria um engano? O que estaria no início não só da transferência em específico, mas da experiência analítica de forma geral? Lacan ([1960-1961] 2010) afirma ser o amor. Não obstante, ele retoma o caso “Anna O.” para exemplificar a encruzilhada amorosa que existiu entre a paciente que inaugurou o que se chama por *talking cure* e seu analista, Josef Breuer. Com isso, reitera o que já estava presente na obra freudiana, o caráter erótico que a transferência pode adquirir:

A cela analítica, mesmo macia, não é nada menos que um leito de amor, e isso devido ao fato de que, apesar de todos os esforços feitos para reduzi-la ao denominador comum da situação, com toda a ressonância que podemos dar a este termo familiar, não é uma situação senão por vir. Como eu dizia há pouco, é a situação mais falsa possível (Lacan, [1960-1961] 2010, p. 25).

O que está no cerne da experiência analítica, de acordo com o seminário lacaniano em questão, é Eros. De Eros, por mais que se tente, não se pode escapar. Dessa forma, não pretendendo subtraí-lo da experiência, o analista busca, então, “servi-lo para servir-se dele” (Lacan, [1960-1961] 2010, p. 18). Dito de outra maneira, excluir a dimensão de Eros da experiência analítica é impossível, contudo, pode-se utilizar dela e manejá-la.

Na análise, o sujeito se defronta justamente com o que lhe falta e, diante disso, por conta do que caracteriza a transferência, o sujeito aprenderá amando a respeito da sua falta. Sendo assim, o amor ocupa, em análise, um estatuto paradoxal, visto que o amor parte da falta e, ao mesmo tempo, é uma resposta a ela. É justamente no tocante a isso que Lacan ([1960-1961] 2010) se debruça em seu seminário, sobretudo na primeira parte, intitulada “A mola do amor”.

Lacan ([1960-1961] 2010), então, constrói uma argumentação sobre o amor e sua relação com a transferência, baseando-se em “O Banquete”¹², uma das obras de Platão, que reflete sobre o amor e como esse se sustenta na busca de um objeto suposto, representado na obra platônica como *agalma*. A obra retrata uma cerimônia, uma discussão que é composta por diversos personagens, sendo cada um desses representa uma possível faceta do amor, conforme a síntese a seguir apresenta (Quadro 4).

Quadro 4 – Abordagem lacaniana dos personagens de “O Banquete”.

Personagens	Argumentação
Fedro	A argumentação de Fedro versa na abordagem do amor como um Deus que se apodera dos humanos. Nesse sentido, o amor não possui uma dimensão carnal, mas divina. Em linhas gerais, quando Fedro fala sobre amor, ele está falando sobre teologia, sobre uma perspectiva mítica a respeito do amor.
Pausânias	A argumentação de Pausânias se apresenta mediante a observação da sociedade, sustentando que o amor não é único, mas dividido em uma esfera elevada e outra inferior a partir das diferentes posições que ele ocupa no social. Sendo assim, sua argumentação é baseada em uma Sociologia de fenômenos.
Erixímaco	Apoiada em uma visão médica, a argumentação de Erixímaco sustenta que o amor estaria relacionado ao equilíbrio dos humores, a uma certa ordem, harmonia para que o amor aconteça.
Aristófanes	Por ser um poeta trágico, Aristófanes elabora uma argumentação que se apoia no mito do andrógono, representando que o amor seria a busca da metade que se perdeu um dia. O andrógono era um ser dito completo, que mobilizou a inveja dos deuses e, por isso, foi partido ao meio.
Agatão	O argumento de Agatão parte da poesia cômica, sustentando que o amor, devido a sua complexidade, ora poderia unificar, ora poderia desagregar. Além disso, a obra mostra que Agatão era o amado de Sócrates, a figura que conduzia a cerimônia.
Diotima	O discurso dessa personagem esbarra em uma dimensão mística, mágica, do que seria o amor. Diotima utiliza um mito para afirmar que o amor é intermediário entre o recurso e a pobreza. A personagem em questão é a única mulher que participa da cerimônia, além disso, Diotima foi a professora de Sócrates.
Alcebíades	Alcebíades não foi convidado ao banquete, contudo, surge embriagado, de uma forma abrupta, tomando a palavra e desorganizando o ritual que estava em andamento. Diferente de os demais personagens, Alcebíades não estava preocupado em falar sobre a origem do amor, seu discurso é sobre estar apaixonado por Sócrates.
Sócrates	Sócrates, embora conduza a cerimônia do banquete, não é retratado como um personagem que profira um discurso, mesmo que seja considerado pelos demais como alguém sábio sobre as coisas do amor. Pelo contrário, esse personagem assume uma posição de quem faz a palavra circular entre os demais participantes.

Fonte: elaborado pelo autor a partir de Lacan ([1960-1961] 2010).

Como mencionado, “O Banquete” se refere a um simpósio, um rito que envolve homens de elite e de elevação cultural na sociedade grega. Cada um dos agentes envolvidos nesse

¹² Embora “O Banquete” seja a alegoria central da transmissão do seminário de Lacan ([1960-1961] 2010), para a construção da dissertação, não foi realizada uma análise direta da obra, apenas foram recolhidos os aspectos teóricos necessários à contextualização do seminário e, também, à teorização da transferência. Nesse sentido, deu-se enfoque especificamente à relação entre Alcebíades e Sócrates.

momento contribui com uma parcela na discussão maior sobre um tema em específico. Em linhas gerais, a pergunta que atravessa toda a construção realizada em “O Banquete” é “de que serve ser sábio no amor?” (Lacan, [1960-1961] 2010, p. 43). Nesse sentido, o oitavo seminário lacaniano lança mão da narrativa filosófica de Platão sobre amor contida nessa obra, para pensar sobre o movimento que caracteriza o fenômeno transferencial, sustentando que a transferência seria, então, a condição para o amor.

Enquanto os cinco primeiros participantes trouxeram reflexões sobre o amor a partir de perspectivas mais distanciadas, visto que os discursos versaram na origem do amor, foi Alcebíades que abordou a temática de maneira mais próxima, ao comparecer embriagado à cerimônia e falar sobre o amor não pela via da reflexão teórica, mas do lugar de amante, daquele que está apaixonado. E, no caso de Alcebíades, seu amor estava direcionado a Sócrates.

Diante de todas essas facetas do amor, Lacan ([1960-1961] 2010) propõe uma abordagem tal qual relatos de sessões de análise a partir de cada uma das contribuições, visto que se tratam de possíveis contornos ao conteúdo da transferência, sendo para alguns o discurso sobre a origem divina ou mundana do amor, a ordem ou a desordem que ele pode causar, mas também sobre a própria experiência de estar enamorado. Foi a partir dos relatos recolhidos do texto de Platão, que Lacan ([1960-1961] 2010) refletiu sobre os pontos de partida para as teorizações sobre o que acontece na transferência.

Mesmo que a primeira parte do referido seminário lacaniano não faça menções diretas e exaustivas sobre a transferência em “A mola do amor”, ele constitui o pano de fundo para articulações realizadas, por exemplo, na segunda parte do seminário, intitulada “O objeto do desejo e a dialética da castração”. Na segunda parte do seminário, Lacan ([1960-1961] 2010) passa a abordar a transferência relacionada a outros conceitos como o de repetição, Outro e objeto a. Na primeira parte do seminário, são mencionadas questões mais gerais como o *agalma*, as posições de amado e de amante, bem como as próprias articulações realizadas a partir de cada um dos discursos proferidos em “O Banquete”.

Em uma leitura preliminar, pode-se observar que “A mola do amor” centra a argumentação sobretudo na disparidade subjetiva e na pretensa situação analítica, o primeiro e o segundo eixos de transmissão do seminário sobre a transferência. A disparidade subjetiva está posta nas críticas de Lacan (1960-1961) à contratransferência e, no que se refere à pretensa situação analítica, trata-se do logro que o amor configura. Especificamente sobre esse logro, a relação entre Sócrates e Alcebíades se mostra oportuna como alegoria.

Quando Alcebíades, embriagado, comparece à cerimônia do banquete, ele subverte a sua ordem: ao invés de que cada um, na sua vez, fale sobre algo do amor, Alcebíades sugere que cada um faça elogios à pessoa que estivesse ao seu lado: “Se vai-se tratar de amor, é em ato, e é a relação entre um e outro que vai ter que se manifestar aqui” (Lacan, [1960-1961] 2010, p. 175). E isso não é sem motivo, pois Alcebíades é apresentado como uma figura sedutora, que incessantemente tenta convocar Sócrates - que só estava na cerimônia para fazer a palavra circular - a falar sobre o seu desejo. Em primeiro momento, Sócrates tenta deslocar as demandas de Alcebíades para a dimensão do saber, entretanto, acaba se entregando ao falar de seu desejo por Agatão. Observa-se, então, que o desejo de Alcebíades, em alguma medida, visava convocar o desejo de Sócrates: “Ele sabe que Sócrates tem desejo por ele, mas o que quis foi um sinal” (Lacan, [1960-1961] 2010, p. 176).

Nesse cenário colocado pelo escrito de Platão, surge um questionamento: o que será, em Sócrates, que capturou Alcebíades, que enlaçou o seu desejo? Eis, então, que a noção de *agalma* surge como suporte à teorização. Como mencionado anteriormente, trata-se de um objeto precioso que se encontra no interior de algo, cujo valor pode ser atribuído a qualidades divinas. Em linhas gerais, o que é evocado, no texto platônico, como *agalma*, também dá notícias do que se trata, em psicanálise, de “objeto parcial” e, até mesmo, “objeto a”, algo da ordem da falta e, ao mesmo tempo, do movimento desejante do sujeito, como destacado a seguir:

Se este objeto os apaixona é porque ali dentro, escondido nele, há o objeto do desejo, *agalma*. É isso que dá o peso, a coisa pela qual é interessante saber onde está ele, este famoso objeto, qual é sua função, onde ele opera tanto na inter como na intrassubjetividade. Este objeto privilegiado do desejo culmina, para cada um, nessa fronteira, nesse ponto limite que lhes ensinei a considerar como a metonímia do discurso inconsciente. Este objeto desempenha aí um papel que tentei formalizar na fantasia, e ao qual voltarei da próxima vez (Lacan, [1960-1961] 2010, p.188).

Como sinalizado na citação supramencionada, o *agalma* tem relação direta com o desejo do sujeito e a manifestação metonímica em seu discurso, portanto, essencialmente se trata de um objeto parcial e, por isso, é possível se ter indícios de aspectos da constituição psíquica do sujeito e a sua libido. Tal relação é trabalhada por Lacan ([1960-1961] 2010) na segunda parte de seu seminário. Retomando, então, o que aconteceu entre Alcebíades e Sócrates, tem-se que o primeiro encontrou *agalmata*¹³ no segundo, sendo essa a condição para o amor a ele. Além disso, em Lacan ([1960-1961]), pode-se observar que o objeto *agalma* diz tanto sobre o que o sujeito supõe ao outro, como também o que supõe ser para o outro. Essa relação imaginária

¹³ O plural de *agalma* (Lacan, [1960-1961] 2010).

cujo fundo é constituído pela ilusão de completude configura a “metáfora do amor”, contudo, analiticamente isso corresponde à resistência caracterizada pelo amor transferencial. E isso também pode ser observado na cena entre Alcebiades e Sócrates:

No seu discurso ele diz ter sido o único a ter visto o objeto precioso (o Agalma) que está no interior de Sócrates. O discurso de Alcebiades não consegue dar nome ao Agalma, objeto inelutável, consonante ao conceito de objeto parcial. Alcebiades enquanto sujeito do inconsciente é ignorante, no sentido que ele sabe o que não se pode saber, isto é, ele não sabe o que é o objeto do seu desejo [...] Contudo, Sócrates recusa tanto o amor de Alcebiades como sua posição de objeto amado (Gobbato, 2001, p. 110).

Por mais que algo suposto a Sócrates tenha capturado Alcebiades, o que está no âmago do que corresponde à transferência em Lacan ([1960-1961] 2010) é o reposicionamento que Sócrates busca estabelecer diante da demanda a ele endereçada. De acordo com o argumento de Gobbato (2001) destacado acima, Sócrates se coloca como um objeto vazio e, ao mesmo tempo desloca de si o que é de Alcebiades: ele se recusa a ser depositário do *agalma*, bem como a posição de objeto amado e, com isso, não completa a formação da metáfora do amor. Sócrates busca, então, questionar a demanda e fazê-la circular: “Tal apaixonamento não seria por Agatão?”.

Dessa forma, diante da demanda imaginária que parte de Alcebiades, Sócrates estabelece algo da falta, do desejo. Não obstante, Lacan ([1960-1961] 2010) comenta que, nesse momento, o que parte de Sócrates tem algo de uma interpretação analítica. Embora Alcebiades, embriagado, compareça à cerimônia para falar a respeito do amor mediante a sua experiência de enamoramento por Sócrates, esse último, contudo, faz aquilo caminhar em direção ao saber. É por isso que, para o seminário em questão, o amor transferencial está ligado ao saber, algo que também será desenvolvido em anos posteriores do ensino lacaniano.

Todavia, cabe uma ressalva: ao mesmo tempo que é possível recolher algo sobre o manejo analítico, visto que Sócrates reconhece não possuir o objeto visado por Alcebiades, ele não ocupa a posição de um analista de fato, pois o analista não sabe o lugar onde tal objeto seria encontrado, fazendo referência à suposição socrática que se trataria de Agatão (Gobbato, 2001). Nesse momento, Sócrates dá notícias do caminho por onde o seu desejo passa, o que não corresponde ao lugar de objeto causa de desejo e, por conseguinte, do desejo do psicanalista, por exemplo, algo trabalhado por Lacan em seu décimo primeiro seminário, conforme será abordado posteriormente.

Passado o momento de elucidações sobre o fenômeno do amor de transferência a partir do texto de Platão, no terceiro eixo de transmissão do seminário – as excursões técnicas – é

trabalhado de forma mais evidente a respeito da transferência na análise. De início, pode-se observar uma retomada da crítica à contratransferência, contudo, junto de demarcações importantes ao manejo do que é vivenciado pelo analista durante a análise:

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 se a diz positiva ou negativa, e que todos entendem como os 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, e vocês vão ver em que nível - 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).

Uma demarcação importante é realizada no seminário lacaniano sobre a transferência, especificamente no que diz respeito ao que é vivenciado pelo analista em sua relação com o analisado. No seminário sobre “Os escritos técnicos de Freud” (1953-1954), observa-se que Lacan não concebe os sentimentos do analista como um erro técnico na análise, pelo contrário, reconhece-os como presentes e reforça a importância de que o analista saiba manejá-los em análise. Outro ponto oportuno à reflexão é a articulação entre o *agalma* e a transferência no *setting* analítico. Em certa medida, cabe ao analista sustentar um espaço no qual o analisante direcione o seu objeto precioso, mas não o cabe encarnar esse objeto de fato. Tal objeto é algo que faz referência ao desejo e à fantasia fundamental do sujeito, não necessariamente algo da pessoa do analista.

O analista, então, é visto como alguém que detém um “saber que sabe” sobre o objeto que levara o sujeito a procurar a análise — o que Lacan ([1960-1961] 2010) denomina como “objeto a”¹⁴. E, como mencionado, por envolver processos que são transversais à fantasia fundamental e ao desejo do sujeito, os caminhos de sua libido reverberam em demandas na relação transferencial. Essas demandas são mencionadas por Lacan ([1960-1961] 2010) a partir das fases psicosssexuais sistematizadas na obra freudiana: 1. Fase oral; 2. Fase anal; 3. Fase genital. De forma preliminar, as fases psicosssexuais dizem de momentos da constituição psíquica caracterizados pelas particularidades da libido nesse período, sendo cada um marcado pela especificidade de uma zona erógena que faz função a um objeto parcial (*agalma*). Sendo assim, cada demanda caracteriza uma posição diante do Outro.

¹⁴ No seminário lacaniano sobre a transferência, pode-se identificar menções preliminares sobre o “objeto a”, contudo, sua formalização conceitual se deu, de fato, em seu décimo seminário, sobre a angústia, realizando uma virada teórica em seu ensino.

Na fase oral, cuja zona erógena privilegiada é a boca, observa-se uma posição, diante do Outro, de ser alimentado, de incorporar o que vem de fora. Tem-se como objeto parcial, então, o seio, que assume o valor de *agalma*, o objeto precioso que é suporte ao prazer do sujeito. Essencialmente, a fase oral é cavada pela demanda, pois existe um mais-além da demanda unicamente de ser alimentado, trata-se de uma demanda de amor ao Outro que ultrapassa a necessidade. Na fase oral, a fome do sujeito é nomeada pelo Outro e articulada por ele. Por isso, nesse campo, podem ser localizadas também as identificações (Lacan, [1960-1961] 2010).

Na fase anal, o que está em jogo é o movimento de presentear ou não o Outro. Isso se mostra, por exemplo, no ato de expelir ou reter as fezes. Ao contrário da demanda oral, na demanda anal, encontra-se uma inversão: a demanda é externa, provém do Outro. Dessa forma, o que pode ser encontrado é a “projeção do desejo do sujeito no Outro” (Lacan, [1960-1961] 2010, p. 270), visto que o objeto precioso está ligado ao que o sujeito pode dar ou reter, o seu próprio excremento. Nesse contexto, o Outro é a lixeira do sujeito, pois é a ele que está designada a sua evacuação.

Já na fase genital, o que ganha notoriedade são os próprios órgãos genitais, marcados pelo significante fálico, a castração e o complexo de Édipo. Nas fases anteriormente mencionadas, há uma particularidade característica das fases pré-genitais: a primazia da demanda. Na fase genital, dá-se lugar ao desejo como um processo que surge de fato. Lacan ([1960-1961] 2010) não descarta a ideia de que não haveria desejo nas fases pré-genitais, mas demarca que o desejo consistentemente surge nesse momento posterior.

Por ser marcado pela castração e pela instauração de uma falta primordial, o desejo aponta para algo inapreensível, que não pode ser tomado. Ou seja, a ilusão de se poder tomar algo diz sobre as demandas oral e anal, caracterizadas pela dependência ao Outro, uma necessidade de completude e de amor. Em primeira análise, pode-se observar na explicação lacaniana o que já estava na obra freudiana como “clichês infantis” ou “idiossincrasias da vida amorosa infantil” no tocante à transferência (Freud, [1912] 2018). É aqui, então, que a formulação lacaniana de que “o amor é dar o que não se tem” (Lacan, [1960-1961] 2010, p. 49) está incluída.

O que é da ordem do desejo, portanto, parte de uma falta e corresponde a uma abertura: “*Che vuoi?*, a qual, inicialmente, o sujeito nada pode responder” (Lacan, [1960-1961] 2010, p.

271). Contudo, não se pode negar a abertura ao saber que essa divisão constitui. E, de alguma maneira, é disso que o analista utiliza para manejar a transferência:

Evidentemente que da perspectiva do analisando o saber tem objeto, o saber sabe sobre tudo. Indicando o vetor no sentido do Real (do impossível), Lacan espera eliminar a infinita repetição do simbólico como barreira ao desejo. Dar o sentido do Real significa indicar ao analisando que o amor dito transferencial, endereçado ao saber do analista, engana-se. Esse logro do amor transferencial é o responsável pela instituição, pelo analisando, do analista como um sujeito suposto saber, o analista como detentor do saber derradeiro (Gobbato, 2001, p. 107).

A citação acima destacada se mostra importante, pois demarca uma diferenciação no manejo da transferência baseado na busca por um saber. No tocante a isso, Maurano (2006) circunscreve duas facetas da transferência, sendo a primeira baseada na busca pelo ser e, a segunda, na busca pelo saber. No caso do ser, um exemplo já foi mencionado no decorrer do texto: a relação de Alcebíades e Sócrates. Esse exemplo é oportuno, pois o que movia Alcebíades em sua investida era saber o que ele seria para Sócrates, se ele seria um objeto de seu desejo. Nesse sentido, a busca pelo ser na transferência corresponde ao amor como relação imaginária, baseada na demanda de uma integridade especular entre amado e amante.

Já a busca pelo saber caminha sob uma abertura simbólica que parte de uma falta fundamental e, por conseguinte, do desejo. Dessa forma, reconhece-se uma dimensão que não tem significado prévio. Maurano (2006) afirma que o desejo do sujeito está no campo do Outro e, por ser um sujeito falante, se reporta ao Outro a todo o momento, visto que é do campo do Outro que surgem os significantes primordiais do sujeito, aos quais ele se aliena, mesmo que ocorra um reposicionamento posteriormente.

A partir disso, então, ocorre um deslizamento da posição de objeto do Outro para uma posição ativa, de captura do desejo do Outro. Esses processos são transversais ao desejo do sujeito e, também, à criação de sua fantasia fundamental. Miller (1987, p. 73) ressalta que, no contexto analítico, por conta de o analista ocupar o lugar de Outro ao sujeito, esse será alvo de tais demandas: “Quem sou? Qual o meu desejo? O que quero de verdade?”. E, diga-se de passagem, a elas o analista não poderá responder. Tais suposições de saber estão no campo do imaginário, uma dimensão restrita da transferência, das identificações e do ideal do Eu, portanto, deve-se operar um deslocamento desse lugar.

Diante disso, observa-se que as novas roupagens da transferência em Lacan não foram direcionadas somente à concepção teórica da transferência, mas ao seu manejo e ao lugar do analista frente às investidas do analisando também. O analista deve manejar a transferência e conduzir o tratamento rumo ao real, à ausência de significação, o que possibilita o surgimento

de palavras plenas por parte do paciente. Não obstante, o próprio lugar que o analista ocupa durante o tratamento é um lugar de vazio, de não saber, o que o leva a teorizar sobre o desejo do analista no lugar da contratransferência freudiana (Gobbato, 2001).

Mais adiante, no ano de 1964, Lacan proferiu o seu seminário “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise”, após sua saída da *International Psychoanalytical Association* (IPA). O seminário em questão marca uma nova fase do ensino lacaniano, centrada em reflexões sobre os princípios da psicanálise e sua práxis. Não obstante, um dos pontos-chave discutidos no seminário é o conceito psicanalítico de sujeito, pensado em contraposição à concepção de sujeito moderno, racional e indivisível.

O que seria uma práxis, então? Em Lacan ([1964] 2008), esse termo é utilizado para delimitar o campo, o objeto, a investigação e os procedimentos em psicanálise, como a interpretação e o desejo do analista, por exemplo. O termo “práxis” compõe a discussão epistemológica que inicia o seminário: “Seria a psicanálise uma ciência? Quais são as condições para que tal questionamento tenha uma resposta afirmativa?”. Diante dessas questões, o seminário dá enfoque à formulação de conceitos fundamentais em psicanálise, retomando as sistematizações freudianas iniciais e dando-lhes novos desdobramentos, sobretudo a partir dos estudos da linguagem. Dessa forma, o seminário 11 busca dar um estatuto conceitual a quatro termos, a saber: 1. Inconsciente; 2. Repetição; 3. Transferência; 4. Pulsão.

Todavia, uma ressalva precisa ser feita antes de adentrarmos às proposições conceituais do seminário 11, no que diz respeito à virada teórica realizada no ensino lacaniano durante os anos 1962 e 1963. Miller (2005) comenta que tal virada corresponde ao seminário lacaniano sobre a angústia¹⁵, que reposiciona o estatuto do objeto no ensino lacaniano: se, no seminário sobre a transferência, o objeto *a* recebeu contornos imaginários e simbólicos mediante a categoria de *agalma*, de objeto visado e de desejo, a partir do seminário da angústia, tal objeto é deslocado a uma outra dimensão, a dimensão de causa de desejo. Por conseguinte, esse reposicionamento conceitual reverbera efeitos, também, na abordagem da transferência em Lacan.

Especificamente sobre o conceito de transferência, embora, em primeiro momento, Freud apresente a transferência como a repetição de clichês da vida psíquica infantil do sujeito,

¹⁵ O seminário lacaniano sobre a angústia não corresponde a um dos pilares teóricos do conceito de transferência à presente dissertação. Contudo, realizou-se esta menção devido a importância que esse seminário tem para a reformulação conceitual no tocante a relação entre o objeto e o desejo. Tal reformulação dá subsídios ao seminário sobre os quatro conceitos fundamentais, portanto, mostrou-se necessária a demarcação.

Lacan ([1964] 2008) já inicia a argumentação no seminário sobre os quatro conceitos fundamentais sustentando a necessidade de uma distinção conceitual entre repetição e transferência:

Não digo que seja falso e que não haja repetição na transferência. Não digo que não tenha sido a propósito da transferência que Freud abordou a repetição. Digo que o conceito de repetição nada tem a ver com o de transferência. Sou forçado, por causa disso, a fazê-lo entrar primeiro em nossa explicação, a lhe dar a o passo lógico. Pois seguir a cronologia seria favorecer as ambiguidades do conceito de repetição, que vêm do fato de sua descoberta ter sido feita no curso dos tateamentos necessitados pela experiência da transferência (Lacan, [1964] 2008, p. 40).

Como apresentado na citação acima, embora transferência e repetição correspondam a proposições conceituais diferenciadas no ensino lacaniano, principalmente no que é observado no seminário 11, suas gêneses se entrelaçam em Freud, afinal, ele ainda estava no início da sistematização de seus principais conceitos para explicar o funcionamento metapsicológico, bem como as recomendações técnicas da psicanálise aos analistas de sua época.

Todavia, Lacan ([1964] 2008) argumenta que a repetição nada tem a ver com a transferência conceitualmente. Para subsidiar tal argumentação, na primeira parte de seu décimo primeiro seminário, Lacan ([1964] 2008) se detém em reflexões sobre o inconsciente e a repetição tanto nos textos freudianos quanto em desdobramentos próprios, o que justamente pode oferecer parâmetros de diferenciação entre a repetição e a transferência, sobretudo quando lança mão das reflexões de Aristóteles e divide a repetição em duas facetas: *tiquê* e *automaton*, sendo a primeira correspondente ao encontro do sujeito com o real, e a segunda, o movimento que ocorre dentro da cadeia significante.

Isso leva a um ponto importante: diferente das formulações teóricas presentes no seminário um – “Os escritos técnicos de Freud” – a concepção de tratamento analítico se mostra com um novo contorno. Se em Lacan ([1953-1954] 2009) observa-se uma maior ênfase ao tratamento analítico baseado no trabalho simbólico e imaginário (mesmo que não exclua o real), em Lacan ([1964] 2008), tem-se que a análise deve caminhar rumo ao real, o coração da experiência analítica.

Já na terceira parte do seminário lacaniano em questão, especificamente dedicada à circunscrição dos conceitos de transferência e pulsão, pode-se observar que Lacan ([1964] 2008) demonstra ressalvas para com a subdivisão freudiana da transferência entre manifestações positivas e negativas, pois afirma se tratar de uma tentativa vaga teoricamente, de caráter mais aproximativo. Como já mencionado na subseção anterior, sobre a transferência

na obra freudiana, a transferência positiva corresponde às manifestações de amor ao analista, enquanto a transferência negativa surge como manifestações de ódio.

Sobre ambas, Lacan ([1964] 2008, p. 124) propõe reflexões tais como não colocar em xeque a autenticidade do amor produzido em transferência e, também, substituir o termo “ódio”, ligado à transferência negativa, por “ambivalência”, além disso, também oferece uma exemplificação: “[...] que a transferência positiva é quando aquele de quem se trata, o analista no caso, pois bem, a gente o tem em boa consideração – negativa, está-se de olho nele”. Em linhas gerais, no primeiro momento, pode-se identificar que a transferência diz respeito à forma como o analisando se movimenta durante o tratamento, o que é de suma importância à práxis psicanalítica.

Todavia, mesmo que a transferência seja um produto da situação analítica, ela não é responsável pela sua criação como um todo. A transferência surge durante a análise, mas também existe fora dela. Sendo assim, o que atribuiria a peculiaridade do contexto analítico no que diz respeito à transferência? Lacan ([1964] 2008) afirma ser a sua experimentação devido à presença do analista durante a análise, o que é entendido como uma manifestação do próprio inconsciente, visto que a fala reverbera efeitos no psiquismo do sujeito, corroborando com a própria conceitualização lacaniana de inconsciente:

O inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante. Isto marca bem que, com o termo sujeito - é por isso que o lembrei uma origem - não designamos o substrato vivo de que precisa o fenômeno subjetivo, nem qualquer espécie de substância, nem qualquer ser do conhecimento em sua patia, segunda ou primitiva, nem mesmo o logos que se encarnaria em alguma parte, mas o sujeito cartesiano, que aparece no momento em que a dúvida se reconhece como certeza - só que, pela nossa abordagem, as bases desse sujeito se revelam bem mais largas, mas, ao mesmo tempo, bem mais servas quanto à certeza que ele rateia. É isto que é o inconsciente (Lacan, [1964] 2008, p. 126).

É justamente devido o inconsciente ser estruturado como a linguagem, concebido a partir dos efeitos de fala, que a fala do analista incidirá efeitos em seu psiquismo, como já se pode observar entre os seminários lacanianos desde “Os escritos técnicos de Freud” (1953-1954). É a palavra que viabiliza a transferência e, na situação analítica, é dela que o psicanalista se utiliza em seu trabalho, diante da emergência da transferência, para manejá-la.

A nível conceitual, para Lacan ([1964] 2008), a transferência é uma via de acesso enigmático ao inconsciente, contudo, ao retomar as conceitualizações freudianas, observa-se que isso se mostra de forma paradoxal devido à relação entre a transferência e o conceito de resistência, ou seja, a transferência surgia mediante a resistência do sujeito, um movimento de

fechamento do inconsciente e não de abertura. Diante disso, Lacan ([1964] 2008) apresenta uma metáfora para dar conta do paradoxo conceitual que se encara no estudo da transferência: a do nó, o que ofereceria uma dupla via para pensar o manejo da transferência bem operado ou não.

Seguindo essa linha de pensamento, Lacan ([1964] 2008) menciona as reflexões teóricas de Thomas S. Szasz sobre o tratamento analítico, em especial sobre a premissa de que o analista deveria se utilizar da parte saudável do analisando como aliada ao tratamento analítico, bem como menciona a transferência como o pivô imaginário onde repousa inteiramente a estrutura do tratamento, o que dava um caráter dual à análise. Lacan ([1964] 2008) levanta críticas à essa compreensão e desloca a análise do campo da intelectualização, por exemplo, ao mencionar o amor de transferência e o objeto *a* como objeto causa de desejo.

Mais adiante no seminário, Lacan ([1964] 2008, p. 200) se detém ao conceito de Outro e sua influência na constituição do sujeito mediante a criação dos seus primeiros significantes, visto que “O Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo o que vai poder presentificar-se do sujeito”. Nesse processo, Lacan ([1964] 2008) formula duas operações essenciais e, em seguida, articula-as com o conceito de transferência: a alienação e a separação. Enquanto a primeira corresponde ao efeito que os significantes primordiais – produzidos no campo do Outro – exercem no sujeito, a segunda diz respeito aos movimentos realizados pelo sujeito rumo à interrogação sobre o enigma do desejo do Outro.

Lacan ([1964] 2008) afirma que o que está em jogo na transferência é o desejo do sujeito e, no que tange a isso, sua constituição se dá mediante o desejo do Outro. Contudo, para ele, a transferência é um fenômeno único, uma experiência que ocorre tanto do lado do analisando quanto do lado do analista, o que o leva a dar importância, também, ao desejo do psicanalista, o ponto-pivô da direção do tratamento, mesmo que o desejo do psicanalista se coloque diferentemente na situação analítica. Por conseguinte, em aspectos técnicos, observa-se um contraponto ao conceito freudiano de contratransferência, visto que Lacan ([1964] 2008, p. 229) acredita se tratar somente de um modo de eludir, de forma dividida, um fenômeno que é único:

É nesse ponto de encontro que o analista é esperado. Enquanto o analista é suposto saber, ele é suposto saber também partir ao encontro do desejo inconsciente. É por isso que eu digo - ilustrarei para vocês, da próxima vez, com um desenhinho topológico que já estive no quadro - que o desejo é o eixo, o pivô, o cabo, o martelo, graças ao qual se aplica o elemento-força, a inércia, que há por trás do que se formula primeiro, no discurso do paciente, como demanda, isto é, a transferência. O eixo, o ponto comum desse duplo machado, é o desejo do analista, que eu designo aqui como uma função essencial. E que não me digam que, esse desejo, eu não o nomeio, pois é precisamente um ponto que só é articulável pela relação do desejo ao desejo.

Diante disso, Lacan ([1964] 2008, p. 226) retoma algumas proposições abordadas de forma preliminar em seu oitavo seminário para introduzir a máxima de que “Desde que haja em algum lugar o sujeito suposto saber, [...] há transferência”. Todavia, no início da análise, o suposto saber não está dado de imediato, trata-se de um processo construído de forma singular, a partir da forma com a qual cada analisando corresponde a ele.

No tocante a isso, Miller (1987) faz contribuições a respeito da criação do suposto saber. Embora o suposto saber tenha a marca singular de cada sujeito em análise, corresponde ao que há de estrutural na situação analítica e no discurso analítico. Além disso, como mencionado no fim da subseção anterior, é o suposto saber que coloca em movimento as três dimensões – repetição, resistência e sugestão – da transferência circunscrita nos textos freudianos. Mesmo que tenha total relação com o saber, não se trata da fantasia de que o analista saiba tudo sobre o sujeito em análise, pelo contrário, a transferência também diz respeito a uma possível decepção do sujeito com o saber que ele tenha suposto ao analista. Mais uma vez, o suposto saber diz sobre a função do analista e não sobre a sua pessoa.

Outra contribuição importante sobre o suposto saber é feita por Maurano (2006), no que diz respeito à relação entre transferência e o Outro. Tendo em vista que o Outro constitui o campo de onde parte a cadeia significante, para o sujeito, o analista talvez tenha algum saber sobre o enigma que constitui o seu sintoma, mesmo que isso não esteja formulado de uma forma nítida em um primeiro momento. Ainda no tocante a isso, para Miller (1987), pelo fato de que o sujeito buscou pela análise ou, até mesmo, tenha aceitado a oferta de escuta, algo do suposto saber já se faz presente.

Entre estas reflexões sobre o campo do Outro e o seu retorno sobre a transferência, os processos de alienação e separação, Lacan ([1964] 2008, p. 245) também retoma a questão do amor, no que diz respeito à relação entre o suposto saber e o efeito da transferência, visto que esse efeito é o próprio amor, pois “Amar é, essencialmente, querer ser amado”, contudo, o amor como um efeito de transferência aparece como resistência:

Aquilo que surge no efeito de transferência se opõe à revelação. O amor intervém em sua função aqui revelada como essencial, em sua função de tapeação. O amor, sem dúvida, é um efeito de transferência, mas em sua face de resistência. Estamos presos em esperar esse efeito de transferência para poder interpretar e, ao mesmo tempo, sabermos que ele fecha o sujeito ao efeito de nossa interpretação. O efeito da alienação em que se articula na relação do sujeito ao Outro, o efeito que somos, é aqui absolutamente manifesto (Lacan, [1964] 2008, p. 246).

Em outras palavras, o amor como um efeito de transferência é uma tapeação e isso pode ser observado quando, por exemplo, o analisando opera a partir do amor para enganar o analista, assujeitando-se a ele. Nesse sentido, o que ocorre é a tentativa de afirmar o desejo do paciente ao desejo do psicanalista. Tal questão está intimamente relacionada às formações narcísicas do sujeito e seu ideal do Eu, pano que constitui, de acordo com Lacan ([1964] 2008), o primeiro tempo da transferência, quando o analisando direciona ao seu analista uma demanda de satisfação mediada pelo seu ideal do Eu, na busca por um suposto objeto.

Embora isso, em alguma medida, faça referência às discussões presentes no seminário sobre a transferência, Miller (2005) adverte que o que dá suporte às articulações teóricas do seminário sobre os quatro conceitos fundamentais é que o objeto não corresponde mais ao que vem depois do desejo (o objeto visado, o precioso *agalma*), mas sim, ao objeto causa que está anterior ao desejo. Nesse sentido, a transferência em Lacan, a partir do seminário 11, passa a ser abordada em relação com o real da angústia e do gozo, sendo o simbólico e o imaginário os responsáveis por circularem essa dimensão que resiste à significação.

Eis que cabe um ponto interessante: o que daria notícias, então, da dimensão imaginária e simbólica que circunscreve o real? Trata-se do amor como uma metáfora ao desejo metonímico. Tal operação, então, se mostra imprescindível à manifestação da transferência e, por conseguinte, precisa ser manejada de modo que o analisando trabalhe psiquicamente. O que pode ser identificado na citação elencada anteriormente é que o amor, como efeito de transferência, ocorre via resistência porque opera em direção contrária à revelação do inconsciente e, por conseguinte, ao trabalho psíquico.

Quando isso acontece, a transferência é tida como o movimento de fechamento do inconsciente. Na época, o termo “liquidação da transferência” estava sendo utilizado para elucidar um momento, na análise, em que a transferência se dissolve. Contudo, se de acordo com a argumentação de Lacan ([1964] 2008), a transferência é a manifestação da realidade sexual do inconsciente, questiona-se: poderia tal realidade ser liquidada? Lacan ([1964] 2008) sustenta que não, contudo, no decorrer da análise, o suposto saber é deslocado a outros lugares.

É o suposto saber que é liquidado, não a transferência, então: “só se pode tratar, se o termo liquidação tem sentido, da liquidação permanente dessa tapeação pela qual a transferência tende a se exercer no sentido do fechamento do inconsciente” (Lacan, [1964] 2008, p. 259). Em outras palavras, no fim da análise, a expressão “liquidação” corresponde ao deslocamento realizado pelo sujeito, de suas relações narcísicas pela qual ele se faz objeto

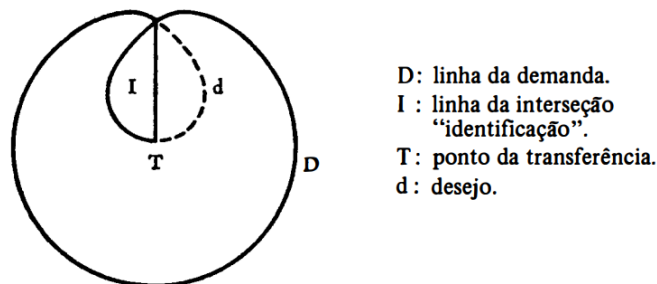
amado, introduzindo o Outro numa relação de miragem, ou seja, a dimensão imaginária da transferência, baseada em seus ideais do Eu. Tal operação é justamente o que atribui a dimensão de tapeação ao amor de transferência, por exemplo.

Não obstante, na parte conclusiva de seu décimo primeiro seminário, Lacan ([1964] 2008, p 206) usa a seguinte expressão para elucidar o amor transferencial e a sua relação com o objeto *a*: “Eu te amo, mas, porque inexplicavelmente amo em ti algo mais do que tu – o objeto a minúsculo, eu te mutilo”. Diante desse amor transferencial, portanto, pode-se pensar em algo interessante ao manejo da transferência, de acordo com Lacan ([1964] 2008, p. 261):

Quero dizer que a operação e a manobra da transferência devem ser regradas de maneira que se mantenha a distância entre o ponto desde onde o sujeito se vê amável, - e esse outro ponto em que o sujeito se vê causado como falta por a, e onde a vem arrolhar a hiância que constitui a divisão inaugural do sujeito.

A citação acima menciona um ponto importante ao manejo da transferência, pois diz respeito à posição que o analista deve ocupar frente à demanda imaginária de amor do analisando. Diante de tal demanda, o manejo analítico precisa conduzir o tratamento para viabilizar com que o sujeito se defronte com sua falta, sua divisão primordial, abrindo significados e produzindo trabalho psíquico. Para tanto, o esquema “Oito interior” foi utilizado no seminário e pode ser mencionado aqui (figura 2):

Figura 2 – Esquema Oito interior.



Fonte: Lacan ([1964] 2008, p. 263).

Quatro elementos podem ser identificados no esquema acima: a linha da demanda (D); a linha da interseção “identificação” (I); o ponto da transferência (T) e o desejo (d). Em uma primeira observação, nota-se que o ponto da transferência está localizado entre a linha da identificação e a linha dedilhada do desejo. Nesse sentido, em um movimento circular, a linha da demanda atravessa todos os demais elementos.

É nesse fluxo que o manejo da transferência opera mediante o desejo do analista: “se a transferência é o que, da pulsão, desvia a demanda, o desejo do analista é aquilo que a traz ali de volta” (Lacan, [1964] 2008, p. 264). Dito de outra maneira, ao passo que a transferência conduz a demanda à identificação, o desejo do analista a reconduz para uma outra via, não respondendo a essa demanda de identificação e amor: onde a resistência inclui a identificação, o manejo da transferência inclui o desejo.

Diante, então, da demanda do paciente que busca por identificação, é o desejo do analista que introduz uma barra a esse movimento, o que reverbera implicações no manejo da transferência. Contudo, o desejo do psicanalista não corresponde a um desejo puro, mas ao “desejo de obter a diferença absoluta, aquela que intervém quando, confrontado com o significante primordial, o sujeito vem, pela primeira vez, à posição de se assujeitar a ele” (Lacan, [1964] 2008, p. 267).

A partir do apanhado teórico baseado em três pilares dos seminários lacanianos apresentados até aqui, pode-se observar que a transferência lacaniana, embora retome os pressupostos freudianos no que diz respeito às resistências ao tratamento, avança a partir de diversos desdobramentos teóricos, como, por exemplo, o objeto *a*, a leitura de abertura e fechamento do inconsciente, a diferenciação mais consistente para com o conceito de repetição, bem como os registros do real, simbólico e imaginário.

No tocante a isso, Miller (1987) afirma que Lacan realizou um retorno a Freud, contudo, pôde extrair concepções inéditas, por exemplo, a representação dos movimentos de abertura e fechamento do inconsciente fazem referência ao que já estava na obra freudiana como a alternância da transferência entre o motor da análise e o aparecimento das resistências ao tratamento analítico. Ademais, por vincular a transferência ao saber, pode-se identificar uma aproximação radical entre o conceito de transferência e a associação livre, a regra fundamental do tratamento analítico.

Se por um lado — conforme apresentado na subseção anterior — a transferência é sistematizada por Freud inicialmente como um conceito próximo da repetição, por outro, Lacan opera um distanciamento dessa noção. Além disso, a transferência passa a ser tomada como um fenômeno voltado ao suposto saber do analista, que sabe sobre o mal-estar que leva um sujeito a buscar a análise, mas que se trata de um logro, um engano (Gueguen, 1997).

No panorama teórico lacaniano apresentado, também podemos recolher apontamentos teóricos interessantes à leitura do fragmento clínico de Chico. No questionamento colocado no

início do capítulo, pontuou-se a respeito do que poderia ter capturado o paciente para que ele se colocasse à disposição da pesquisa e, inclusive, pedisse para que fosse escolhido. Algo na figura do pesquisador e/ou do psicólogo capturou o paciente ao ponto de que algum saber fosse suposto a sua função? Seria esse o suposto saber, um *agalma*? Trata-se de uma importante reflexão sobre a manifestação da transferência no contexto hospitalar.

Até aqui, identifica-se a complexidade teórico-clínica da transferência como o motor do tratamento e, também, como um dos conceitos fundamentais da psicanálise. Entretanto, questiona-se a respeito dos possíveis contornos que tal proposição teórica ganha em outros contextos, tais como o hospital e, para além das leituras teóricas do conceito, os seus desdobramentos clínicos no que concerte ao seu manejo na instituição hospitalar, cujas possibilidades de trabalho, diga-se de passagem, correspondem à atuação em duas vertentes: a clínica e a institucional, conforme é aprofundado no capítulo a seguir.

4 A PSICANÁLISE E A CENA HOSPITALAR MARCADA PELO HIV/AIDS

Neste capítulo, explana-se sobre a relação entre a psicanálise e as instituições de saúde pública, sobretudo a cena hospitalar e a internação por HIV/aids, mediante a articulação teórica de autores psicanalíticos clássicos e contemporâneos. Além disso, enquanto recorte da cena hospitalar, o capítulo aprofunda, também, questões específicas da clínica do HIV/aids no que tange à infecção, ao adoecimento e à hospitalização, visto que a pesquisa foi realizada em uma enfermaria de doenças infecto parasitárias, junto de pacientes internados no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), em Belém do Pará. Em linhas gerais, o capítulo contextualiza o campo e as discussões teóricas que configuram o cenário de inserção do presente estudo.

4.1 A psicanálise e a instituição hospitalar

Embora Freud ([1918/1919] 2018) tenha mencionado o seu desejo de que a psicanálise adentrasse outros espaços para além do *setting* analítico tradicional, não abordou as especificidades desses possíveis contextos, apenas postulou que a técnica psicanalítica deveria se adaptar às lógicas de funcionamento. Especificamente a respeito do hospital, ao observar a história do movimento psicanalítico, pode-se identificar a instituição como um lugar central às elaborações de Freud sobre as afecções históricas que ludibriavam o saber médico da época,

com manifestações corporais sobre as quais a Medicina não conseguia explicar a gênese, ou seja: quando faltou na Medicina, surgiu a psicanálise (Elias, 2008).

Contemporaneamente, há uma crescente nas discussões teóricas sobre a presença da psicanálise nas instituições de saúde, por exemplo. Poderia a psicanálise inserir alguma contribuição nesse cenário cujo saber médico exerce predominância? Moretto (2019b) afirma que sim, embora ela encare desafios à sua inserção no contexto hospitalar, tais como as diferenças no *setting*, na temporalidade, entre outras. Tais desafios são mencionados no decorrer deste capítulo teórico.

No Brasil, a Psicanálise adentrou os hospitais através dos serviços de Psicologia Hospitalar (Rêgo, 2013), cuja criação e expansão estiveram vinculados à ampliação do conceito de saúde, que passou a seguir o modelo biopsicossocial, distanciando-se do modelo clássico de saúde enquanto ausência de doença. Ou seja, a ampliação do conceito de saúde incorreu na inclusão de outros saberes, além do saber médico para exercerem suas clínicas no âmbito institucional, incluindo saberes que se propõem a trabalhar a partir de aspectos subjetivos do processo de hospitalização (Moretto, 2019a).

Durante as minhas atividades clínicas no hospital geral, nas quais realizei a coleta de dados para a pesquisa, recebi uma solicitação de atendimento por parte de uma das residentes de Psicologia, a respeito de uma demanda que surgiu entre a equipe multiprofissional. Tratava-se de uma paciente do sexo feminino, entre 25 - 30 anos, a quem eu chamo pelo codinome Dália, visando preservar sua identidade. Dália estava recém admitida na enfermaria, com um quadro crônico de cardiopatia e com duas descobertas recentes: tuberculose e HIV. A solicitação da equipe era de que eu avaliasse o caso, visto que existiam suspeitas de que a paciente pudesse estar apresentando delírios e alucinações, bem como estava chorando muito no decorrer dos dias.

Ao me apresentar e oferecer a escuta à paciente, pude ouvir de Dália a respeito da sua descoberta recente do diagnóstico positivo para o HIV, suas relações familiares conturbadas, sobretudo com o seu pai, a saudade que a paciente estava sentindo dos seus filhos e, principalmente, sobre o seu medo de morrer. Segundo ela, estava vendo “homens de preto” na varanda e nos corredores da enfermaria. Chorando intensamente, Dália contou que seu antigo companheiro, pai de seus dois filhos, estava sendo procurado por um grupo de homens que queria matá-lo e, para a paciente, os “homens de preto” eram os mesmos que estavam à procura do seu antigo companheiro. Eis um fragmento de sua fala: **“Eu tô com medo! Eu fico**

pensando que ou eu vou sair daqui morta ou vou sair doida [...] Eu lembro que isso aconteceu com a minha tia que descobriu um câncer, ela começou a ver essas coisas” (sic).

O medo de Dália era intenso, ao ponto de impedir que a paciente realizasse suas atividades diárias como tomar banho, interagir com a equipe de saúde, entre outras: **“Eu só consigo ficar deitada, embrulhada. Eu tenho medo de olhar pra cá [para o corredor da enfermaria] e pra lá [para a varanda] porque eu sinto que, a qualquer momento, alguém pode sair e me matar. Eu vejo os homens de preto e fico pensando que são os caras que estão atrás do meu marido [...] Eu sinto como se estivesse pagando por algo que ele [o marido] fez”** (sic), foi a sua fala em relação a isso. Seguimos em atendimento até que a paciente teve alta hospitalar. No decorrer dos atendimentos, as queixas que motivaram o encaminhamento passaram a se tornar cada vez menos frequentes, visto que Dália pôde falar a respeito do seu sofrimento.

O que a vinheta clínica apresenta é algo mencionado por Moretto (2019a), no que diz respeito à convocação da presença do analista na cena hospitalar, quando a subjetividade do sujeito internado estabelece algum desafio ao manejo da equipe multiprofissional. Nesse sentido, solicita-se uma “avaliação de conduta psicológica” ao profissional de Psicologia, o que abre possibilidade ao fazer psicanalítico no hospital que, segundo Moretto (2019a), dá-se em duas vertentes: uma vertente clínica (atendimento realizado) e outra institucional (trabalho multidisciplinar).

De fato, o hospital foi um campo fértil às reflexões psicanalíticas sobre os processos psíquicos, mesmo que em um momento ainda inicial na história da psicanálise, contudo, contemporaneizando a questão e pensando sobre a atuação do psicanalista em uma instituição de saúde de alta complexidade na saúde pública, é importante que aspectos próprios da instituição como multiprofissionalidade e público sejam levados em conta na atuação do psicanalista:

Providos de nosso principal instrumental de trabalho: a escuta, é necessário refletirmos sobre algumas questões que emergem dentro de um hospital geral. 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 [...] Essa clientela que acompanhamos representa ainda hoje um desafio para quem se propõe a uma prática clínica dentro desse contexto, principalmente para os voltados para o atendimento nas enfermarias (Elias, 2008, p. 89).

Nesse contexto, então, o que viabilizaria o psicanalisar no hospital? Moretto (2019b) afirma que se há um analista disposto a oferecer escuta e, também, um paciente que deseja saber

sobre si, mesmo em um leito de hospital, haverá possibilidades de iniciar um processo analítico. Embora diferente das condições do *setting* tradicional, no hospital, estabelece-se o fundo ético da psicanálise para atuar mediante as recomendações técnicas freudianas repensadas e não reproduzidas acriticamente. Dessa forma, tem-se que o contexto de internação hospitalar provoca implicações no que diz respeito à atuação psicanalítica. Mas quais seriam elas?

Entre as questões que devem ser levadas em consideração na tentativa de se fazer psicanálise no hospital, por exemplo, está a demanda. Diferente do *setting* tradicional, o consultório particular, no hospital, os pacientes não procuram pelo analista necessariamente, em primeiro momento, porque estão interessados em saber sobre algo que os acomete psiquicamente. Pelo contrário, a demanda inicialmente criada pelos pacientes hospitalizados parte da questão orgânica, do padecimento corporal que motivou a internação.

Nesse sentido, Elias (2009) circunscreve duas demandas criadas no contexto hospitalar: uma primária e uma secundária, sendo a primária correspondente ao adoecimento orgânico e à suposta necessidade de cura, enquanto a demanda secundária diz respeito à demanda de saber sobre si, à demanda de análise propriamente dita. Ademais, o autor em questão também argumenta que, enquanto a demanda primária já se faz presente no hospital, por apontar para as possibilidades que o saber médico detém sobre a doença, a demanda secundária – a de análise – deve ser formulada.

Mas como tal formulação se daria? Moretto (2019 b, p. 108) argumenta que, no hospital, “quem se oferece é o analista”. A formulação da demanda de análise nesse contexto, portanto, surge mediante a aposta de que, se a escuta for oferecida, haverá sujeitos que demandarão por ela. Sendo assim, cabe ao analista viabilizar e sustentar o lugar de escuta para que, quando surja a demanda por escuta, ela possa ser trabalhada de fato.

No hospital, instituição regida pela lógica médica e suas visões sobre a temporalidade, o sujeito e seu adoecimento são destituídos de caráter subjetivo. Nesse contexto, o psicanalista se utilizará da outra cena, a do inconsciente, do desejo e da escuta para atuar. Ao adentrar a instituição de saúde, a Psicanálise não pretende substituir a Medicina, pelo contrário, ao reconhecer a lógica de funcionamento da lógica médica que impera no hospital, busca resgatar a dimensão subjetiva do processo de adoecimento, ou seja, trata-se de um outro olhar sobre a temporalidade e o sujeito adoecido (Simonetti, 2018).

Simonetti (2018) apresenta um panorama da cena hospitalar: em primeiro lugar, o discurso médico exerce um saber sobre o paciente, este que se encontra em estado de

passividade por conta de sua doença. Sendo assim, o seu adoecimento é visto como um inimigo que vem de fora, adentra o organismo e precisa ser eliminado, estabelecendo um processo de cura. Tal visão a respeito do adoecimento orgânico se dá dessa forma pois a lógica médica se apropria da doença, a partir dos sinais e sintomas que ela apresenta, de forma objetiva. Ou seja, a subjetividade não tem lugar, pelo contrário, a presença da subjetividade dificulta a objetividade do diagnóstico médico.

Moretto (2019a, b) também traça reflexões teóricas sobre a predominância do saber médico no hospital e a relação entre a psicanálise e a Medicina. Para a autora, o que diferencia ambas são os discursos que as sustentam, o que determina, também, a conduta clínica adotada por cada uma: a Medicina opera a partir do saber científico pragmático e objetivo, que incide diretamente na doença e não no sujeito adoecido. Por outro lado, a psicanálise se utiliza da primazia freudiana do determinismo psíquico inconsciente, que se mostra de forma singular em cada caso: se o sujeito é dividido, esse não pode ser representado de forma rigidamente objetiva, a partir de sinais e sintomas.

Dessa forma, outro fator de diferença entre as lógicas médica e psicanalítica é a posição diante do saber. Moretto (2019b) afirma que o saber médico encarna um saber que sabe sobre o que afeta o doente, o que restringe a atuação médica ao tratamento de doenças, desde o entendimento de seus agentes infecciosos até as estratégias de controle e cura. Por dar enfoque à dimensão objetiva do adoecimento, tudo o que é da ordem do subjetivo provoca mal-estar à lógica médica, visto que isso faz furo em seu saber que se pretende totalizante. Algo desse processo, por exemplo, pode ser visto nos fragmentos clínicos de Dália apresentados anteriormente.

Tendo em vista a discrepância entre as lógicas médica e psicanalítica, tem-se uma impossibilidade de trabalho? Não, pelo contrário, o que se observa é uma abertura a possibilidades de trabalho clínico e institucional aos psicanalistas. Se, para a lógica médica, o choro, a irritabilidade e as manifestações da subjetividade são resto, para a psicanálise, tratam-se de um ponto de partida. Eis alguns apontamentos teóricos importantes sobre:

O discurso médico tem uma função silenciadora em que a fala do sujeito é ouvida para ser descartada. Os médicos prestam muito pouca atenção ao que dizem os pacientes a respeito dos seus sintomas, imaginando que não podem tirar nenhum proveito disso, nada valioso de suas comunicações, porque o discurso médico não teria como codificar o sofrimento subjetivo do sintoma, o lugar que o sintoma ocupa no psiquismo; não teria mais o que fazer senão agrupá-lo como sinais característicos de uma determinada síndrome. Já o psicanalista tem um posicionamento inverso. O seu discurso não tem uma função silenciadora, mas sim uma função silenciosa, que promove a proliferação da fala do sujeito, pois, tendo um outro referencial teórico, ele

sabe que essa seria, talvez em lugar dos sintomas, uma via possível para a emergência do desejo (Moretto, 2019, p. 69-70).

A citação acima aborda um ponto importante à reflexão no que diz respeito à presença do psicanalista no hospital, bem como a sua relação com os demais agentes da equipe multiprofissional de saúde na instituição, como também pôde-se elucidar nos fragmentos clínicos de Dália. Por imperar, no hospital, a lógica médica, o objetivo final do tratamento é a cura, sendo assim, estabelecem-se condutas clínicas a serem direcionadas ao sujeito que almejam remover aquilo que o faz adoecer. Mas seria o psicanalista um outro agente da equipe multiprofissional que também se submeteria a este objetivo final e, para tanto, basearia suas intervenções em condutas normatizadoras diante do sujeito hospitalizado, com o objetivo de curá-lo?

A resposta é não, pois o psicanalista está na cena hospitalar, mas sustenta a aposta da existência de uma outra cena e se posiciona fazendo referência à sua ética¹⁶, mesmo que a ele sejam endereçadas demandas provenientes da equipe multiprofissional. Esse movimento de endereçamento de demandas em relação à subjetividade pode ser observado na vinheta clínica de Dália. Seguindo critérios objetivos do exame de funções psíquicas¹⁷, o que Dália estava apresentando poderia ser nomeado como delírio (alteração do juízo de realidade) e alucinação (alteração da sensopercepção) e, por isso, a avaliação de conduta psicológica foi solicitada.

Entretanto, psicanaliticamente, o pedido por avaliação é questionado, visando refletir sobre o que está por detrás disso. Ao escutá-la, minha preocupação não estava centralizada na circunscrição de sinais observáveis que fizessem referência, por exemplo, a uma síndrome psicótica, pelo contrário, me interessava muito mais escutar o que ela tinha a falar sobre o seu sofrimento e identificar qual era a sua posição subjetiva diante dele. A partir disso, então, que uma avaliação pôde ser pensada e comunicada à equipe multiprofissional. Reconhecer a diferença entre sintoma (o que, para a Medicina, deve ser eliminado) e sofrimento (o que corresponde à experiência subjetiva do sujeito) deve ser algo definido na atuação do psicanalista (Moretto, 2019a).

¹⁶ A ética da psicanálise é a ética do desejo, podendo ser pensada a partir da política do falta-a-ser do analista, por exemplo (Lacan, [1958] 1998). Embora seja uma questão totalmente transversal ao tema da dissertação, não é o objetivo central da pesquisa. Por isso, a questão não foi aprofundada.

¹⁷ O exame de funções psíquicas corresponde à observação de aspectos aparentes, verbais e não verbais do comportamento da pessoa avaliada, visando obter parâmetros de seu funcionamento mental no momento da avaliação (Dalgalarondo, 2019).

Por se defrontarem com dificuldades no manejo de tais situações, a equipe multidisciplinar encaminha os pacientes para o atendimento psicológico, ou o profissional de psicologia é acionado para intervir na situação, pela chamada “avaliação de conduta psicológica”. Contudo, o analista inserido no serviço institucional deve reconhecer que a demanda por parte da instituição não pode ser respondida tal qual foi formulada, pois se trata de uma demanda distorcida. Por outro lado, cabe ao analista identificar isso e não responder a partir desse lugar, visto que seu papel não é operar a partir da lógica médica (Elias, 2008; Moretto, 2019b). Ao estabelecer, então, esse cenário, pode-se observar os efeitos da presença do psicanalista na lógica médica:

O médico coloca o psicanalista numa posição subordinada porque o próprio encaminhamento ao psicanalista testemunha, de certa forma, a impotência do discurso médico. Se a Psicanálise é o "lixo" da Medicina, o consultório do psicanalista é o lugar para onde vão os seus fracassos. Não deixa de ser interessante escutar um médico dizer que não fez antes esse encaminhamento dando um tempo para preparar o paciente, preocupado em ofendê-lo ou com medo que ele ficasse chateado por sentir-se rejeitado. É verdade, existem demandas diante das quais a Medicina não tem outra opção senão rejeitá-las, por ser incapaz de respondê-las. No entanto, cabe questionar: quem se ofende com isso? (Moretto, 2019b, p. 70).

Seguindo essa linha de raciocínio, o psicanalista surge como alguém que realiza um furo no saber médico, que se pretende totalizante no hospital. Isso pode ser visto entre a equipe multiprofissional durante a construção de casos clínicos, por exemplo, ao dar enfoque à escuta singular de cada paciente, o que se pode aprender com a história de cada um e, a partir daí, construir intervenções e criar estratégias de tratamento. Dito de outra forma, o analista sustenta uma posição que, diante de um fenômeno no hospital, busca fomentar a construção de um saber coletivo entre a equipe multidisciplinar, bem como ressaltar a importância de conduzir a clínica a partir do caso a caso (Pena, 2017).

A aposta na condução clínica multiprofissional a partir do caso a caso vai de encontro às demandas que possivelmente surgem entre a equipe multiprofissional. Elias (2008) e Moretto (2019b) apresentam reflexões sobre essa questão: a demanda institucional versa na elaboração de uma resposta rápida que não singulariza o sujeito, algo que tampone a angústia que emerge a partir do não saber como lidar com determinadas situações, como choro intenso, recusa para com as medicações, entre outras.

Tal questão evidencia um ponto interessante para analisar a cena hospitalar: embora, com a ampliação do conceito de saúde para um modelo biopsicossocial, tenha sido criada a noção de cuidado a partir de uma equipe multiprofissional, profissionais não médicos podem,

ainda assim, submeterem-se à lógica de forma direta ou indireta. Moretto (2019b), inclusive, chama atenção para o perigo de que psicanalistas inseridos nos serviços de Psicologia Hospitalar não estejam seguros do seu lugar no hospital e operem a partir de critérios de normalidade em consonância com a lógica médica.

Outro possível exemplo dessa incorporação da psicanálise pela Medicina e/ou Psicologia é o imperativo de uma lógica humanista de bem-estar em detrimento da ética do desejo e da verdade de cada um. Alberti (2019) argumenta que não cabe à psicanálise driblar o mal-estar que emerge na clínica, mas sustentar a importância que o real manifestado na angústia, por exemplo, tem para o sujeito. A autora ainda enfatiza que, embora a psicanálise muitas vezes se utilize dos serviços de Psicologia Hospitalar para atuar em instituições de saúde, ela não deve ceder às demandas adaptativas que não corroboram com sua ética.

Ademais, Alberti (2019) salienta que sustentar a ética da psicanálise, o que implica convocar a fala do sujeito, em muitos casos, distancia-se do que é entendido como “ética do cuidado” entre a equipe de saúde. Para encarar tais situações, a autora reforça a necessidade de manter a formação teórica constante para se obter rigor na prática analítica. Além disso, manejar situações diante da equipe multiprofissional é um desafio:

Eis, talvez, a função maior do psicanalista no hospital: poder fazer girar os discursos para manter acordados os membros da equipe cujo trabalho é tão fundamental para cada um dos pacientes. E quando me utilizo aqui do significante “acordar”, é pelo equívoco que ele presentifica, pois é preciso poder tentar identificar o que aconteceu no encontro de dois psicólogos num mesmo caso, de modo a que isso não se transforme numa discórdia, é preciso poder sustentar o acórdão do trabalho em equipe em que cada um pode respeitar o campo do outro, de um lado e, de outro, é preciso estar atento para a frequente forma de se querer evitar o encontro com a castração, evitação que até popularmente se conhece como “dormir no ponto”, manter despertos os membros da equipe, apesar das enormes dificuldades, resistências, contrariedades que o trabalho no hospital implica (Alberti, 2019, p. 16).

Como é evidenciado na citação supramencionada, o analista, na vertente institucional, pode exercer a função de convocar o desejo e a implicação de seus pares, o que faz surgir possibilidades de trabalho. De fato, o campo da subjetividade é o foco da psicanálise, contudo, o cuidado em saúde, de forma geral, não pode ser baseado em indiferença, visto que a indiferença reverbera em efeitos iatrogênicos no cuidado em saúde (Moretto, 2019a). Dessa forma, como poderiam ser estabelecidas estratégias de trabalho multiprofissional a partir da convocação da subjetividade, por exemplo? A seguir, é possível recolher alguns apontamentos (Quadro 5).

Quadro 5 – Indicadores de risco para o chamado do psicanalista no hospital.

Indicadores
1. Quando a equipe de saúde observa que o paciente está se identificando com a sua doença;
2. Quando a equipe de saúde identifica que o paciente está adotando modos de enfrentamento que são contraditórios à direção do seu tratamento;
3. Quando a equipe de saúde percebe que os familiares do paciente estão tendo exigências que o impactem de alguma forma, seja por movimentos de dar sentido ao seu adoecimento, adaptação ou negação;
4. Quando a equipe de saúde observa que o paciente apresenta certo estranhamento em relação à sua doença, falando dela como se não fosse sua;
5. Quando a equipe de saúde percebe que o paciente está racionalizando sobre a sua condição de adoecimento;
6. Quando a equipe de saúde se defronta com dificuldades de lidar com a associação livre do paciente;
7. Quando, diante da angústia do paciente, a equipe de saúde lança mão de explicações causais sobre o sofrimento vivenciado por ele;
8. Quando a equipe de saúde observa que o paciente se coloca como coadjuvante e não em uma posição ativa.

Fonte: elaborado pelo autor a partir de Moretto (2019a).

É válido ressaltar que os apontamentos apresentados no quadro 5 não correspondem a um protocolo que deve ser seguido de forma rígida ou indiferente, até porque isso também poderia incorrer em efeitos iatrogênicos no cuidado em saúde. Outro ponto importante a ser mencionado é a abertura à presença da equipe de saúde como agente implicado no processo de cuidado que não exclui a subjetividade.

Moretto (2019a, b) ressalta que a sustentação da presença do analista no hospital é a relação transferencial. Mesmo que as possibilidades dispostas no hospital viabilizem um processo que se limitaria às entrevistas preliminares, ainda assim, é possível a formulação de uma demanda, a elaboração do processo de hospitalização e a retificação subjetiva. Para tanto, cabe ao analista manejar a transferência para que a produção do saber aconteça.

A premissa de que o fazer psicanalítico no hospital é garantido pela transferência está relacionada ao fato de que a constituição psíquica se dá na relação com a alteridade durante as relações fundamentais do sujeito. Dessa forma, movimentos de reposicionamento subjetivo durante a realização de uma análise são mediados, também, pela alteridade materializada na função do analista. Entretanto, é válido mencionar uma especificidade no contexto de hospitalização:

[...] pode-se dizer que o paciente hospitalizado estabelece relações fundamentais com sua família, com a equipe de saúde e com a instituição hospitalar. Essas relações são denominadas de relações “transferenciais”, sendo estas acentuadas em decorrência do processo de adoecimento em que os pacientes se encontram assujeitados, criando vínculos segundo modelos já vivenciados anteriormente em sua história de vida

peçoal. Sendo assim, a transferência não é somente a repetição de um sentimento, como também é a repetição de um lugar, de uma posição nos relacionamentos (Peck Vasconcelos, 2019, p. 38).

De saída, tem-se que no hospital, então, o analista se defronta com transferências em encruzilhadas. Se a atuação nesse contexto envolve o atendimento direto com os pacientes, a escuta de seus familiares e o trabalho em equipe multiprofissional, pode-se pensar que as transferências são estabelecidas envolvendo cada um desses aspectos. E, se as transferências são estabelecidas, elas também solicitam manejo da parte do analista e, por isso, devem ser levadas em conta. Diz-se “da parte do analista”, pois o manejo da transferência é algo característico seu, embora a transferência seja estabelecida com os demais agentes envolvidos na cena hospitalar. Voltemos, então, à vinheta clínica de Dália.

Como já mencionado, Dália tinha dificuldades para dormir à noite, com medo dos homens de preto que apareciam no corredor e na varanda da enfermaria. Para além das figuras que a paciente temia que aparecessem para matá-la, uma outra figura que a amedrontava surgiu, um dos enfermeiros da equipe noturna: **“Eu vejo ele passando aqui pelo corredor à noite. Ele é alto, grandão. Eu chamo ele de *Hulk* [...] Ele me dá medo porque eu penso que ele vai entrar aqui e vai fazer algo comigo [...] Eu sei que ele é enfermeiro, que ele cuida de uma outra pessoa aqui no lado, que ele não vai fazer nada comigo, mas eu fico com medo”** (sic).

Pois bem, o *Hulk*, que tanto amedrontava Dália, fez algo pelo qual a paciente não esperava. A paciente relatou que, durante uma noite, ele entrou no quarto e se apresentou. Nesse mesmo momento, Dália disse que virou para o lado oposto do leito, para não olhá-lo. O enfermeiro, então, se aproximou e disse à paciente que percebia que ela estava com medo, mas que ele não faria mal algum a ela. Ambos começaram uma breve conversa que culminou em uma oração em conjunto: **“Nossa! Ele orou comigo. Chega eu me senti aliviada. Eu fiquei pensando como Deus é. A pessoa que eu menos esperava foi a pessoa que me ajudou quando eu precisei. Foi o meu *Hulk*”** (sic).

Na relação transferencial estabelecida comigo, algo também pôde ser observado. Em alguns momentos, quando comparecia para atendê-la e outro paciente me abordava, mesmo que em tom de brincadeira, Dália dizia aos seus colegas de enfermaria: **“Sai! Ele é meu”** (sic). Ou seja, os profissionais de saúde – tanto o enfermeiro quanto eu, por exemplo - foram incluídos na série psíquica de Dália. O que diferencia o lugar do analista é que a sua função é

operacionalizar a transferência, apostando em um trabalho psíquico a partir disso. No meu caso, pedi para que Dália falasse sobre isso, mesmo que a paciente apenas desconversasse, rindo.

Essa vinheta clínica apresenta mais uma diferenciação entre Psicanálise e Medicina, situando a divisão não somente de condutas clínicas, mas de éticas. Diante do sujeito adoecido e seus sintomas, o psicanalista não pretende desejar por ele, muito menos dizer-lhe o que é o melhor a ser feito diante de sua condição de adoecimento, em nome de um ideal de saúde e bem-estar. Pelo contrário, o psicanalista está situado na ética do desejo e, por conta disso, reconhece duas questões importantes, segundo Moretto (2019b): 1. A sugestão dada ao paciente pode ser interpretada como uma negação de seu sofrimento, um descrédito que não irá contribuir na mudança de posição subjetiva; 2. O desejo é de uma ordem contrária à ordem do discurso médico e, por conseguinte, a do bem-estar, ou seja, a cura não necessariamente convém ao desejo do sujeito.

Todavia, reconhecer o sujeito dividido é trabalhoso à lógica médica e seu zelo pela objetividade. Diante disso, os profissionais de saúde, em um movimento defensivo, acabam por se colocar de forma indiferente à subjetividade que emerge a partir de acontecimentos como o adoecimento e a hospitalização, o que tem os seus riscos ao cuidado em saúde, restando ao analista operar com isso. Moretto (2019a), então, afirma que a função do analista no hospital, nesse cenário, é a de testemunhar o sofrimento do paciente enquanto ele realiza a passagem do acontecimento a uma experiência subjetiva a respeito disso. Nessa aposta, por exemplo, que busquei sustentar um lugar para que Dália falasse de si. Dessa forma, a atenuação dos seus sintomas seria consequência disso.

Como apresentado até aqui, pôde-se observar que acontecimentos como o adoecimento e a hospitalização podem adquirir teor traumático e desorganizador ao sujeito, sobretudo quando tais acontecimentos, em sua vida subjetiva, não são transformados em experiência subjetiva. Nesse sentido, circunscreveu-se a função do analista no hospital enquanto alteridade que testemunha esse processo mediante a relação transferencial. Todavia, pensando a respeito do contexto de pesquisa ao qual este estudo se debruçou, contexto este que esteve como pano de fundo não só da história de Dália, mas dos demais sujeitos que são apresentados no decorrer da dissertação, mostra-se necessário abordar a respeito da história do HIV/aids e seus ecos na cultura e na clínica psicanalítica. Tal percurso teórico é apresentado a seguir.

4.2 O HIV/aids: ecos na cultura e na clínica psicanalítica

Paciente do sexo masculino, chamado pelo codinome Pietro, com idade entre 30 - 35 anos, profissional autônomo. Por um tempo, o paciente residiu em outro estado para se aprimorar em sua profissão, mas ao retornar a Belém, durante suas atividades de trabalho, começou a se sentir muito cansado, febril e passou a sentir intensos desconfortos gastrointestinais, bem como teve uma considerável perda de peso e de energia, ao ponto de ter dificuldades para ficar em pé. Nesse momento, descobriu que vivia com HIV e foi encaminhado à internação hospitalar. Ao realizar a primeira escuta, vi que Pietro estava sem acompanhantes, então perguntei sobre sua rede de apoio.

Pietro mencionou que, assim que retornou a Belém, conheceu seu namorado e, desde aquele momento, ele estava sendo sua principal rede de apoio. Além disso, o paciente mencionou que estava passando por um momento conturbado com sua família, com quem estava perdendo o contato aos poucos. Para o paciente, a situação agravou mais ainda quando o diagnóstico positivo para HIV foi descoberto: **“Agora, eu tô sereno, mas isso já me fez sofrer muito. Justamente quem era pra me dar força, não está do meu lado. Aí quem tá comigo é ele [o namorado]. Mas eu já falei pra ele: ficar comigo é estar correndo risco o tempo todo”** (sic). Na ocasião, o namorado de Pietro era o seu único acompanhante. Quando ele saía do trabalho, apenas buscava as roupas em casa e ia ao hospital, para passar a noite como o paciente. Foi assim durante toda a sua hospitalização.

Fragilidade de laços familiares, adoecimento, preconceito e medo foram alguns dos conteúdos que emergiram durante o breve momento de atendimentos que tivemos no decorrer da hospitalização do paciente, que recebeu alta alguns dias depois de nossos atendimentos terem iniciado. Em alguma medida, a narrativa de Pietro reflete algo da história do HIV/aids em geral, conforme será mostrado a seguir.

Com os primeiros registros de sua aparição referentes à década de oitenta, nos Estados Unidos, antes mesmo de sua conceitualização como um agente viral cuja transmissão ocorre via contato sanguíneo através da relação sexual sem o uso de preservativo, compartilhamento de objetos perfurocortantes, bem como a transmissão materno-infantil, o HIV se mostrou um grande problema de saúde pública, principalmente nos primeiros momentos da epidemia, quando o diagnóstico positivo estava relacionado diretamente a uma sentença de morte (Timerman; Magalhães, 2015; Jardim, 2019).

Passados os primeiros anos da epidemia, foi possível circunscrever os aspectos iniciais da infecção, tais como o agente viral, sua forma de transmissão, entre outras especificidades. Nesse caso, o HIV passou a ser a sigla representativa do Vírus da Imunodeficiência Humana, enquanto o estado clínico de rebaixamento das defesas imunológicas decorrente da infecção pelo HIV também recebeu uma nomeação: a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, a aids. Mesmo após décadas do ponto crítico da epidemia do HIV, defronta-se ainda com um problema de saúde pública, mesmo que o HIV tenha se deslocado de uma condição fatal para uma condição crônica (Timerman; Magalhães, 2015; Jardim, 2019).

A progressão do HIV pelo corpo é um processo longo, dependendo do estado de cada organismo, sendo a aids somente a terceira fase desse percurso. Os primeiros sintomas da infecção pelo HIV se assemelham aos de uma gripe, contudo, após os primeiros sintomas, ocorre um período assintomático que pode durar dez anos em média, por conta da resistência que o sistema imunológico ainda deteria frente ao agente viral. A aids corresponde, então, à fase de manifestação de doenças como citomegalovírus, sarcoma de *Kaposi*, pneumonia, entre outras (Jardim, 2019).

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), ao adentrar o corpo do sujeito, mediante o contato com as mucosas, o vírus localiza células-alvo suscetíveis e, dessa forma, passa a ocupar os gânglios linfáticos, momento em que ocorre a reprodução em massa do vírus. Dessa forma, passa a ocupar, em grande volume, a corrente sanguínea do sujeito. Esse é o primeiro momento da infecção, chamada de primária ou aguda, seguida pelo período de ausência de sintomas. A terceira etapa é a gradativa deterioração do sistema imunológico, contra o qual o organismo tenta responder, mas não obtém total sucesso pois alguns vírus escapam e se escondem em reservatórios durante meses ou anos em latência. Nesse entremeio, as células TCD4+, responsáveis pela defesa do organismo caem progressivamente permitindo que a infecção atinja um patamar avançado: o estado de aids (UNAIDS, 2017).

No Brasil, o diagnóstico de HIV pode ser realizado mediante os testes rápidos disponíveis gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS). O teste é realizado a partir da coleta de sangue venoso ou digital, e o resultado é obtido em cerca de alguns minutos. Além disso, existem os autotestes de HIV, com os quais o usuário pode se testar quando e onde quiser. E, aliados às estratégias de diagnóstico, o SUS também oferece serviços de prevenção mediante a educação em saúde e a distribuição de preservativos, bem como o tratamento antirretroviral

em si, que contempla uma gama diversa de possibilidades medicamentosas. Dessa forma, as intervenções contemplam dimensões biomédicas, comportamentais e estruturais (Ministério da Saúde, 2022).

Primeiramente, as intervenções biomédicas correspondem à utilização de antirretrovirais, constando 34 medicamentos possíveis¹⁸ e com a distribuição de preservativos. Já as intervenções comportamentais, dizem respeito ao aconselhamento, ao incentivo à testagem e à redução de danos. Por fim, as intervenções estruturais são voltadas à reflexão sobre as políticas de saúde e a vulnerabilidade de determinados grupos sociais (Ministério da Saúde, 2022).

Segundo informações disponibilizadas no Boletim Epidemiológico brasileiro de 2023¹⁹, foram notificados 382.521 óbitos cujo HIV/aids fora a causa base, desde o início da epidemia da Aids, em 1980. Além disso, os números de casos de aids no Brasil, até o mês de junho de 2023 correspondem ao montante de 1.124.063 (Ministério da Saúde, 2023). Embora passados mais de 40 anos desde a eclosão da epidemia, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) ainda representam pontos de atenção à saúde pública.

Para uma leitura panorâmica sobre a temática, mostra-se necessária uma digressão histórica a respeito do desenvolvimento da epidemia de aids no Brasil e suas reverberações clínicas e culturais. De acordo com Jardim (2019), a aparição do HIV/aids foi atrelada à imagem de determinados grupos, os ditos “grupos de risco”. Mesmo que tal noção corresponda a algo ultrapassado pelos estudos epidemiológicos, ela estimulou a discriminação sobretudo para com os homossexuais. Nesse contexto, então, agentes sociais como ativistas, médicos, políticos, pesquisadores e artistas se mobilizaram frente à situação emergente (Jardim, 2019). Sendo assim, ao delimitar um panorama inicial de infecções pelo HIV no decorrer da epidemia no território brasileiro, tem-se que:

A expansão da epidemia da aids no Brasil teve três desdobramentos. Inicialmente a doença atingiu, sobretudo, homossexuais masculinos de classe média e alta, e moradores dos grandes centros urbanos. Em seguida, houve a feminização da doença. As mulheres passaram a ser cada vez mais atingidas, especialmente a partir da década de 1990. Ocorreu também a pauperização da epidemia, quando ela se alastrou pela

¹⁸ Os nomes dos medicamentos estão disponíveis em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hiv-aids/tratamento>. Acesso: 26 mar. 2023.

¹⁹ Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view> . Acesso: 28 dez. 2023.

população das periferias. Além disso, deu-se a sua interiorização: a aids penetrou no interior do país e atingiu as regiões Norte e Centro-Oeste (Jardim, 2019, p. 31).

Embora no início da epidemia do HIV tenha ocorrido uma predominância de casos entre homossexuais masculinos, a tentativa de restringir as infecções em determinadas parcelas da sociedade não ocorreu com êxito. Nesse momento, elencaram-se outros ditos “grupos de riscos”, os 4H (Jardim, 2019) ou 5H (Timerman; Magalhães, 2015), sendo: 1. Homossexuais; 2. Haitianos; 3. Hemofílicos; 4. Heroinômanos (usuários de heroína); 5. *Hookers* (profissionais do sexo). Entretanto, ambos os autores afirmam que, no curso da epidemia, tais ideias não se sustentaram frente às notificações de casos para além dos grupos, o que levou as nomenclaturas utilizadas no campo do HIV/aids a serem reformuladas.

As reformulações nas nomenclaturas utilizadas para se referir ao HIV/aids são oportunas para circunscrever os três grandes momentos da epidemia. De acordo com Bacchini *et al.* (2013), o termo “grupos de risco” aponta para um primeiro momento da epidemia, quando não se sabia ao certo sobre o agente viral responsável pelas infecções e sobre as formas de transmissão, o que resultou no movimento de restringir as infecções em determinadas populações. Enquanto efeito, o estigma sobre tais sujeitos se intensificou ao ponto de pessoas que não pertenciam a tais grupos acreditarem não estar vulneráveis.

Posteriormente, com a incidência crescente de infecções em heterossexuais, houve o movimento de torção de “grupos de risco” para “comportamentos de risco”, ou seja, o HIV não estaria diretamente ligado à determinada parcela da população, mas seria possível a qualquer um que se expusesse às possíveis formas de infecção. Contudo, como argumenta Bacchini *et al.* (2013), esta nomenclatura incorreu na culpabilização dos sujeitos infectados.

Em seguida, um outro deslocamento de nomenclaturas foi realizado, o que resultou na utilização do termo “vulnerabilidade”. O termo em questão se mostrou representativo pois contempla tanto aspectos mais amplos, vinculados às condições sociais nas quais o sujeito está inserido, bem como também leva sua subjetividade em consideração. Ao contrário de “comportamentos de risco”, “vulnerabilidade” possibilita a implicação e a responsabilização em detrimento da culpabilização das pessoas que vivem com HIV (Bacchini *et al.*, 2013).

Uma outra nomenclatura, mais recente, que o estudo de Bacchini *et al.*, (2013) não contempla, é a de “populações-chave”. O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS, 2018) delimita como populações-chave: 1. Homens que fazem sexo com homens; 2. Profissionais do sexo e seus clientes; 3. Pessoas trans; 4. Pessoas que usam drogas

injetáveis. Além disso, consta que o envolvimento de tais populações no acesso às políticas de saúde é um passo fundamental para a resposta exitosa contra o HIV/aids. Essa proposta de nomenclatura está ligada à análise de determinantes e condicionantes de saúde, todavia, questiona-se a respeito do efeito iatrogênico que isso pode incorrer no laço social.

Diz-se iatrogênico pois, com tantas mudanças de nomeação, um fato que ainda perdura entre a memória social sobre o HIV/aids é o estigma que fora atrelado ao vírus e às pessoas acometidas por ele, possuindo raízes na tentativa de conceber a doença enquanto própria de grupos específicos, como foi mencionado anteriormente. Dessa forma, o horror que o HIV/aids representava poderia ser personificado e as pessoas que representassem “a cara da aids” seriam vistas como perigosas, culminando em uma espécie de morte civil (Jardim, 2019).

A discussão sobre o estigma atribuído ao HIV/aids foi abordada por autores como Carneiro (2000) e Sontag (2007). Carneiro (2000) aborda a problemática mediante o culto à dietética e o adoecimento por aids como uma desrazão da humanidade. Nesse sentido, a doença representaria uma quebra desse ideal de qualidade de vida, visto que se trata de uma condição crônica. Por outro lado, Sontag (2007) toma a aids a partir de suas metáforas cujos conteúdos remetem a um contexto militar: o vírus invade o organismo humano e destrói as células de defesa do corpo, ou seja, é travada uma verdadeira batalha no sistema imunológico. Ambos os argumentos sobre as representações do HIV/aids não se excluem, pelo contrário, ampliam a discussão sobre o que é transversal ao imaginário social, atravessando processos como a descoberta do diagnóstico e a sua revelação.

Para Bacchini *et al.* (2013) e Castellani e Moretto (2016), a experiência de recebimento do diagnóstico positivo para o HIV impacta diretamente na forma com que o sujeito vivenciará seu tratamento. O que os autores demonstram a partir de suas experiências clínicas é que revelar o diagnóstico não corresponde meramente à comunicação de informações, mas ao processo de revelação dos aspectos mais íntimos da subjetividade do sujeito.

Enquanto reverberações psíquicas disso, podem ser elencadas as vivências de culpa e de vergonha decorrentes do descobrimento do diagnóstico positivo para o HIV. Nesse contexto, a culpa estaria ligada a algum ato de infração, algum delito que vá de encontro com a moral compartilhada socialmente, o que culmina na necessidade de punição. Já a vergonha aponta para a formação narcísica e o efeito da exposição ao olhar do outro, abrindo a possibilidade de uma rejeição de sua parte. Ambos os casos, em linhas gerais, possuem um medo básico: a castração pela perda do amor (Francês; Bacchini, 2016).

Tais implicações clínicas se mostram necessárias para, por exemplo, direcionar o fazer dos profissionais de saúde em seus cotidianos de trabalho junto dos pacientes que vivem com HIV, como demonstram Castellani e Moretto (2016, p. 33):

Levando em conta que o sofrimento e a angústia vividos na experiência da revelação do diagnóstico de HIV acabam por dificultar a decisão de se revelar, pode-se assegurar que os indivíduos nessa situação se encontram em um terreno de incertezas. Acreditamos ser urgente o reconhecimento da necessidade de um espaço com os profissionais de saúde, que os ajudem em seus tratamentos, para dialogar e refletir sobre seus desejos e suas posições subjetivas.

O panorama mais recente do HIV/aids difere consideravelmente da situação referente à década de oitenta. De acordo com Jardim (2019), pode-se observar um movimento de desdramatização da doença, decorrente da concepção do HIV como uma condição crônica e não mais como uma sentença de morte direta. Além disso, sobretudo no Brasil, o tratamento antirretroviral é gratuito e garantido por lei, bem como as possibilidades de testagem e profilaxias pré-exposição e pós-exposição ao vírus. Entretanto, se por um lado os recursos de promoção, prevenção e recuperação em saúde aumentaram, por outro, as exposições ao HIV também, fator que tem convocado os diversos campos do saber a traçarem reflexões e proporem intervenções frente a isso.

No que diz respeito às produções do campo do saber no qual esta pesquisa se localiza, a psicanálise, em uma busca exploratória realizada em um trabalho anterior a esta dissertação²⁰, em periódicos nacionais nos quais a publicação de estudos psicanalíticos é recorrente²¹, identificaram-se ocorrências comuns que fornecem indícios a respeito da produção acadêmica psicanalítica entre os anos de 1988 e 2020²². Ao todo, foram encontrados dezesseis artigos publicados entre os anos de 2009 e 2020 (Quadro 6).

Quadro 6 – Psicanálise e HIV/aids: panorama de publicações em periódicos brasileiros.

Títulos	Autores e ano	Periódicos	Informações
---------	---------------	------------	-------------

²⁰ BORGES JUNIOR, Dorivaldo Pantoja. **Aids, fantasia e transitoriedade**: construções analítico-cinematográficas. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Psicologia) – Universidade da Amazônia, Belém, 2021.

²¹ Estudos de Psicanálise (ISSN: 0100-3437); Reverso (ISSN: 0102-7395); Cadernos de Psicanálise (1413-6295); Revista latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (ISSN: 1415-4714); Ágora (ISSN: 1516-1498); Analytica (ISSN: 2316-5197); Tempo Psicanalítico (ISSN: 2316- 6576); Polêm!ca (ISSN: 1676-0727); Trivium: estudos interdisciplinares (ISSN: 2176-4891).

²² Considerou-se o ano da primeira publicação da revista mais antiga como ponto inicial do recorte temporal da busca exploratória.

Mães e crianças vivendo com HIV/aids: medo, angústia e silêncio levando a infância à invisibilidade	Borges, Pinto e Ricas (2009)	Estudos de Psicanálise	Aborda questões sobre a sexualidade feminina, maternidade, transmissão vertical e os estigmas.
Mulheres HIV-positivas e grávidas: dificuldades dentro do casal. Experiência numa associação parisiense	Martin-chabot (2010)	Ágora	Relata a experiência de atendimentos a mulheres grávidas que vivem com HIV. O artigo também aborda conceitos como trauma, diagnóstico e fantasia.
Delicadezas do Eu: fundamentos da vulnerabilidade	Moreira (2012)	Reverso	O artigo articula, a partir de um caso clínico, noções freudianas como o eu corporal, ideal do Eu e o narcisismo para problematizar a proposição de vulnerabilidade.
Reflexões sobre o inquietante de ser portador de HIV/aids	Bacchini <i>et al.</i> (2012)	Tempo psicanalítico	O artigo relaciona o conceito de inquietante freudiano à infecção por HIV. Para tanto, apresenta um fragmento de caso de uma comunicação diagnóstica de uma mulher para relacionar ao conceito psicanalítico.
A atualidade da psicanálise: do HIV à escuta pulsional	Vilela (2013)	Cadernos de Psicanálise	O artigo propõe a discussão sobre a atualidade da psicanálise refletida no atendimento a mulheres grávidas que vivem com HIV. Para tanto, articula pontos como trauma, fantasia, temporalidade, transferência, pulsão e urgência subjetiva.
Cuidados no hospital geral: desdobramentos psicanalíticos na clínica da aids	Moreira <i>et al.</i> (2013)	Polêmica	Os autores se propõem a articular ideias com o intuito de evidenciar as nuances do tratamento e cuidado psicanalíticos no hospital geral, junto dos pacientes que vivem com HIV/Aids. No texto, não se especificam pontos como a prática analítica, a transferência e o manejo.
Quanto tempo me resta? Reflexões acerca da temporalidade em pacientes de aids	Francês, Vilhena e Bittencourt (2013)	Polêmica	Os autores discutem a noção de temporalidade a partir de autores como Freud, Merleau-Ponty e Winnicott, bem como aplicam tal discussão em um fragmento de caso na clínica da aids.
Eva, Maria e Lilith: corpo de delito	Barreto e Ceccarelli (2015)	Estudos de Psicanálise	O artigo articula proposições teóricas como a sexualidade feminina, a mitologia judaico-cristã e o adoecimento por HIV/aids. Ao contrapor três figuras femininas: Eva, Maria e Lilith, os autores defendem que aspectos do imaginário cultural atravessam o adoecimento e causam sofrimento psíquico aos sujeitos.
Crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids: “Que doença é essa?”	Borges, Pinto e Ricas (2015)	Reverso	O artigo explana sobre achados em entrevistas com crianças e adolescentes que vivem com HIV/aids decorrente da transmissão materno-infantil. De acordo com o estudo, o silenciamento da condição de saúde dos adolescentes é um fator presente.
Situação de crise psíquica e desejo de saber	Dias, Ceccarelli e Moreira (2016)	Revista latinoamericana de	O artigo articula a noção de crise e transferência a um caso clínico de uma paciente infectada pelo HIV. Ao perder seu pai, ela abandona o tratamento e é

		psicopatologia fundamental	hospitalizada em estado grave. Temas que são abordados: transferência, trauma, manejo e técnica no <i>setting</i> .
Trauma e feminilidade na clínica com mulheres vivendo com HIV/aids	Oliveira e Moreira (2016)	Polêm!ca	O artigo propõe uma discussão a respeito da feminilidade e o traumático a partir da elucidação de um caso clínico de uma mulher vivendo com HIV, infectada por seu marido que a violentava.
“Que é que os homens temem, acima de tudo?”: culpa e vergonha na clínica da aids	Francês e Bacchini (2016)	Polêm!ca	O artigo congrega dois temas estritamente relacionados ao pacto social: a culpa e a vergonha e associa às manifestações subjetivas presentes na clínica da aids, no que diz respeito ao traumático do diagnóstico e o estigmatizador social da doença no corpo.
Travessias entre o pulsional e o traumático a partir da escuta na clínica da aids	Bacchini e Cruz (2017)	Polêm!ca	Os autores articulam conceitos como trauma, pulsão, desamparo à fala de uma paciente que descobriu seu diagnóstico positivo para HIV.
Sexualidade e ideal de feminilidade: contribuições para o debate	Moreira, Vieira e Ceccarelli (2018)	Estudos de Psicanálise	O artigo discute a noção de sexualidade feminina em três autores: Rousseau, Freud e McDougall para, por fim, relacionar ao depoimento de uma mulher que vive com HIV, apresentada no documentário "Positivas".
Os lutos em torno do VIH/Sida: análise do relato de uma participante do documentário Positivas	Lebrego, Borges Junior e Barros (2020)	Polêm!ca	O artigo apresenta a discussão a respeito dos lutos que atravessam o adoecimento por HIV/aids, sobretudo mediante as perdas no corpo, perdas de um filho, negligências por parte do sistema de saúde, entre outros. A discussão toma como objeto o relato de uma das participantes do documentário “Positivas”.

Fonte: elaborado pelo autor, com base nos periódicos brasileiros escolhidos para a pesquisa.

No que diz respeito às características da produção científica brasileira de base psicanalítica sobre HIV/aids demonstrada no quadro 6, alguns pontos podem ser elencados para a elucidação. O primeiro deles é sobre o teor traumático em que se configura a revelação diagnóstica, o que pode levar o sujeito a remontar seu desamparo originário. Na produção científica, este fator surgiu de forma unânime tanto em articulações teóricas quanto nos exemplos clínicos utilizados pelos autores.

O segundo ponto observado entre os artigos encontrados corresponde à presença recorrente de temáticas como a sexualidade feminina, feminilidade e maternidade. Geralmente, essas discussões surgiram atreladas à “feminização da aids” e à vulnerabilidade de mulheres à infecção pelo HIV (Borges; Pinto; Ricas, 2009; Martin-Chabot, 2010; Barreto; Ceccarelli, 2015; Oliveira; Moreira, 2016; Moreira; Vieira; Ceccarelli, 2018).

O terceiro ponto encontrado entre as produções científicas supramencionadas diz respeito às proposições teóricas psicanalíticas abordadas nos artigos. Entre os mais recorrentes, constam o corpo (Moreira, 2012; Bacchini *et al.*, 2012; Francês; Bacchini, 2016; Lebrege; Borges Junior; Barros, 2020), a pulsão (Villela, 2013; Bacchini; Cruz, 2017), a culpa (Francês; Bacchini, 2016), a temporalidade (Francês; Vilhena; Bittencourt, 2013), entre outras temáticas transversais como a fantasia e o manejo da transferência no *setting* analítico hospitalar.

Especificamente no que tange ao último, sobre a escuta no *setting* analítico hospitalar, identificou-se que a maioria dos artigos dispostos no quadro 6, direta ou indiretamente, fazem referência ao contexto de instituições de saúde, sobretudo o hospital. Além disso, pôde-se observar que um maior número de publicações é localizado nos anos de 2013 (três artigos) e 2016 (três artigos).

Ademais, um número expressivo de publicações é assinado por pesquisadores paraenses vinculados à Universidade Federal do Pará (UFPA), cujas pesquisas foram realizadas no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), uma instituição de saúde pública, contemplando ensino e pesquisa. Levando isso em consideração, um panorama histórico da referida instituição de saúde é apresentado a seguir, visto que essa mesma instituição viabilizou a realização da presente pesquisa, bem como a de outras investigações clínico-institucionais de orientação psicanalítica no campo da saúde pública em Belém do Pará.

4.3 Especificando a cena: psicanálise e saúde pública em um hospital universitário paraense

Paciente do sexo masculino, entre 35 – 40 anos, natural de Belém, trabalhador informal, foi internado devido complicações de saúde em relação ao seu tratamento antirretroviral, chamado pelo codinome Romeu, para preservar a sua identidade. Meu encontro com o paciente se deu na enfermaria, alguns dias depois de sua admissão, mediante busca ativa no hospital. Em um primeiro momento, fiquei surpreso com a aparência física de Romeu: ele estava bastante emagrecido, com a voz rouca e com a pele consideravelmente avermelhada.

Romeu foi receptivo ao atendimento e, enquanto falava, segurava um pente em uma de suas mãos, que utilizava para coçar as lesões que tinha em suas pernas e em seus braços. As marcas em seu corpo eram muitas e, segundo o paciente, a coceira era intensa e o incomodava ao ponto de pedir para que a médica responsável pelo seu caso receitasse algum medicamento para que aquilo aliviasse. O paciente já vivia com HIV há alguns anos, mas no decorrer de uma

mudança de cidade, acabou por interromper o seu tratamento. Quando retornou a Belém, sua condição de saúde piorou, o que levou Romeu a ser internado e retomar sua TARV já hospitalizado.

Realizamos apenas dois atendimentos, pois o paciente não demorou tanto para ter alta, contudo, algo que Romeu disse me chamou a atenção, quando perguntei como era estar internado. Eis a sua resposta: **“Ah, eu já fiz muita coisa, fiz muita doidice e acho que por isso que eu tô aqui, tipo ter ido embora [...] Quando eu fiquei doente e soube que viria pra cá [HUIBB], eu fiquei com medo. Ah, sei lá! As pessoas que eu conheço dizem que se tu vens pra esse hospital, tu não sais vivo daqui”** (sic). Embora eu tenha questionado e, de alguma maneira, tentado provocar a fala do paciente, ele apenas disse que era algo que os seus conhecidos falavam e que, de alguma forma, amedrontava-o.

Moretto (2019a) afirma que o sofrimento decorrente dos eventos de adoecimento e hospitalização podem ser traumáticos quando o sofrimento do sujeito é impedido de ser narrado e transformado em experiência. A vinheta clínica de Dália, por exemplo, pôde nos dar notícias disso: um processo de hospitalização torna próxima a possibilidade de morte, o que por si só já pode abalar a fantasia do sujeito, levando-o a se defrontar com o seu desamparo sem uma mediação simbólica. Todavia, algo da fala de Romeu aponta para uma outra especificidade, vinculada ao HUIBB. Algo da história desse hospital poderia atravessar o imaginário dos pacientes de alguma forma? Ou seja, para além dos estigmas referentes ao HIV/aids, haveria estigmas referentes ao HUIBB também? Nesse sentido, mostra-se importante abordar brevemente sobre a instituição de saúde na qual esta pesquisa foi realizada.

O Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB) compõe o complexo de hospitais universitários vinculados à Universidade Federal do Pará (UFPA). Trata-se de uma unidade de assistência de alta complexidade na qual uma das especialidades à disposição é a Infectologia para o tratamento de aids, meningite, doença de chagas, COVID-19, entre outros adoecimentos. Esse panorama é apresentado para mencionar três pontos importantes: 1. O HUIBB é um hospital público de referência no estado do Pará, o que implicou em uma particularidade do público nos atendimentos clínicos da pesquisa; 2. O hospital em questão ocupa um lugar específico no imaginário da população paraense; 3. A presente instituição foi espaço de diversas pesquisas psicanalíticas sobre a clínica com sujeitos que vivem com HIV e estão hospitalizados em decorrência da aids.

Dito de outra forma, circunscrever uma historiografia completa do hospital não corresponde aos objetivos da dissertação, contudo, trata-se de algo que surgiu entre os atendimentos clínicos e, por isso, optou-se por recolher pontos que sejam interessantes à reflexão sobre psicanálise e instituições de saúde pública. Sendo assim, a partir de dados provenientes de duas dissertações construídas no PPGP/UFPA, algumas informações importantes puderam ser resgatadas a respeito da história do HUIBB: a passagem de um sanatório projetado e construído para o isolamento de pessoas adoecidas por tuberculose, entre os anos de 1938 e 1983, a uma instituição de ensino, pesquisa e extensão integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) e vinculada à Universidade Federal do Pará (UFPA) a partir de 1990 (Miranda, 2011; Francês, 2011)

Sua construção levou décadas e o que foi inicialmente projetado para operar como o “Sanatório de tuberculosos de Belém”²³, com 600 leitos, foi inaugurado oficialmente como hospital em 1977, contando com 200 leitos para o funcionamento (Miranda; Abreu Junior, 2016). Sobre a estrutura física da instituição hospitalar em questão, um fato curioso é destacado por Francês (2011, p. 29):

O HUIBB foi construído em forma de um grande H. Poderíamos pensar nessa letra como a primeira da palavra hospital, o que é correto. Mas, nossas observações precisam extrapolar tal sentido. Esse formato arquitetônico do hospital, que não é um simples desenho de estilo, permite que todas as enfermarias recebam o sol da manhã, ao tempo em que se promove uma maior ventilação do espaço. Criado para receber pacientes de tuberculose, era de grande importância que esses aspectos fossem levados em consideração. Vemos que havia, assim, um movimento indo de encontro à ideia do hospital como simples depósito humano.

O Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), embora seja referência em campos como Oncologia, Pneumologia, entre outros, ocupa um lugar estigmatizado no imaginário popular paraense devido ao seu histórico de receber pacientes adoecidos por tuberculose e aids, o que leva a instituição a ser representada como o local onde estão isoladas as pessoas que padecem com doenças que causam horror ao social (Miranda, 2011).

Por outro lado, a enfermaria de Doenças Infecto Parasitárias (DIP), em especial a clínica junto aos pacientes internados por aids, vem sendo um espaço frutífero de investigações psicanalíticas no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará

²³ Título de uma matéria jornalística abordada no estudo de Miranda e Abreu Junior (2016) sobre a história do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB). Disponível em: <https://ojs.iec.gov.br/index.php/rpas/article/view/277>. Acesso: 11 out. 2022.

(PPGP/UFPA). Entre as dissertações disponíveis no site do referido programa²⁴, constam 10 trabalhos defendidos entre os anos de 2008 – 2022, cuja base teórica foi a teoria psicanalítica, para pensar questões referentes ao HIV/aids, sendo 8 desses trabalhos realizados na enfermaria do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), conforme está disposto no quadro 7.

Quadro 7 – Psicanálise e HIV/aids no HUJBB: panorama de dissertações defendidas no PPGP/UFPA.

Título	Autor e ano	Método	Conteúdo
Estudo psicanalítico sobre a feminização do HIV/aids com usuários do Hospital Universitário João de Barros Barreto	Lebrego (2008)	Estudo de caso clínico	A autora apresenta três casos clínicos de mulheres hospitalizadas atendidas para exemplificar como ideais culturais femininos produzem subjetividade e tornam mulheres vulneráveis ao HIV.
Nas trincheiras do combate, o abatimento: adicção e aids	Miranda (2011)	Estudo de caso clínico	Através de um caso clínico, o autor apresenta discussões teóricas sobre as metáforas da aids, a história do HUJBB/UFPA, bem como uma leitura psicanalítica da adicção.
HIV: da possibilidade à aceitação – terapeuta e paciente frente ao diagnóstico	Francês (2011)	Estudo de caso clínico	O autor articula, em um caso clínico, conceitos psicanalíticos freudianos como angústia, desamparo e trauma para refletir sobre o impacto do diagnóstico e a relação terapeuta-paciente no contexto hospitalar.
Ser portador de HIV/aids: reflexões sobre sexualidade feminina e ideais de Eu	Bacchini (2012)	Estudo de caso clínico	O estudo articula conceitos psicanalíticos como os ideais do Eu e a sexualidade feminina a um caso clínico de uma paciente hospitalizada no HUJBB/UFPA.
A pesquisa em psicanálise no hospital: corpos marcados pelo HIV/aids	Pinheiro (2013)	Método psicanalítico	A autora articula questões teóricas psicanalíticas como o narcisismo, o inquietante, o mal-estar e o corpo para pensar a relação entre marcas físicas e marcas psíquicas no contexto de internação hospitalar.
A sexualidade de mulheres vivendo com aids: contribuições da psicanálise	Flexa (2013)	Estudo de caso clínico	O estudo, a partir de um caso clínico conduzido no contexto ambulatorial do HUJBB/UFPA, aborda reflexões sobre a sexualidade feminina para a psicanálise e a feminização da aids.
Feminização da aids e sexualidade feminina na teoria freudiana	Sordi (2014)	Estudo de caso clínico	A autora aborda a teoria freudiana da sexualidade feminina e os estudos de gênero para refletir sobre um caso clínico conduzido no HUJBB/UFPA.
Compulsão à repetição na clínica psicanalítica com pessoas vivendo com HIV/aids em condição de hospitalização	Queiroz (2022)	Fragmentos de caso clínico	A autora analisa os movimentos autodestrutivos que pacientes internados realizam e reflete sobre a compulsão à repetição como a repetição de situações traumáticas.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados contidos no site do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (PPGP/UFPA).

²⁴ Disponível em: <https://www.ppgp.propesp.ufpa.br/index.php/br/>. Acesso: 10 out. 2022.

No que diz respeito aos temas mais abordados nos trabalhos em questão, destacam-se a feminização da aids (Lebrego, 2008; Sordi, 2014), a sexualidade feminina e os ideais do Eu (Bacchini, 2012; Flexa, 2013), as marcas da aids no corpo (Pinheiro, 2013), o traumático do diagnóstico e seu processo de aceitação (Francês, 2011), bem como questões mais específicas como a adicção (Miranda, 2011) e a compulsão à repetição na clínica da aids (Queiroz, 2022).

Pode-se observar que o HUIBB, sendo um hospital universitário, viabilizou um espaço de transmissão em psicanálise na universidade. Sobretudo no que tange a pesquisa psicanalítica com sujeitos hospitalizados por conta do HIV/aids, um ponto importante deve ser mencionado: a partir de 2001, a professora Dra. Ana Cleide Guedes Moreira²⁵ iniciou projetos de pesquisa no HUIBB e, em 2006, passou a dar enfoque à clínica psicanalítica junto dos pacientes internados com HIV/aids, estabelecendo um campo de pesquisa no qual inúmeras produções na interface entre psicanálise em instituições de saúde, psicopatologia fundamental e relações de gênero foram produzidas até 2017. Entre as dissertações apresentadas no quadro 7, a referida professora orientou 6 trabalhos, produzidos por pesquisadores vinculados ao Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental da UFPA.

A partir de 2017, o professor Dr. Breno Ferreira Pena²⁶ assumiu as atividades realizadas no HUIBB e, em 2018, passou a dar enfoque à hospitalização por HIV/aids como campo de pesquisa, pensando a operacionalização de conceitos psicanalíticos no contexto hospitalar, tais como trauma, angústia, fantasia, entre outros. Além de ter orientado uma das dissertações apresentadas no quadro 7, o referido professor também orientou a presente pesquisa.

Como se pode observar nos exemplos presentes no PPPGP/UFPA, as possibilidades de investigação de que a clínica do HIV/aids dispõe são inúmeras, com múltiplos enfoques de discussão, contudo, é válido ressaltar um aspecto encontrado em todos os trabalhos mencionados no quadro 7: os estigmas dos quais as pessoas que vivem com HIV são alvos, bem como tais estigmas produzem subjetividade e adoecimentos psíquicos para além dos padecimentos orgânicos já presentes. Em linhas gerais, pode-se dizer que os efeitos dos estigmas operam em um movimento de reforçar estados de vulnerabilidade e segregação aos sujeitos que são atravessados por eles (Goffman, 1981).

²⁵ Mais informações sobre a professora em questão e a sua produção acadêmica podem ser encontradas em seu currículo Lattes. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/9245673017553186>. Acesso: 12 nov. 2023.

²⁶ Mais informações sobre o professor em questão e a sua produção acadêmica podem ser encontradas em seu currículo Lattes. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/1587208433134328>. Acesso: 12 nov. 2023.

Fragmentos da fala de Romeu e também da de Pietro dão notícias a respeito dos ecos dos estigmas sobre o adoecimento por HIV/aids e, também, de suas reverberações a nível institucional. Se levarmos em conta que o trabalho do psicanalista, na instituição, dá-se mediante uma prática feita entre vários, e que, na série psíquica do paciente hospitalizado, a instituição também ocupa um lugar, temos em vista, então, dois possíveis fatores importantes a serem pensados no trabalho clínico-institucional (Nali, 2002; Abreu, 2008).

Entre as experiências relatadas na pesquisa clínica de Francês (2011), no que diz respeito às percepções do autor a respeito da DIP/HUJBB, era que a enfermaria em questão assumia representações negativas no discurso dos pacientes, de seus acompanhantes e, também, dos próprios profissionais de saúde. O famoso “terceiro leste”, que correspondia à localização geográfica da enfermaria, era representado: “O Terceiro Leste em nada difere das outras alas de enfermarias, no que diz respeito à estrutura física e de funcionamento, a não ser por um detalhe: é o lugar da aids no hospital” (Francês, 2011, p. 32).

Diante disso, um ponto importante deve ser mencionado: entre o estudo realizado por Francês (2011) e a presente dissertação, passaram-se mais de dez anos. Em minhas experiências clínicas, por exemplo, defrontei-me com um deslocamento geográfico da enfermaria, que não mais se restringia ao leste do hospital²⁷, bem como não escutei dos profissionais de saúde, falas carregadas diretamente das representações mencionadas por Francês (2011). Em alguns momentos, pude observar falas de tom disciplinar – “Você tem que levar a sério o seu tratamento”, por exemplo – todavia, isso me remeteu à forma como a lógica médica toma o paciente como um objeto. Narrativas carregadas de estigmas e preconceitos, pude escutar dos pacientes e não da equipe multiprofissional, o que pode apontar para algo positivo no que diz respeito ao cuidado em saúde.

No curso de minhas experiências clínicas na instituição, um fator que não tinha sido pensado durante a escrita do projeto de pesquisa para o processo seletivo do mestrado e, também, durante a maturação teórica do trabalho antes do início dos atendimentos hospitalares, ganhou evidência durante a vivência em campo e no exame de qualificação do mestrado: o contexto de saúde pública, ao passo de integrar os objetivos da pesquisa, levando em consideração o público atendido na instituição de saúde.

²⁷ Tal mudança se deu por conta da grande demanda de internações no período crítico da pandemia da COVID-19, o que levou a DIP a aumentar o número de leitos para a internação e, também, isolamento.

Em linhas gerais, o perfil de pacientes que, na época, estava sendo recebido com maior frequência consistia em pessoas advindas do interior do estado do Pará ou das periferias de Belém e da região metropolitana. Ao aprofundar mais a respeito do perfil dos pacientes que foram atendidos durante esse período, pude identificar que grande parte não tinha o ensino médio completo, eram trabalhadores informais e/ou dependentes de programas assistenciais do governo.

Por se tratar de uma instituição hospitalar, a dinâmica do contexto em questão se dá mediante a lógica da atenção especializada. De acordo com o que consta no site do Ministério da Saúde (2022)²⁸, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi organizada em níveis de atenção, visando promover maior resolutividade em seu fluxo. Dessa forma, foram estabelecidos, com a publicação da portaria 4.279 de 30 de setembro de 2010²⁹, três níveis de atenção: 1. Atenção primária; 2. Atenção secundária; 3. Atenção terciária. A organização do fluxo estabelece a atenção primária como a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), para que o usuário possa ser acolhido e, se necessário, encaminhado aos serviços especializados, contemplando os níveis secundário e terciário.

Essa circunscrição se mostra necessária para justificar, por exemplo, o encaminhamento que os pacientes receberam antes de serem hospitalizados no HUIBB. Por se tratar de um hospital de atenção terciária, o fluxo de internação não se configura enquanto um serviço de portas abertas. Muitos dos pacientes atendidos durante a coleta de dados da pesquisa, antes de serem internados, vieram referenciados da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que contempla os seus respectivos bairros. Isso se mostra como um ponto interessante, pois a UPA, dentro da rede de atenção à saúde, localiza-se na atenção secundária, ou seja, os pacientes já adentraram ao fluxo do SUS mediante uma situação de crise³⁰.

No que concerne à atuação no campo da saúde pública, o analista estará atravessado pelos princípios que organizam o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecidos pelas suas leis

²⁸ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso: 12 nov. 2023.

²⁹ Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso: 12 nov. 2023.

³⁰ Levando em consideração que o papel da atenção primária é a promoção e prevenção de saúde, e não necessariamente a recuperação como no caso da atenção especializada, isso demonstra um dado geral importante sobre os pacientes atendidos: muitos não procuravam a atenção primária para realizar testagem e, também, não conheciam a respeito da PREP e da PEP. Dito de outra forma, pôde-se observar que, no caso dos pacientes atendidos, a dimensão básica de prevenção já se encontrava fragilizada.

orgânicas: 1. Lei 8.080/90, que dispõe a respeito da organização do sistema de saúde³¹; 2. 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do serviço de saúde³². São três os princípios que fundamentam o SUS, sendo eles: 1. Universalidade; 2. Integralidade; 3. Igualdade³³.

A dimensão da saúde pública surgiu como um ponto importante a ser abordado para pensar a respeito da práxis do psicanalista em instituições de saúde, por fazer referência à criação de um sistema de saúde que funciona a partir de uma lógica própria, fator esse que irá compor a cena hospitalar na qual o analista estará inserido. Dessa forma, reconhecer e refletir sobre o contexto amplo que atravessa a sua prática – a saúde pública e o HIV/aids – se mostra não só como um passo importante à construção de um saber para subsidiar um dispositivo de escuta clínico-institucional, mas também como uma posição ética diante da pólis, ou seja, diante do cenário coletivo que marca as subjetividades de uma época.

A respeito disso, Laurent (2007) cunha o termo “analista cidadão”, referente à posição adotada pelo analista que reconhece a realidade em que atua e, diante dela, não recua. Tal concepção é contrária à ideia do analista enquanto um intelectual crítico, cujo objetivo principal é apontar o vazio e promover a desidentificação. Nesse sentido, o autor afirma que, para a entrada do analista em dispositivos de saúde mental, por exemplo, é necessária a realização de uma passagem:

Os analistas têm de passar da posição de especialistas da desidentificação para a de analista cidadão. Um analista cidadão no sentido que esse termo pode ter na moderna teoria democrática. Os analistas precisam entender que há comunhão de interesses entre o discurso analítico e a democracia, e precisam entendê-lo verdadeiramente! Há que se passar do analista reservado, crítico, a um analista que participa, a um analista sensível às formas de segregação, a um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora (Laurent, 2007, p. 143).

Questões como a que está destacada na citação acima correspondem a um movimento contemporâneo dentro da psicanálise, sobretudo quando uma interface com o campo social é proposta diretamente. Laurent (2007) aponta que o analista cidadão não opera com o silêncio,

³¹ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=L8080&text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso: 12 nov. 2023.

³² Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso: 12 nov. 2023.

³³ Posteriormente, enquanto um desdobramento do princípio da igualdade, passou-se a discutir sobre o termo “equidade”, que está ligado à garantia de direitos e justiça social. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/o-que-e-equidade>. Acesso: 13 nov. 2023.

pelo contrário, participa mediante um dizer silencioso, que corresponde a ideias distintas: embora o analista se implique na realidade em que está inserido, ele não se deixa levar por paixões imaginárias características da dinâmica grupal que cerceia as possibilidades de sentido. Dito de outra forma, mesmo que comprometido com a cidadania, o analista sustenta a sua função.

Voltolini (2018) se utiliza de tais contribuições contemporâneas e argumenta que, diante da pólis, ou seja, do campo das decisões, o analista não pode excluir suas contribuições à cidadania, todavia, não age enquanto um cidadão comum, visto que a pólis opera a partir de discursos avessos ao psicanalítico. Enquanto, no *setting* analítico, o princípio da abstinência faz sentido para manejar a transferência imaginária, na pólis, o posicionamento do analista cidadão não é abstinente.

Se “É na história e para história que responderemos” (Voltolini, 2018, p. 60), o estereótipo do analista desafetado, se encarnado, impossibilita sua atuação diante da pólis. Mas como a noção de analista cidadão poderia ser operacionalizada à atuação no contexto de saúde pública? Ora, anteriormente, muito se falou a respeito das diferenças entre a ética da psicanálise e a lógica médica no hospital, todavia, com a ampliação do conceito de saúde decorrente da reforma sanitária, outros saberes passaram a compor a cena hospitalar, sendo o Serviço Social um deles.

Se, pela lógica médica, o paciente pode ser tomado como objeto mediante práticas que visam a cura de forma objetiva, pela lógica assistencial, a abordagem pode ser conduzida mediante condutas baseadas na tutela do paciente. Diante disso, o analista reconhece a função das dimensões orgânica e psicossocial, mas aposta na escuta da verdade do sujeito, que se dá na singularidade de cada caso, visto que tais condições não são, necessariamente, impossibilidades de trabalho analítico (Dupim; Besset, 2014).

Realizando um recorte no cuidado em saúde de pessoas que vivem com HIV/aids, a subseção anterior apresentou que a história da epidemia pode ser dividida a partir das nomenclaturas utilizadas nos estudos epidemiológicos, desde nomenclaturas obsoletas como “grupos de risco” ou “comportamentos de risco”, passando para termos mais flexíveis como “vulnerabilidade”, até termos ambíguos como “populações-chave”. A questão central é que a lógica do sistema de saúde opera a partir da análise de determinantes de saúde, o que oferece dados à criação de políticas públicas de saúde. Não à toa, existe o Departamento de HIV/aids,

Tuberculose, Hepatites virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis³⁴ e, mais especificamente no campo da Psicologia, o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) publicou diretrizes para a atuação do profissional nesse campo³⁵.

Retomando o momento de coleta de dados, pude escutar, dos pacientes, muitas preocupações sobre o que aconteceria após a alta hospitalar, sobre o tempo de repouso que seria necessário antes do retorno às atividades de trabalho. Em um primeiro momento, pensei “*Bom, essas falas localizam dimensões concretas da vida, sem dar tanto espaço à dimensão emocional. A implicação subjetiva seria a necessidade mais urgente nessas situações?*”, todavia, a partir das supervisões, análise pessoal e dos estudos teóricos, passei a me questionar: 1. O que eu entendia por implicação subjetiva? 2. Essa divisão entre dimensão concreta e dimensão emocional corresponderia a algo psicanaliticamente orientado? Cheguei, então, à conclusão de que, talvez, aquilo estivesse sendo uma resistência minha enquanto analista.

Levando em consideração que a atuação no campo da saúde pública implica o cuidado de pessoas em situação de vulnerabilidade social, não podemos tomar o significante “vulnerabilidade” de forma uniforme, o que configuraria uma compreensão imaginária do contexto e, também, dos sujeitos usuários do SUS, ou seja, a vulnerabilidade se mostra de forma particular em cada caso e ela não impossibilita a realização de uma escuta analítica. Nesse sentido, a noção de analista cidadão surgiu como um operador conceitual importante, visto que “[...] é preciso recordar que não se deve tirar de alguém sua particularidade, a fim de misturá-lo com todos no universal, em razão de algum humanitarismo ou qualquer outro motivo” (Laurent, 2007, p. 145).

A vulnerabilidade social evidenciada nas narrativas dos pacientes, embora dê notícias da fragilidade no acesso aos direitos básicos, não os destitui dos seus lugares de sujeitos de desejo, de suas singularidades. Embora a saúde corresponda a um direito fundamental garantido na Constituição Federal, sendo essa a prerrogativa à criação de um sistema de saúde universal, integral e equânime, o cuidado em saúde não pode ser realizado de forma destituída das particularidades dos sujeitos que o acessam.

Dessa forma, tomar a implicação subjetiva de forma rígida como o movimento no qual o sujeito elabora uma questão sobre o seu sofrimento, talvez, invisibilizaria outros movimentos

³⁴ O departamento em questão possui uma plataforma oficial, na qual são publicadas todas as informações referentes ao tema. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br>. Acesso: 13 nov. 2023.

³⁵ Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/crepop-atuacao-em-programas-e-servicos-de-ist-hiv-aids/>. Acesso: 13 nov. 2023.

singulares de trabalho psíquico? Ora, não é porque o paciente ainda não elabore uma questão de análise, que ele não esteja trabalhando psiquicamente com os recursos de que dispõe, em sua temporalidade, para tomar o acontecimento de sua doença e de sua hospitalização e transformá-los em uma experiência subjetiva. Isso se mostra como uma outra importante implicação ao manejo da transferência no contexto hospitalar.

Em um primeiro contato com o paciente, possivelmente, perguntas do tipo “como é isso pra você?”, “como você se sentiu diante disso?”, causariam certo estranhamento aos sujeitos. Todavia, a aposta do analista cidadão versa em sustentar que, mesmo em uma situação de vulnerabilidade social e de adoecimento orgânico, há um sujeito singular que pode falar sobre si. Laurent (2007) também afirma que os ecos dessa postura reverberam em uma comunicação diferenciada do que o analista recolhe de sua escuta, ou seja, a sua transmissão. No campo da saúde, por exemplo, ao assumir tal postura, o analista também apostará na transmissão disso à equipe multiprofissional, levando em conta a vertente institucional da sua atuação (MORETTO, 2019a).

Retomando o aspecto acadêmico do hospital, um outro ponto pode ser mencionado: ao observarmos os títulos dos trabalhos apresentados no quadro 7, podemos identificar que quatro das oito dissertações abordam a temática pela via do recorte de gênero, fazendo referência a uma discussão que surgiu a respeito de certa vulnerabilidade de mulheres à infecção pelo HIV, levando em consideração os ideais de feminilidade e os papéis sociais de gênero (Lebrego, 2008; Bacchini, 2012; Flexa, 2013; Sordi, 2014).

Nesse contexto, pode-se pensar no movimento de que produzir estudos, promover espaços de discussão de caso clínicos em laboratórios de pesquisa e viabilizar a formação acadêmica crítica também podem ser ecos, na universidade, da função do analista cidadão, colocando-se a trabalho, levando em consideração o contexto no qual se está inserido, partindo da singularidade de cada caso, sem recair em generalizações imaginárias.

No caso das pesquisas psicanalíticas sobre a feminização da aids realizadas no HUIBB, pode-se observar leituras singulares – levando em consideração que os trabalhos foram realizados a partir da escuta clínica dos pesquisadores - sobre um fenômeno que é tomado de forma ampla pelos estudos epidemiológicos e pela análise dos determinantes de saúde. Isso nos dá notícias do que se pode comunicar, pela via do fazer acadêmico, sobre o que pode um analista na saúde pública.

E, no que diz respeito à dimensão clínica propriamente dita, no atendimento dos sujeitos hospitalizados, quais efeitos isso teria? De saída, podemos afirmar que a função de analista cidadão viabiliza que o analista não se deixe levar pelos efeitos imaginários dos estigmas em relação ao HIV/aids e à instituição hospitalar, bem como pelos ideais humanitários em saúde, mas siga apostando em aberturas na fala do paciente, para que ele próprio se descole disso e possa produzir seus significantes: entre representações sociais do HIV/Aids, do hospital e as perspectivas imaginárias sobre a sua própria história de vida, o que o sujeito adoecido tem a dizer sobre si?

Ou seja, trata-se de uma sustentação ética realizada pelo analista, que se adapta ao contexto institucional e sua dinâmica. Como especificidades institucionais da vertente clínica, conforme Moretto (2019b) menciona, tem-se que o tratamento psicanalítico, no hospital, é circunscrito nas entrevistas preliminares. Dessa forma, levando em consideração a discussão realizada até aqui, poderíamos pensar em possíveis implicações à realização das entrevistas preliminares no hospital público, levando em conta o manejo da transferência? É nisso, então, que o capítulo a seguir se debruça.

5 A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS PRELIMINARES NO HOSPITAL: QUESTÕES SOBRE O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA

Neste capítulo, são apresentadas discussões teóricas sobre o manejo da transferência na hospitalização, utilizando dos pontos basilares apresentados no tópico anterior. Entretanto, diferentemente do que foi abordado sobre os processos psíquicos que acontecem para a transferência se estabelecer, deu-se enfoque em sua operacionalização no contexto hospitalar, mais especificamente sobre a função da transferência na realização das entrevistas preliminares, na escuta de pacientes internados na instituição de saúde pública.

Para tanto, os argumentos teóricos presentes no capítulo foram subsidiados nos pressupostos técnicos de Freud, nos escritos lacanianos intitulados “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” ([1958] 1998), “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na escola” ([1967] 2003), no seminário “O saber do Psicanalista” ([1971-1972] 1997), bem como em contribuições de comentaristas contemporâneos sobre a técnica psicanalítica (Quinet, 1997) e sua aplicabilidade no hospital (Simonetti, 2018; Moretto, 2019a ,b).

Além disso, levando em consideração o contexto de saúde pública, o capítulo resgata questões teóricas sobre os ecos da função do analista na instituição, sustentando que a realização

das entrevistas preliminares também é atravessada por isso, pela vertente institucional da função do analista no hospital. Dessa forma, enquanto a primeira subseção retoma perspectivas freudolacanianas clássicas sobre as entrevistas preliminares no *setting* clássico, a segunda, aposta em outras implicações para a sua realização no contexto hospitalar. Nesse sentido, alguns fragmentos de caso clínico foram utilizados para possíveis elucidações.

5.1 Remontando perspectivas clássicas sobre as entrevistas preliminares

Em linhas gerais, as entrevistas preliminares correspondem, no ensino lacaniano, ao que Freud denominou como “tratamento de ensaio” em seu texto “Sobre o início do tratamento” (1913). Conforme apresentado, trata-se de um período probatório anterior à entrada em análise, contudo, que funciona paradoxalmente como ela. Em Freud ([1913] 2018), a realização do tratamento de ensaio estava diretamente ligada à permanência - ou não - do paciente em análise. Além disso, em aspectos diagnósticos, o tratamento de ensaio teria a função de averiguar as possibilidades de tratamento a serem oferecidas ao paciente que procurasse pela análise, levando em consideração que, naquela época, não se concebia um processo analítico com os sujeitos psicóticos, o que se deu como um desdobramento no ensino lacaniano.

Entre outros aspectos mencionados por Freud ([1913] 2018), de forma transversal a esse período probatório de trabalho psíquico, constam a frequência de atendimentos realizados e o valor simbólico que o pagamento pelas sessões exerce em um movimento de dupla via: por um lado, convoca o sujeito a se implicar com o seu tratamento e, ao mesmo tempo, oferece pistas ao analista a respeito da dimensão subjetiva do paciente refletida na sua relação com o dinheiro.

Lacan ([1971-1972] 1997, p. 27) afirma que as entrevistas preliminares são essenciais à análise, visto que “Não há entrada possível em análise, sem entrevistas preliminares”. De acordo com Quinet (1991), esse período probatório de trabalho psíquico é equivalente à análise por acontecer mediante a associação livre do paciente, contudo, difere dela pois se trata do momento de estabelecimento do diagnóstico clínico estrutural. Dito de outra forma, tal período é um momento de estabelecimento dos pilares que sustentarão a análise que poderá começar posteriormente e, mesmo que as entrevistas preliminares não correspondam à realização de uma análise propriamente dita, ainda assim, elas têm seus efeitos subjetivos.

Um ponto importante a ser mencionado, observado durante a pesquisa teórica, é que as entrevistas preliminares não são abordadas, no ensino lacaniano, de forma sistematizada em textos específicos. Em contrapartida, é possível encontrar, na argumentação de teóricos

contemporâneos como Quinet (1991), tentativas de realizar tal sistematização. No que tange a isso, o autor, então, destaca três funções das entrevistas preliminares, a saber: 1. Função sintomal (sinto-mal), 2. Função diagnóstica; 3. Função transferencial. Essas funções são balizadores da direção desse momento do tratamento analítico, sendo importantes ao corte realizado como início de uma análise propriamente dita. Ou seja, pode-se pensar sobre as entrevistas preliminares como a pedra de suporte sobre a qual um processo analítico é erguido. Dessa forma, trata-se de um momento em que esses três fundamentos, que correspondem às funções, precisam ser estabelecidos.

A primeira, função sintomal, corresponde à transformação da demanda que comparece em primeiro plano. Quinet (1991) ressalta que a demanda que surge em primeiro momento não deve ser aceita em um estado bruto, mas precisa ser questionada, transformada em um sintoma analítico de fato, o que decorre de um trabalho de elaboração por parte do paciente. Em outras palavras, quando o paciente procura por um analista, traz o seu sintoma banhado por significados já presentes, o que constitui a primeira demanda.

Diante disso, o analista questiona o sintoma, apostando em um deslocamento dos significados aos significantes, ou seja, às posições de gozo a que ele pode fazer referência, sustentando o valor de verdade do sujeito (Lacan, [1971-1972] 1997). Esse processo de reposicionamento implica o sujeito e o seu desejo, por isso não é realizado sem trabalho psíquico do paciente, nem sem o manejo do analista. Para Carneiro, Pena e Cardoso (2016), é disso que se trata o “que queres?” (*che vuoi?*) nas entrevistas preliminares. Tal movimento de questionar a demanda colocada reverbera na divisão do sujeito e sua histericização, o que abre espaço para elaborações psíquicas, para a construção de um sintoma analítico e, por conseguinte, uma demanda de análise.

Além dessa, tem-se a função diagnóstica das entrevistas preliminares. Tal diagnóstico difere do realizado pela Psiquiatria, pois não opera apenas pela observação de sinais e sintomas, pelo contrário, dá enfoque à dimensão estrutural do discurso, reconhecendo que o sintoma faz referência ao Outro. Portanto, não se pode pensar o diagnóstico psicanalítico fora do campo transferencial, visto que o analista ocupa o lugar de Outro ao sujeito, para o qual ele direcionará as suas demandas (Quinet, 1991).

Dessa forma, o analista precisa ter dois balizadores no seu horizonte, durante a sua escuta: a estrutura e o tipo clínicos. Ao retomar os pressupostos freudianos sobre o início do tratamento, observa-se que a preocupação quanto ao diagnóstico, para Freud ([1913] 2018),

estava diretamente relacionada a uma suposta possibilidade de cura decorrente do tratamento analítico aos neuróticos, contudo, nesse primeiro momento, a psicanálise não era indicada às parafrenias (psicoses).

É nessa lacuna, então, que Lacan insere algumas de suas contribuições. A análise de pacientes psicóticos é possível, mas não é regida sob a lógica fálica, a castração e o Nome-do-Pai, operadores importantes da constituição do sujeito na neurose e na perversão, por exemplo. Quinet (1991) ressalta que o que caracteriza uma estrutura é a maneira como o sujeito faz frente ao Nome-do-Pai, representante da castração: 1. Na neurose, o recalque, que retorna simbolicamente como sintoma; 2. Na perversão, a denegação, que retorna simbolicamente como fetiche; 3. Na psicose, a forclusão, que retorna como automatismo mental no real³⁶.

Estabelecendo limites ainda mais específicos em relação às estruturas, têm-se os tipos clínicos como marcadores do tratamento. Na neurose, por exemplo, abrem-se duas especificidades: a histeria e a neurose obsessiva, sendo que cada uma corresponde a uma posição diante do Outro, ora como um Outro furado (histeria), ora como um Outro absoluto (neurose obsessiva). Diante disso, o diagnóstico serve à direção do tratamento, por demarcar justamente a posição subjetiva do sujeito, fazendo referência aos caminhos do seu desejo e seus modos de gozo. Por conseguinte, o diagnóstico dá notícias das especificidades transferenciais que cada sujeito estabelece durante o processo de análise, caminhando entre demanda e desejo.

Como terceira função das entrevistas preliminares, tem-se a transferência. Como já mencionado no capítulo três, especificamente no que tange à argumentação lacaniana, não há transferência sem suposto saber. Nessa formulação, então, Lacan ([1967] 2003, p. 253) afirma que o suposto saber é “o eixo pelo qual se articula tudo o que acontece com a transferência”. Nesse sentido, o que está em movimento na transferência é o saber sobre o que acomete o sujeito, saber este que é dinâmico em análise, mas que pode também ser suposto ao analista.

Um ponto importante mencionado por Lacan ([1967] 2003) é a torção que o termo “suposto” exerce sobre a transferência. O que acontece via transferência não opera de um sujeito para outro sujeito, mas de um sujeito para com o saber. Nesse sentido, o suposto saber dá notícias de um significante que representa para outro significante, um significante qualquer (Sq), conforme a ilustração a seguir demonstra (Figura 3).

³⁶ A discussão sobre as estruturas, os tipos clínicos e seus processos de constituição é somente mencionada a título de demarcação no que diz respeito à função diagnóstica nas entrevistas preliminares em psicanálise no hospital. Dessa forma, a investigação dos pormenores quanto a temática não é central para o capítulo.

Figura 3 – Esquema representativo da transferência.

$$\frac{S \longrightarrow S^q}{s (S^1, S^2, \dots S^n)}$$

Fonte: Lacan ([1967] 2003).

A fórmula apresentada acima é utilizada por Lacan em seu escrito “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na escola”, para falar sobre o suposto saber que está em jogo na transferência, o que caracteriza por excelência o início da psicanálise. Na primeira linha do esquema, tem-se o sujeito (S) implicado com um significante dito qualquer (S^q), configurando o momento que antecipa suas suposições. Logo abaixo, pode-se identificar um primeiro significante do sujeito resultante (s) e o saber implicado supostamente presente (S¹, S²,... Sⁿ), que faz ligação ao que está no inconsciente.

Evidentemente, como demonstra Lacan ([1967] 2003), na materialidade, a cena analítica é composta por um par (o analisando e o analista), contudo, essa só pode se desenvolver de fato quando um terceiro agente passa a operar entre essa dupla: o suposto saber que exerce inspiração no psicanalisante, não tendo a ver necessariamente com a pessoa do analista. Nesse contexto, como explica Quinet (1991), o sujeito não está dado de saída na análise, mas é produzido pelo analisante em associação livre, pois diz respeito ao seu saber inconsciente, do qual o analista nada sabe em um primeiro momento. Eis, então, a primazia da postura clínica em psicanálise: uma nova leitura realizada em cada caso.

Carneiro, Pena e Cardoso (2016) evidenciam o lugar essencial que a transferência detém nas entrevistas preliminares, visto que tanto a elaboração de um sintoma analítico quanto o estabelecimento do diagnóstico em psicanálise, dão-se sob transferência. É a transferência, então, que constitui o ponto de partida de um trabalho analítico e, também, viabiliza a estratégia do seu direcionamento (Lacan, [1958] 1998).

Estratégia e direcionamento? O que isso teria a ver com a transferência? Em seu escrito intitulado “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, Lacan ([1958] 1998) sistematiza três operadores da ética da psicanálise, que se fazem presentes no tratamento

psicanalítico: 1. A política do falta-a-ser; 2. A estratégia presente na transferência; 3. A tática como interpretação. Cada um dos operadores atua em uma dimensão e possui certa margem de flexibilidade ou não, visto que a política é inegociável, a estratégia tem flexibilidade intermediária e, na tática, o analista encontra maiores possibilidades de manobra.

Centremos o foco na estratégia, que é a transferência, já que ela é o tema central deste estudo. A estratégia, nesse contexto, é uma forma de materializar a política que está por detrás da operação. É por isso que a estratégia, mesmo que de forma intermediária, ainda oferece flexibilidade ao manejo do analista, levando em conta que ela diz respeito ao estabelecimento da pretensa situação analítica. Sem transferência, não há análise e isso é uma máxima nas entrevistas preliminares realizadas dentro do consultório e fora dele. A transferência é o que possibilita ao analista operar intervenções estruturais na cadeia significativa do seu analisante, todavia, se mal posicionado, o que emerge em transferência pode colocar o analista em situações nas quais ele fraqueja em sua política.

Para que isso não aconteça, o que garante à estratégia sustentar a política do falta-a-ser? Nesse contexto, então, um importante operador clínico à direção do tratamento psicanalítico foi encontrado na pesquisa teórica: o desejo do analista. Para Lacan ([1967] 2003, p 254), embora o saber seja suposto e não necessariamente tenha a ver com a pessoa do analista, esse ainda assim precisa se situar diante dele: “Isso não autoriza o psicanalista, de modo algum, a se dar por satisfeito com saber que nada sabe, pois o que se trata é do que ele tem de saber”.

Algo importante mencionado por Lacan ([1967] 2003) e retomado por Quinet (1991) é que a transferência parte do analisante, não é motivada pelo analista. Nesse jogo, o que cabe ao analista, de fato, é saber utilizar da transferência, estar disponível e implicado em seu manejo. Essa argumentação que está representada, portanto, no que Quinet denomina como “algoritmo da transferência” e/ou “matema da entrada em análise”, presente na proposição lacaniana (Figura 3). Nota-se que, com a formulação lacaniana sobre a entrada em análise, a concepção de transferência adquire uma profundidade conceitual bem mais consistente no que diz respeito à função do analista diante de seu manejo. No tocante a isso, Miller (1987, p. 60) comenta:

[...] não há exterioridade do analista com relação ao inconsciente. Evidentemente, se se imagina que o inconsciente é algo que está em algum lugar no paciente, e se pensa que o psicanalista está ao lado, separado por uma pequena distância, que está aí em sua poltrona, com suas diferentes preocupações, seu corpo que incomoda, suas costas que doem, seu peso que ele cuida, é evidente que esse analista não tem nada a ver com o inconsciente que, supõe-se, está escondido no paciente.

Ora, a transferência ocorre dentro e fora do contexto analítico, mas é o analista que a reconhece e a instrumentaliza para o trabalho. Portanto, como explica Miller (1987), o significante “analista” assume um lugar entre as manifestações do inconsciente do sujeito e, já no fato de que o analista oferece escuta ao sujeito, esse já exerce uma pressão sobre o inconsciente. A partir disso, então, entende-se que o estereótipo de analista “desafetado” não corresponde ao que opera clinicamente de fato no inconsciente. A presença, portanto, mostra-se como um componente fundamental. Dito de outra forma, o analista, para sustentar o seu ofício, precisa pagar um preço (Lacan, [1958] 1998).

No trabalho de entrevistas preliminares, já que ele se trata de um período anterior à entrada em análise, de recolhimento de informações para a direção do tratamento, já poderíamos pensar em efeitos analíticos? Sim. Para Quinet (1997, p. 34), trata-se da retificação subjetiva, uma espécie de interpretação do analista, que introduz a dimensão ética da psicanálise em relação ao desejo, responsabilizando o sujeito pela escolha de sua neurose: “A retificação subjetiva aponta que, lá onde o sujeito não pensa, ele escolhe; lá onde pensa, é determinado, introduzindo o sujeito na dimensão do Outro”. Por fim, segundo Carneiro, Pena e Cardoso (2016), o efeito de retificação subjetiva consiste, também, em localizar o sujeito diante da sua realidade subjetiva, o que se mostra importante à atuação do psicanalista no hospital, conforme é demonstrado mais adiante.

Em síntese, os principais pontos abordados nesta subseção dizem respeito ao diagnóstico psicanalítico, ao enquadre do processo de análise (frequência e pagamento), à elaboração de um sintoma analítico, ao diagnóstico estrutural, à transferência e à entrada em análise. Tais pontos fazem referência às contribuições teóricas clássicas a respeito das entrevistas preliminares e são norteadores à prática realizada em meu consultório particular, por exemplo, onde disponho de um espaço organizado, com horários pré-agendados mediante a solicitação dos pacientes, pagamentos realizados pelas sessões diretamente e a possível continuidade do tratamento a longo prazo.

Todavia, ao adentrar no contexto hospitalar, em saúde pública, deparei-me com um outro contexto: enfermarias divididas entre quatro pacientes, a presença do adoecimento orgânico estigmatizado como agente de sofrimento, um trabalho realizado tanto nos atendimentos clínicos quanto em contatos multiprofissionais, o atravessamento direto e indireto da lógica médica no cotidiano, a própria dinâmica institucional e um perfil de pacientes diferente do qual eu costumo receber, geralmente, em meu consultório particular.

Foi a partir de tais atravessamentos que comecei a refletir sobre a construção de uma via de trabalho psicanaliticamente orientada no contexto de saúde pública, no cuidado em saúde às pessoas que estão hospitalizadas com HIV/aids, tomando como referência a literatura apresentada até aqui e, sobretudo, as minhas vivências dentro do hospital geral no qual realizei a coleta de dados. De saída, então, temos: 1. A transferência é o que possibilita o trabalho do psicanalista em instituições; 2. O trabalho em questão é circunscrito na realização das entrevistas preliminares; 3. A instituição tem especificidades em sua dinâmica; 4. O contexto de saúde pública implica outras especificidades que o analista precisa levar em conta; 5. A história do HIV/aids é marcada por estigmas que são agentes de sofrimento psíquico e produtores de resistência ao tratamento psicanalítico. Diante disso, como (re)pensaríamos a realização das entrevistas preliminares nesse campo, levando em consideração que o seu fio condutor é o manejo da transferência? É sobre isso que a subseção a seguir se debruça.

5.2 Possíveis implicações à realização das entrevistas preliminares no hospital

Se é a transferência que garante o trabalho do psicanalista no hospital, é porque os personagens da cena hospitalar compõem, também, a cena psíquica dos pacientes hospitalizados, o que reverbera em seus familiares/acompanhantes e, inclusive, na própria equipe multiprofissional. No hospital, como elucida Simonetti (2018), o analista deve estar preparado para um contexto de desencontros. Em certa medida, a diferença de *setting* e o trabalho multiprofissional foram os atravessamentos institucionais que mais me chamaram a atenção durante a minha prática clínico-institucional no hospital.

Embora eu já tivesse tido experiências de escuta em um modelo de clínica ampliada, sobretudo mediante plantão psicológico, o que me possibilitou realizar escuta em contexto de atenção básica à saúde, em ações sociais à beira do rio e em instituições de forma geral, o primeiro contato com o ambiente hospitalar foi marcado por um sentimento de estranhamento, principalmente pelo adoecimento orgânico se mostrar em primeiro plano nas falas dos pacientes e, sobretudo, em seus corpos.

Pois bem, o contexto de hospitalização, atravessado pelas contingências institucionais mencionadas no quarto capítulo da dissertação (temporalidade, lógica médica, equipe multiprofissional, demanda orgânica em primeiro plano, entre outras) convoca reflexões à realização das entrevistas preliminares nesse contexto. Para sistematizar as possíveis

implicações, retomemos, então, as três funções das entrevistas preliminares, de Quinet (1997): 1. Sintomal; 2. Diagnóstica; 3. Transferencial.

De acordo com Moretto (2019b), se o paciente, durante as entrevistas preliminares no hospital, elaborar uma questão de análise, o objetivo do psicanalista no hospital já foi alcançado. Ou seja, a função sintomal nas entrevistas preliminares também comparece na atuação do psicanalista no hospital, todavia, nesse processo, a relação do sujeito com a sua doença precisará ser escutada, pois sua narrativa de sofrimento comunica algo a respeito da sua posição subjetiva e das demandas que ele endereça ao Outro, conforme será exemplificado mais adiante. Em linhas gerais, se o sujeito se descolar de uma ênfase estritamente dada ao orgânico e, de alguma forma, comparecer com a sua subjetividade à cena, o objetivo do psicanalista no hospital foi alcançado.

Já no que diz respeito à função diagnóstica nas entrevistas preliminares, cujos fatores a serem investigados são primeiramente a estrutura e, em seguida, o tipo clínico, uma reflexão se mostra necessária. Em um contexto de hospitalização no qual a temporalidade cronológica é um atravessamento institucional presente, essa investigação seria possível igualmente a como é apresentado nas teorizações clássicas? Evidentemente, isso precisa ser investigado no caso a caso, pois não há um tempo mínimo ou máximo de trabalho para que a estrutura e o tipo clínico do sujeito sejam circunscritos.

Simonetti (2018) comenta que o tempo no hospital é influenciado pela temporalidade médica e administrativa, que consideram as consequências de manter o paciente hospitalizado por muito tempo. Mesmo que em um contexto público, como se trata o recorte da presente pesquisa, prolongar a hospitalização de um paciente é institucionalmente oneroso, bem como aumenta os riscos de infecção hospitalar. Ao mesmo tempo, é necessário lembrar que, por vezes, há uma fila de espera de pessoas que estão no aguardo por leitos vagos, para que elas possam ser internadas. Não obstante, pude escutar relatos de pacientes que esperaram durante semanas, no pronto socorro, por exemplo, para serem encaminhados ao hospital de referência.

Nesse contexto de pressa, teríamos tempo de investigar aspectos tão específicos tais quais a estrutura e o tipo clínico do sujeito? De certa forma, em alguns casos, podemos ter notícias de algo já nos primeiros atendimentos, todavia, isso não se mostra uma regra. Sendo assim, como podemos ver em Moretto (2019b), a temporalidade da instituição pode ser um entrave, mas não podemos tomá-la como algo que inviabiliza o trabalho analítico, pelo contrário, é necessário seguir apostando que, no tempo de que dispomos, algo do sujeito poderá emergir.

Para além de questões estruturais, o que se pode observar em um primeiro plano na escuta de sujeitos hospitalizados é a relação que o paciente tem com o seu corpo adoecido, sendo tal relação presente para com a equipe de saúde. O trabalho do analista, então, é viabilizar que isso se transforme em uma narrativa a ser escutada e, daí, uma demanda de análise seja formulada, ou seja, isso também diz respeito à função sintomal das entrevistas preliminares. Moretto (2019a), sem ter o objetivo de estabelecer critérios diagnósticos, circunscreveu de forma didática, quatro tipos de narrativas de sofrimento presentes no contexto de instituições de saúde (Quadro 8).

Quadro 8 – Narrativas de sofrimento.

Tipo	Descrição
Narrativa de sofrimento do informante	Trata-se de uma narrativa sem história, sem sujeito, composta apenas por informações objetivas, destituídas de implicação. Nesse caso, o que é observado corresponde a uma fala que antecede a própria formulação de uma queixa, embora isso não implique a ausência de sofrimento por parte do paciente. Ao escutar esse tipo de narrativa, um movimento de indiferença pode ser percebido por parte do sujeito em relação aos seus sintomas.
Narrativa de sofrimento do fracassado	Envolta por culpa e vergonha, tal narrativa faz referência a movimentos de alienação e submissão aos ideais sociais e evidencia um fracasso em correspondê-los. Nesse caso, o sujeito mostra dificuldades em se posicionar criticamente ou realizar uma virada analítica diante de sua queixa. Dessa forma, o paciente direciona uma demanda aos profissionais de saúde, para que eles o ajudem a corresponder melhor aos ideais sociais.
Narrativa de sofrimento do ressentido	O sujeito cuja narrativa de sofrimento aponta para uma posição subjetiva de ressentimento evidencia a dificuldade de sustentar uma posição desejante. Nesse sentido, o sujeito delega a um Outro o trabalho de decidir e desejar por ele. Dessa forma, a relação desse sujeito e seu Outro é ambivalente, marcada por demandas de reconhecimento e sentimento de vingança.
Narrativa de sofrimento do adoecido	Tal narrativa de sofrimento evidencia um movimento de identificação do sujeito para com a sua doença, denunciando ganhos secundários decorrentes desse movimento de identificação. Trata-se de um sujeito que vivencia sua experiência de sofrimento mediante intensas manifestações corporais, sendo sua doença a sua forma de estar no mundo ao assumir a posição de objeto à lógica médica.

Fonte: elaborado pelo autor a partir de Moretto (2019a).

Parte-se do pressuposto de que uma modalidade de narrativa de sofrimento faz referência a uma posição subjetiva refletida na relação do sujeito com a sua doença, com a sua família, com a instituição, com a equipe de saúde e, também, com o psicanalista, o que dá notícias da transferência. Moretto (2019a) afirma que essas categorias não se excluem, mas se sobrepõem, sendo o corpo a principal via de manifestação do sofrimento. Diante de cada uma delas, a aposta do analista é sustentar um espaço para que tais narrativas, destituídas de implicações subjetivas, realizem uma virada discursiva.

Como tais narrativas de sofrimento são escutadas no contexto hospitalar? Nesse sentido, o processo não seria diferente em relação ao *setting* tradicional: é mediante a escuta clínica, operada em duas vias: 1. Associação livre (o paciente é convidado a falar sobre si); 2. Escuta flutuante (o analista oferece a sua escuta sem dar enfoque a temas específicos, marcando falas que podem dizer algo do inconsciente). Esse é o ponto de partida do trabalho do psicanalista de forma geral, o de convidar o paciente a falar.

Possivelmente, como aponta Simonetti (2018), nesse processo, inicialmente o paciente talvez dê enfoque ao seu adoecimento orgânico, o que é esperado em certa medida. Todavia, esse movimento não pode partir do analista, visto que sua escuta precisa ser flutuante, sem manter o adoecimento orgânico como tema central a ser falado. Além disso, não cabe ao analista interpretar o sentido da doença orgânica do paciente e comunicá-lo ao sujeito, pelo contrário, o analista precisa sustentar o espaço para que o sujeito, mesmo que comece falando sobre o seu adoecimento orgânico, possa se deslocar por outras trilhas associativas e passe a falar de outros aspectos da sua vida para, a partir disso, fazer as suas viradas discursivas.

Interpretar o sentido da doença e comunicá-lo ao paciente seria uma interpretação pela via do imaginário, de ego para ego, conforme critica Lacan ([1953-1954] 2009). Diga-se de passagem, esse tipo de intervenção, diante das narrativas de sofrimento, não é favorável a uma virada discursiva e, por conseguinte, à elaboração de um sintoma analítico e à produção de saber inconsciente, visto que, nessa situação, o saber estaria do lado do analista e não do sujeito hospitalizado. Dito de outra forma, ainda usando dos pressupostos de Lacan ([1953-1954] 2009), isso diria respeito à produção de palavras vazias, destituídas de saber inconsciente.

Além disso, em primeiro plano, a transferência mais imediata estará relacionada ao saber médico, levando em consideração que a figura do médico é tomada como a principal no cenário hospitalar. Diante disso, o analista precisará saber se posicionar e sustentar a oferta de escuta até que uma transferência analítica se estabeleça. Por outro lado, a entrada do psicanalista na cena pode não se dar necessariamente pelo contato direto com o paciente, mas com algum acompanhante ou, até mesmo, por solicitação médica. A questão mais importante, então, é que o analista opere a sua função quando a oportunidade aparecer, pela via que se fizer possível (Simonetti, 2018).

Retornando às narrativas de sofrimento apresentadas no quadro 8, não se deve perder de vista os atravessamentos institucionais e é preciso reconhecer que as narrativas de sofrimento fazem referência a eles. Uma elucidação importante é feita por Moretto (2019a), a respeito da

relação entre o sujeito cuja narrativa de sofrimento é a do informante e os profissionais de saúde atravessados pela lógica médica e seu zelo pela objetividade no diagnóstico clínico. Se a objetividade no fazer em saúde, baseada na lógica médica, exclui a subjetividade, nada mais correspondente do que um sujeito que apenas informa sobre os seus sintomas, sem fazer deles qualquer queixa e, muito menos, uma demanda de análise.

Entre minhas experiências clínicas no hospital geral onde a coleta de dados foi realizada, tive a oportunidade de conhecer um paciente proveniente da capital paraense. Utilizaremos o codinome Tarcísio para preservar sua identidade. O paciente, no momento de sua internação, tinha entre 40 - 45 anos, era trabalhador informal e, durante um dia de trabalho, foi acometido por um mal-estar súbito que o impediu de seguir em suas atividades e o levou a procurar por uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde ficou internado e em um estado de quase coma, devido ao agravamento de sua condição. Segundo Tarcísio, nesse momento, **“ele morreu e voltou à vida”** (sic). Posteriormente, o paciente foi encaminhado à internação hospitalar, quando recebeu a oferta de escuta analítica. Em um primeiro momento, o paciente falou da sua situação, contudo, não mencionou a respeito do HIV e também não aprofundou em outros aspectos da sua história.

Tal “desconhecimento”, se pudesse nomear assim, gerou-me certa desconfiança. Como alguém não teria histórias para contar? Sobretudo em um contexto de internação hospitalar e todas as mudanças que ele provoca na vida do sujeito, o que poderia estar acontecendo para que Tarcísio se colocasse de forma alheia a isso? Embora eu buscasse convocar a sua fala, eis a sua resposta: **“Eu não tenho mais histórias. Só que eu quase morri e agora tô aqui [...] Fale com a minha irmã, ela sabe de tudo o que aconteceu e vai contar a história pra você”** (sic).

Tendo em vista que a oferta da escuta analítica se deu mediante busca ativa no hospital, ou seja, não partiu de uma solicitação de terceiros, nem do próprio paciente, nem da equipe multiprofissional, cogitei a possibilidade de um certo estranhamento a falar de si. Dessa forma, segui apostando que, em algum momento, essa história cuja narrativa tinha sido terceirizada à irmã pudesse ser contada por Tarcísio.

No decorrer dos dias, pude ter mais contato com o paciente e observar alguns de seus movimentos. Tarcísio teve uma considerável perda de peso, tendo sua motricidade limitada devido sensações de fraqueza e dor. Dessa forma, durante a maior parte do tempo, o paciente permanecia em seu leito, em posição fetal, necessitando dos cuidados de sua mãe. No decorrer dos atendimentos, a questão de o paciente não ter história para contar persistiu. Seguimos

falando sobre o motivo de sua internação que, geralmente, o paciente atrelava ao seu episódio de quase morte na UPA, antes de ser encaminhado ao HUIBB. Seu discurso era repetitivo, apenas informando sobre a sua condição (as sensações corporais que tinha, quando começaram, quantos dias ele ficou internado na UPA e quantos dias já estava internado no HUIBB), todavia, seguiu sustentando o espaço de escuta. Se era aquilo que Tarcísio tinha para falar, eu estaria ali para escutar quantas vezes fossem necessárias.

Com o passar dos atendimentos, algo novo surgiu: o paciente mencionou que quando tivesse alta, iria contar como Deus o tinha salvado da morte: **“Primeiro Deus, depois os médicos [...] Eu vou dar o meu testemunho na igreja quando eu sair daqui, falar sobre como a minha vida foi restaurada [...] Eu não gosto de falar da minha história, se eu falar, vou chorar muito”** (sic). O não saber sobre a sua história e o apego à descrição de seu estado físico se deslocou para um discurso religioso. Pontuei que estava lá para testemunhar o que ele tivesse para dizer, mesmo que aquilo o mobilizasse de alguma forma, mas Tarcísio respondeu que falaria só quando saísse do hospital.

A breve vinheta clínica apresentada pode dar notícias de um exemplo do que seria a narrativa de sofrimento do informante, que foi recolhida entre os atendimentos clínicos realizados para a construção desta dissertação. O que mais pode ser evidenciado, seguindo os pressupostos teóricos de Moretto (2019a), é a postura indiferente de Tarcísio para com os seus sintomas e a sua hospitalização. Embora o paciente conseguisse mencionar com precisão sobre a sua dor, sua tontura e sua experiência de quase morte, sua narrativa era destituída de história. Nesse sentido, minha aposta foi a de sustentar o espaço de escuta até que algo novo aparecesse.

O que se busca apresentar aqui, então, é que reconhecer as especificidades do sofrimento manifestado na narrativa do sujeito hospitalizado corresponde a um processo que se dá na transferência, durante a realização das entrevistas preliminares. De uma forma mais ampla do que o diagnóstico estrutural propriamente dito, as narrativas de sofrimento podem ser possíveis norteadores importantes à direção do tratamento psicanalítico no hospital, levando em consideração a vertente clínica da atuação do psicanalista.

Entretanto, como afirma Moretto (2019a), a atuação do psicanalista também se dá por uma vertente institucional, principalmente no que diz respeito às relações multiprofissionais e à comunicação do que se recolhe na vertente clínica. Voltemos, então, à vinheta clínica de Tarcísio: o paciente, por estar emagrecido e sentir fortes dores, ficava deitado em posição fetal em seu leito e, quando precisava de algo, chamava por sua mãe. Tendo isso em vista, solicitei

uma reunião com a residente que o acompanhava, com quem conversei sobre como estava sendo o manejo com o paciente diante dos procedimentos médicos.

Um tanto aborrecida, a médica residente me relatou que o manejo com o paciente estava difícil, pois ele tinha sérias dificuldades de compreensão: *“Teve um dia que eu passei uma pomada para as hemorroidas dele. Eu expliquei como ele deveria utilizar tudo certinho, aí ele olhou pra mãe dele e disse ‘Mãe, tá aqui o que é pra senhora passar em mim’. Eu achei aquilo um absurdo! Como um homem de mais de 40 anos tem essas atitudes?”*.

Os movimentos regressivos de Tarcísio me chamaram atenção, sobretudo nas demandas direcionadas ao outro. Por exemplo, ao oferecer escuta ao paciente, ele afirmava não ter nada a dizer (quem diria sobre a sua história seria a sua irmã), até que, em outro momento, me questionou se eu poderia visitá-lo depois de sua alta. Se eu fosse à sua casa, ele me contaria a sua história. Diante disso, pontuei que ele poderia aproveitar o momento que nós tínhamos para que ele falasse, ao passo que ele prometia **“Na próxima vez, venha que eu vou ter algo para contar, vou contar tudo”** (sic). Alguns dias depois, o paciente recebeu alta e não tivemos outra oportunidade de atendimento.

Mesmo que isso se colocasse, em um primeiro momento, de uma forma frustrante para mim, segui com a oferta de escuta, apostando que em algum momento, no tempo lógico do sujeito, algo poderia aparecer. Nesse contexto, o que chamou a minha atenção foi a impressão de que Tarcísio desconhecia sua história, sendo o outro o responsável por falar em seu lugar, cabendo ao paciente somente dar informações sobre o seu estado físico. O que aquilo poderia dizer?

Antes de Tarcísio receber alta, tive a oportunidade de escutar a sua mãe e a sua irmã mais velha, quando o paciente não estava presente na enfermaria. Ao escutar a irmã de Tarcísio, essa me disse que o paciente talvez não tivesse entendido a comunicação médica realizada na UPA, sobre o seu diagnóstico positivo para o HIV, o que também compareceu na fala da mãe do paciente que, aos prantos, dizia que temia que algo acontecesse com o seu filho. Escutando os familiares de Tarcísio, também pude saber sobre um antigo relacionamento do paciente, atravessado por conflitos que preocuparam a família de Tarcísio ao ponto de seus familiares desconfiarem de que a infecção pelo HIV do paciente tenha se dado durante tal relacionamento.

Podemos observar, então, que algo da transferência com os familiares do paciente deu notícias sobre o não-dito que poderia atravessar a história do sujeito hospitalizado, me possibilitando realizar uma comunicação à equipe médica: *“Seria possível uma nova*

comunicação diagnóstica?”. A partir disso, pude também atuar em uma vertente institucional. A nova comunicação não ocorreu por conta da troca de equipe médica e, logo depois, da alta hospitalar de Tarcísio, todavia, a experiência apresentada no fragmento clínico nos mostra o que é possível recolher da transferência - tanto na vertente clínica (o não-dito do caso), quanto na vertente institucional (relato da equipe multiprofissional) – para pensarmos a respeito da atuação do psicanalista na cena hospitalar.

Ou seja, a transferência estabelecida com os familiares do paciente também surge e algo pode se dar a partir do seu manejo, conforme apresentado no fragmento de caso clínico. Antes de eu finalizar a escuta da mãe do paciente, ela me perguntou: “*Doutor, o senhor acha que eu falei bem, que eu me expressei de forma certa com você, para que você entendesse?*”. Algo do saber a capturou, seria isso o significante qualquer (Sq) mencionado por Lacan ([1967] 2003) e representado na figura 3? Embora sustentar o espaço de escuta ao paciente fosse importante, não se poderia deixar de lado a escuta de seus familiares, nem da equipe multiprofissional envolvida. A partir do que foi recolhido de cada um, o caso clínico em si pôde ser construído.

Outro ponto teórico importante que consta em Quinet (1997) e que pode ser retomado à reflexão sobre as entrevistas preliminares no hospital é o efeito de retificação subjetiva, correspondendo ao reposicionamento e à responsabilização do sujeito diante do que ele se queixa. Tal processo se daria assim no contexto hospitalar? Evidentemente, é possível que aconteça, todavia, a partir do exercício de escuta no contexto hospitalar, amparado nos estudos teóricos, passei a refletir sobre a possibilidade de ampliarmos a noção de retificação subjetiva à atuação nesse contexto. Mas como isso se daria? Retomemos o que é elencado por Moretto (2019a).

Em alguns casos, o que está em jogo na cena hospitalar é o possível efeito traumático que o recebimento de um diagnóstico, o adoecimento e o próprio processo de hospitalização podem ter ao sujeito internado. Dessa forma, com a oferta da escuta analítica, o paciente pode transformar esses acontecimentos em uma experiência subjetiva, o que, talvez, não se dê mediante um “qual é a minha responsabilidade na desordem da qual eu me queixo?”³⁷ em um primeiro momento, mas, ao mesmo tempo, não ocorre sem trabalho psíquico da parte do sujeito.

Nesse sentido, a retificação subjetiva como um efeito de localização do paciente diante do que ele está vivendo, conforme Carneiro, Pena e Cardoso (2016) abordam é interessante ao trabalho psicanalítico no hospital. Localizar-se diante dos acontecimentos é um passo

³⁷ Expressão freudiana mencionada por Carneiro, Pena e Cardoso (2016) ao abordarem as entrevistas preliminares.

importante à construção de uma experiência subjetiva, o que pode consistir, também, como retificação subjetiva durante as entrevistas preliminares no hospital. Todavia, para tanto, o sujeito precisará se reposicionar diante da sua realidade, o que envolve as modalidades de narrativa de sofrimento, mencionadas por Moretto (2019a): como efeitos de retificação subjetiva, poderíamos pensar, também, o deslocamento de narrativas como a do informante, a do fracassado, a do ressentido e a do adoecido, o que convoca à implicação do sujeito com o seu desejo.

Como mencionado, no *setting* tradicional, o consultório particular, um dispositivo de implicação utilizado é o pagamento monetário, fazendo referência às recomendações de Freud ([1913] 2018) sobre o início do tratamento psicanalítico. Dessa forma, aqui cabe uma outra especificidade do contexto institucional, sobretudo em saúde pública: trata-se de um serviço pelo qual os usuários não pagam diretamente dessa forma, sendo assim, como se daria a implicação subjetiva do paciente? Como a pensaríamos para além do pagamento direto?

Na própria história da psicanálise, pode-se observar que, após o período de guerras, houve a iniciativa de levar a psicanálise às camadas mais pobres da sociedade naquela época, culminando, por exemplo, na criação da Policlínica Psicanalítica de Berlim e do Centro Psicanalítico de Consulta e Tratamento (CPCT), instituições que viabilizaram atendimentos gratuitos à população e, também, um espaço de formação aos analistas (Geraldo; Dias, 2021).

Ou seja, diante de situações sociais críticas, tais quais as guerras, o movimento psicanalítico se posicionou, sustentando a importância de escutar os sujeitos, independente de seus poderes aquisitivos. Nesse sentido, para que o pagamento monetário saísse de cena, levando em consideração a situação social, a política pública precisou se fazer presente, ou seja, o Estado. Retomando as contribuições de Laurent (2007) a respeito do analista cidadão, aquele que se faz presente ativamente na pólis, podemos observar um movimento análogo na história do movimento psicanalítico apresentada, a de sustentar a importância de movimentos coletivos diante de situações sociais críticas. Em contrapartida, o analista precisa se resguardar para não ceder às paixões imaginárias e não atuar fora da sua ética.

Até aqui, algumas especificidades do contexto de saúde pública e da instituição hospitalar puderam ser destacadas como importantes ao fazer psicanalítico nesses espaços. De saída, podemos observar algo semelhante ao que Nali (2002), Abreu (2008) e Simonetti (2018) mencionam a respeito da cena hospitalar ser criada por vários e, por isso, ser um espaço de desencontros que decorrem da circulação de muitos personagens – e transferências – no mesmo

cenário, personagens que têm as suas narrativas e as declamam à sua maneira. E tem o analista que, nessa cena, ainda aposta na importância de escutar uma outra cena, diferente da cena hospitalar objetiva.

Poderíamos, dessa forma, pensar que a transferência se materializa, no hospital, como uma encruzilhada – abarcando a tríade paciente, equipe e família e, em uma dimensão mais ampla, a instituição - na qual o analista precisa saber se posicionar para operar. E, diga-se de passagem, para se posicionar, é preciso estar dentro da encruzilhada. Tal ideia é trabalhada a seguir, mediante dois casos clínicos apresentados e discutidos.

6 ESCRITOS CLÍNICOS SOBRE AS ENCRUZILHADAS TRANSFERENCIAIS NO HOSPITAL

“Olá! Eu sou o Dorivaldo, sou psicólogo e estou fazendo pesquisa aqui no hospital. O seu nome foi repassado para mim, para atendimento psicológico. Nós podemos conversar? Quero escutar a sua história” era a forma com a qual geralmente eu me apresentava aos pacientes ao oferecer escuta, seja por busca ativa no hospital ou por solicitações da equipe multiprofissional. Foi a partir disso, então, que eu pude testemunhar as histórias de Chico, Dália, Pietro, Romeu e Tarcísio, cujos fragmentos clínicos foram usados para exemplificar a manifestação da transferência no contexto hospitalar.

Entretanto, conforme o período de coleta de dados foi se aproximando do fim, tive a oportunidade de escutar outros dois pacientes, cuja escuta rendeu, para além de reflexões sobre a manifestação da transferência no hospital, importantes questões sobre o seu manejo nas entrevistas preliminares nesse contexto. Tais pacientes foram chamados pelos codinomes Caio e Agenor, com o intuito de preservar suas identidades. Os casos em questão, por terem sido conduzidos por um tempo cronológico maior de atendimentos, foram escolhidos para elucidar a discussão teórico-clínica proposta pela dissertação.

6.1 “Eu me sinto um prisioneiro! [...] Parece que os médicos são os juízes”: um caso de descoberta diagnóstica recente

“Alguma coisa aconteceu comigo. Alguma coisa tão estranha que ainda não aprendi o jeito de falar claramente sobre ela. Quando souber finalmente o que foi, essa coisa estranha, saberei também esse jeito”.

Primeira carta para além dos muros (Abreu, 1994).

Em suas “Cartas para além dos muros” o famoso jornalista, dramaturgo e escritor brasileiro Caio Fernando Abreu (1948-1996) escreveu sobre a sua experiência de hospitalização por conta do HIV/aids. Especificamente em sua primeira carta, o autor menciona a respeito de uma “coisa estranha” que aconteceu com ele, que precisaria de tempo para ser falada (Oliveira, Borges Junior, Corrêa, 2022). Dessa forma, em homenagem ao escritor, o paciente cujos atendimentos deram ensejo à escrita do presente caso recebeu o codinome Caio, para preservar a sua identidade. Além disso, um processo subjetivo semelhante ao apresentado na escrita de Abreu (1994) pôde ser observado, também, no caso clínico em questão.

Quando encontrei com Caio, o paciente tinha entre 25 - 30 anos de idade. Recebi o encaminhamento do setor de referência em Psicologia, pois o caso se tratava de uma recém descoberta do diagnóstico positivo para o HIV, juntamente com um quadro de pneumocistose e suspeita de tuberculose. O paciente tinha ensino médio completo, era residente da cidade de Belém e, por um tempo, residiu no interior de outro estado. Desde o contato inicial, Caio se mostrou receptivo à oferta de escuta. Em um primeiro momento, encontrei o paciente em seu leito, sob o uso de oxigênio para facilitar a sua respiração. Caio tinha dificuldades para se locomover e fazer suas atividades diárias devido à falta de ar da qual era acometido, sendo assim, precisava que seus familiares estivessem presentes para auxiliá-lo nesse processo.

Me apresentei e mencionei sobre a pesquisa em andamento, bem como pedi para que Caio me contasse sobre a sua história. De início, pairou a dúvida: “**seria para contar sobre a doença ou sobre outras coisas?**” (sic). “*Fale sobre o que você quiser, sobre o que vier à mente. Eu estou aqui para escutá-lo*”, respondi. O paciente, então, relatou inicialmente sobre informações básicas a respeito de si, tais como o seu nome, a sua idade e há quanto tempo estava internado ali.

Ao mencionar sobre a sua internação, explicou sobre a sua recém descoberta do diagnóstico positivo para o HIV. Na ocasião, o paciente ainda nem tinha iniciado a sua terapia antirretroviral devido à urgência para o tratamento de seu quadro respiratório. Isso o preocupava muito, o fato de viver com HIV e ainda não ter iniciado o tratamento. Caio temia que o “**pior acontecesse**” (sic.). Numa primeira escuta, isso me pareceu um tanto vago. “*Do que se trataria esse pior?*”, pedi para que o paciente falasse mais sobre, todavia, em alguma medida, Caio não conseguia dizer algo sobre isso, tentava buscar palavras, mas não tinha êxito: “**Ai, sei lá... uma piora, algo assim**” (sic).

Em seu prontuário, constava que o paciente tivera histórico de transtorno de ansiedade, mas não me apeguei a tal informação, pois mais me interessava escutar o sujeito para saber como essa ansiedade seria falada por ele, se assim ele desejasse. Acontece que toda a situação que o paciente estava vivenciando, da descoberta de um diagnóstico, das crises respiratórias e da hospitalização como um todo, surgiu quando Caio tinha chegado a Belém, com o objetivo de começar a trabalhar na região. Nesse período, Caio tinha sido chamado por duas empresas, mas precisou desistir dos processos seletivos pois já estava doente, só ainda não sabia do que se tratava, até que precisou ir às pressas a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

“Eu comecei a sentir falta de ar, mas pensava que era só um cansaço ou uma crise de asma. Quando eu voltei pra cá [Pará], as crises começaram a ser mais intensas” (sic). Diante do aumento do desconforto respiratório, Caio procurou por um serviço de pronto atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual ficou internado por alguns dias. Foi lá que ele descobriu que estava vivendo com HIV e que, talvez, as crises respiratórias poderiam ser resultado da fragilidade de seu sistema imunológico.

Caio informou que a comunicação do diagnóstico foi realizada de forma muito abrupta, o que o preocupou muito. Foi nesse momento que o paciente pensou “o pior”, que seu estado de saúde estaria muito comprometido: **“Eu fiquei com medo na hora, o médico falou de uma forma muito direta, mas eu não deitei pra ele [...] tipo, me mantive forte. Eu tenho conhecidos que são soropositivos, que conversaram comigo sobre. Eles falaram que existe tratamento. Eu consegui ficar forte nessa situação”** (sic).

Com o intuito de receber cuidados especializados em um serviço de maior complexidade, o paciente foi encaminhado do pronto atendimento ao HUIBB, referência não só no cuidado em Infectologia, mas também em Pneumologia. Na fala de Caio, ele dizia entender o porquê de estar internado, que mesmo que aquilo estivesse sendo difícil, já que seus planos de começar a trabalhar foram adiados, ele **“estava se mantendo forte”** (sic).

Expressões como “se manter forte”, “estar bem” e “estar forte” começaram a me chamar a atenção devido a sua intensa recorrência. *“O que seria isso?”*, eu questionei ao paciente. Eis que Caio segue, já fazendo referência à ansiedade pela qual é acometido também: **“É que é coisa de família, essa ansiedade. [...] Tipo quando a minha mãe foi internada, eu precisei me manter forte. [...] A gente logo pensa o pior, que algo de ruim vai acontecer, mas eu me mantive forte, eu me considero alguém forte”** (sic).

Assim como disse ter se mantido forte durante a internação de sua mãe, Caio também disse, em outros atendimentos, estar forte durante o seu processo de hospitalização. Para o paciente, sua força vinha primeiramente de Deus e, depois, da sua família: **“se não fossem eles, eu não sei como eu iria suportar [...] Eu fico observando que tem gente aqui que tá sozinho, sem ninguém acompanhando”** (sic). A questão religiosa era algo muito forte para Caio, não obstante, eu observava que o paciente mantinha uma bíblia em seu leito, ao seu lado: **“Ah, eu leio alguns versículos que eu gosto, alguns salmos. Às vezes, eu escuto louvores pra me distrair”** (sic).

A ansiedade que Caio afirmou ser presente em sua família, também mencionou sentir em alguns momentos. Enquanto falava que, para ele, estar bem fisicamente implicaria, também, em saúde mental e vice versa, eis que ele me pergunta: **“Mas e aí? Como é que eu faço pra me livrar dessa ansiedade?”** (sic). *“Se livrar da ansiedade? Como ela é, pra você querer se livrar?”*, eu perguntei ao paciente, tentando relançá-lo às suas associações. Caio respondeu, irrequieto e balançando uma de suas pernas, que era uma agitação, um **“nervoso”** (sic.) que boa parte de sua família também sente.

Em um outro momento, quando retomamos a questão da descoberta do seu diagnóstico, pedi para que o paciente falasse como se sentiu no momento da descoberta. Percebi que pouco o paciente falava sobre seus sentimentos em relação a isso, pois logo dava ênfase ao quão forte ele se mostrou nesse momento. A tentativa de promover uma abertura no atendimento a uma dimensão emocional foi sustentada por diversas vezes, até que algo novo apareceu: **“No início, eu fiquei bem mal, mas tive o apoio da minha família [...] Mas logo eu me recuperei, não adiantava eu ficar pensando nisso. Eu procurei, né?”** (sic).

“Procurou? Procurou o quê?”, questionei ao paciente. Eis a sua resposta: **“Ah, eu relaxei. Eu sabia que eu tinha uma vida sexual ativa e não procurei fazer um exame [...] Eu até tive a oportunidade de fazer, mas acabei não fazendo [...] Eu pensava que era um homem de ferro, que isso não iria acontecer comigo, mas aconteceu”** (sic). *“Homem de ferro? O que seria isso?”*, perguntei. Caio respondeu que isso dizia respeito a alguém forte.

No início dos nossos atendimentos, geralmente, algum familiar de Caio estava presente na enfermaria, seja uma prima ou uma tia, todavia, com o passar dos dias, a frequência de visitas foi diminuindo. Além de já conseguir fazer suas atividades diárias sozinho, Caio relatava se preocupar com o ônus financeiro que poderia estar causando à sua família. Além disso, percebi

que Caio buscava enfatizar os pontos nos quais percebia a sua melhora, o que dispensava a presença de acompanhantes, já que o paciente já estava fazendo suas atividades diárias sozinho.

Todavia, a dita “ansiedade” dava notícias vez ou outra, nem que fosse em um breve momento na fala de Caio. Mesmo que Caio já estivesse melhorando e o seu quadro clínico já estivesse estabilizando, ao passo de que os antirretrovirais já estavam sendo administrados, o paciente dizia se preocupar quando os médicos iam fazer visitas ou quando ele tinha que fazer exames, com o medo de **“Receber uma notícia ruim”** (sic). Caio não adentrava sobre o conteúdo da notícia, apenas mencionava que tinha medo de piorar, de adoecer mais: **“É que eu sou medroso”** (sic).

No decorrer dos nossos atendimentos, a enfermaria passou por uma semana marcada por recorrentes resultados positivos para COVID-19, sendo Caio um dos pacientes que testara positivo. Na semana anterior a isso, a equipe médica tinha mencionado a possibilidade de alta ao paciente, contudo, devido o resultado positivo e o histórico de comprometimentos respiratórios que o quadro tinha, a decisão médica foi a de deixar o paciente em observação por mais dez dias.

Enquanto eu estava atendendo um outro paciente, a médica infectologista responsável pelo caso de Caio me procurou para uma conversa sobre o paciente. A médica me comunicou o que tinha acontecido e mencionou que, talvez, Caio não tivesse recebido a notícia de uma forma positiva, que tinha ficado triste por conta da mudança. Clinicamente, de acordo com a médica, o quadro do paciente se mostrava estável, contudo, por precaução, ele não seria liberado, pois caso acontecesse algo nesse período, ele poderia receber cuidados no próprio hospital. Pontuei que a expectativa pela alta já se mostrava há algum tempo e que aquilo, de fato, poderia ser uma frustração ao paciente. Diante disso, encerramos a reunião e eu sinalizei à equipe médica que iria atender o paciente naquele mesmo dia.

Momentos depois, antes de abordar o paciente para oferecer-lhe escuta, eu o vi andando pelo corredor da enfermaria, aparentemente triste. Ao nos encontrarmos, perguntei a Caio como ele estava e disse que estava lá para escutá-lo. Todavia, o paciente negou a oferta: **“Hoje não. Eu não estou bem pra conversar, mas estou bem”** (sic). Em um primeiro momento, aquilo me deixou confuso: *“Ele estava bem? Não estava bem? O que aquilo queria dizer?”*. Respeitei a sua decisão e retornei em um outro dia.

Em outra ocasião, quando abordei o paciente e ofereci-lhe escuta, ele aceitou. Iniciou falando que na vez anterior, quando recusou o atendimento, ele não estava bem para conversar

e que sua prima estava chegando ao hospital para falar com ele. **“Mas agora, eu tô bem graças a Deus [...] É isso o que eu tenho pra falar pro senhor”** (sic), foi a sua resposta. Diante disso, busquei ampliar as possibilidades associativas naquele momento, então, retomei o que tinha acontecido na comunicação sobre o adiamento da alta hospitalar, perguntando como estava aquilo para ele.

Caio, então, relatou o que a médica tinha dito e seguiu: **“No começo, eu tinha ficado triste, mas depois entendi que aquilo era para o meu bem”** (sic). Enquanto o escutava, eu percebia a sua dificuldade aparente em se aprofundar nos conteúdos que falava, mesmo assim, seguia apostando, pedindo para que o paciente falasse mais, perguntando sobre como ele se sentia nas situações e sobre o que ele pensava a respeito do que estava falando: **“Sabe, eu pensei que foi bom que eu tivesse vindo pra cá [Belém]. Se eu estivesse descoberto isso antes, eu teria que ir pra a capital [do outro estado], pra ter mais recursos [...] Mesmo que eu tivesse vindo pra cá pra trabalhar, ter descoberto aqui foi bom porque eu tenho a minha família, tem esse hospital. Lá seria mais difícil”** (sic).

“Lembro que você disse, uma vez, que a sua família foi uma rede de apoio importante nesse momento”, retomei. Caio disse que sim, que era muito importante pra ele ter com quem conversar durante o dia, pois isso o distraía. Questionei, então: *“Distrair do quê?”*. Caio mencionou que se tratavam de questões cotidianas do hospital, de ficar o dia todo deitado, sem ter com quem conversar e acabar tendo pensamentos sobre “o pior”. Em seguida, Caio disse sentir saudades de casa, disse que gostaria de voltar para casa para estar com a sua família. Ao falar sobre a sua mãe, percebi que os olhos de Caio começaram a se encher d’água, mas logo o paciente respirou, enxugou as lágrimas e disse **“Mas eu tô bem graças a Deus”** (sic).

Perguntei se ele falava com seus familiares mesmo quando eles não estavam no hospital. Caio disse que sim, que utilizava de mensagens e ligação para contatar suas tias, sua prima e sua mãe. Diante disso, perguntei sobre o pai de Caio. O paciente respondeu que o contato com ele não era tão frequente: **“Ele espera que eu mande mensagem. Eu penso que, se sou eu que estou hospitalizado, ele que deveria procurar, que deveria ligar pra saber como eu estou [...] Ele tem a mentalidade de pessoa do interior, sabe? Nós tivemos muitos conflitos, um pouco por isso que eu decidi vir embora”** (sic).

“Conflitos? O que aconteceu entre vocês?”, perguntei. Caio relatou a respeito dos motivos que mobilizavam conflitos entre ele e o seu pai: **“Eu soube que ele tinha falado para outras pessoas coisas ruins sobre mim [...] É que fazia um tempo que eu já estava lá e**

ainda não estava trabalhando pra ajudar em casa [...] Foi quando eu entrei em contato com os meus tios aqui e eles disseram que me acolheriam. Daí, eu falei com a minha mãe e decidi vir pra cá [...] Ele e eu nos falamos ainda, mas eu que mando mensagem e eu não gosto disso [...] Eu tô doente e ainda tenho que ir atrás? Se eu que tô internado, ele que deveria me mandar mensagem!” (sic).

Caio mencionou que a situação com o seu pai o entristecia ainda, mas que ele preferia não pensar sobre isso. Assim como quando os pensamentos sobre “o pior” apareciam, o paciente optava por tentar afastá-los da mente, não os alimentar. O paciente buscava preencher seus pensamentos com conteúdo bom: **“Eu não posso reclamar. Tem muita gente que tá em um estado pior e se mantém forte”** (sic).

“Não podes reclamar? Como assim?”, questionei. Nesse momento, intrigou-me o movimento de tomar a realidade de outros pacientes como parâmetro para a sua. Caio não adentrou no assunto, apenas mencionou que tentava se manter forte para melhorar logo e isso implicaria não alimentar pensamentos negativos sobre a sua condição: **“No começo [quando descobriu viver com HIV], eu quase me desesperei, mas isso já passou”** (sic). *“Não alimentar pensamentos negativos”*, mencionei, antes de encerrar o atendimento, fazendo eco à fala de Caio.

Alguns dias se passaram e dois exames decisivos para a alta hospitalar de Caio seriam realizados, sendo um o exame de carga viral para monitorar como está o HIV no organismo do paciente, e o outro, uma nova testagem para COVID-19. Ao abordar Caio, fiz a oferta da escuta e ele aceitou. Iniciou o atendimento dizendo que estava bem, mas que a ansiedade para com a realização dos exames estava presente. Pedi para que ele falasse sobre o que estava sentindo, sobre a ansiedade e eis que acabei me surpreendendo.

O paciente começou a chorar de uma forma mais intensa, enquanto estava em silêncio, até que falou: **“Eu me sinto um prisioneiro! Parece que eu vou ficar preso aqui até eu cumprir uma pena [...] Eu quero ir embora, voltar pra casa [...] Parece que os médicos são juízes e eles que vão decidir se eu irei ou não”** (sic). *“Prisioneiro? Pena? Juízes? O que seria isso?”*, perguntei e pedi para que o paciente falasse mais a respeito disso. O paciente, já enxugando as lágrimas, falou: **“Eu sei que eu não tô preso de fato, é só uma forma de dizer, mesmo sabendo que tem gente que não quer ficar no hospital e acaba fugindo, mas eu não vou fazer isso [...] Eu quero ir pra casa, é bom estar na casa da gente, com a nossa família”** (sic).

Em relação a isso, Caio disse que não sabia ao certo o que dizer. Ao refletir sobre o momento, tive a impressão de que o paciente estava sendo atravessado por uma intensa angústia e a questão da “pena” surgiu. Ainda assim, questionei-me: *“O que estaria em jogo nessa cena? Por que o paciente se sentiria preso, cumprindo uma pena para poder ser julgado?”*. Além disso, era recorrente que Caio desviasse do assunto. Seria isso uma tentativa de racionalização dos acontecimentos? Algum tipo de mecanismo de defesa, de efeitos imaginários de resistência? Ao analisar os atendimentos anteriores, percebi que esse movimento era algo comum na fala do paciente ao se referir ao seu pai, à morte, à mudança para Belém e à questão da hospitalização de forma geral.

Nesse mesmo dia, antes de adentrar à enfermaria para atendê-lo, fui abordado por uma das residentes de Medicina que acompanhava a Infectologista responsável pelo caso de Caio. Embora a abordagem tenha sido para falar sobre um outro caso, aproveitei a oportunidade para perguntar sobre Caio. Diante da equipe médica, o paciente era *“Ótimo e colaborativo, não se tinha nenhuma queixa em relação ao trabalho com ele”*. Em reflexões posteriores, fez muito sentido que a equipe médica visse o paciente dessa forma, visto que a narrativa de sofrimento de Caio alternava entre a de informante e a do fracassado, tomando a teorização de Moretto (2019a) como parâmetro. À equipe de saúde, Caio não produzia questões, pelo contrário, apenas dizia que estava bem, o quanto estava melhorando.

Na semana seguinte, compareci para escutá-lo. Um pouco antes do atendimento, o paciente tinha realizado a coleta de sangue para os exames cujos resultados iriam determinar se a sua alta seria programada ou não. O resultado do teste de COVID-19 já tinha saído, o paciente não testara positivo. Percebi que, mesmo ansioso para com a situação, Caio estava feliz porque tudo indicava que a sua alta hospitalar seria dada no dia seguinte: **“A médica veio e conversou comigo. Falta só o resultado do exame de carga viral, mas o de COVID já saiu. Perguntei pra ela se eu poderia receber alta hoje. Ela disse que seria hoje ou amanhã [...] Ela disse que iria verificar direito, mas acho que vai ser só pra amanhã porque ela tinha que dar alta pra outros dois pacientes [...] Ela vai reunir com um outro médico e eles vão se decidir entre eles”** (sic).

Perguntei como ele estava com a possibilidade de alta e sobre o que ele pensava a respeito. O paciente dissera estar bem com isso, desejoso para voltar pra casa, mesmo sabendo que ainda iria ter que tomar seus antirretrovirais, bem como se submeter a um tratamento medicamentoso para eliminar fungos do seu pulmão, podendo durar de seis meses a um ano.

Em relação ao atendimento psicológico durante a sua hospitalização, Caio mencionou que isso foi importante para que ele pudesse falar sobre o que estava acontecendo, sobre o que estava sentindo: **“Foi bom poder ter com quem conversar [...] Eu espero não precisar de novo, mas se precisar, vou procurar”** (sic). Entre os nossos atendimentos finais, Caio mencionou que iria voltar para a igreja pois, durante a sua hospitalização, o paciente fez uma promessa de que, se ele fosse curado, voltaria a frequentá-la.

Em alguma medida, é inegável que o processo analítico se dê mediante uma parcela de angústia, entretanto, também não se pode negar que ele tem os seus efeitos. Digo isso porque, ao refletir sobre a posição subjetiva de Caio – um paciente que evitava transparecer tristeza, falar sobre questões que o aborreciam e “reclamar” – imagino que falar algo para além do “eu tô bem graças a Deus” poderia, sim, ser desconfortável de início, mas seus efeitos foram reconhecidos.

Nesse dia, Caio e eu nos despedimos pois, de fato, o paciente recebeu alta no dia seguinte. Todavia, da transferência estabelecida, pude recolher reflexões clínicas a respeito dos efeitos psíquicos do recebimento do diagnóstico positivo para o HIV, o medo, a culpa e a vergonha que estão envolvidos nesse processo, bem como possíveis implicações à transferência no contexto hospitalar, principalmente no que tange ao lugar da equipe de saúde no psiquismo do paciente.

Primeiramente, questionou-se: quais efeitos subjetivos tem o recebimento de um diagnóstico? Evidentemente, trata-se de uma experiência singular e, por isso, deve ser escutada no caso a caso, todavia, questões gerais podem ser mencionadas a respeito do presente caso em específico, cuja marca principal foi uma cena envolvendo adoecimento, hospitalização, julgamento, aprisionamento e pena. Do que isso poderia nos dizer? Além disso, tem-se que a experiência de recebimento do diagnóstico tem relação direta com a adesão ao tratamento (Castellani; Moretto, 2016), portanto, trata-se de um efeito possivelmente presente a longo prazo durante a direção do tratamento.

Nesse entremeio de recebimento do diagnóstico e a possibilidade de revelação a outros, dois sentimentos emergem – na análise, inclusive – e precisam ser levados em conta: a culpa e a vergonha, levando em consideração os estigmas que atravessam o imaginário social em relação ao HIV/aids. Psicanaliticamente falando, a categoria “vergonha” não tem um estatuto conceitual consolidado, mesmo que existam discussões teóricas sobre ela enquanto um sentimento narcísico, relacionado à exposição diante do olhar do outro sobre o sujeito. Por outro

lado, a culpa detém um estatuto conceitual consistente, fazendo referência ao pacto civilizatório, ao complexo de Édipo e ao supereu (Francês; Bacchini, 2016).

Quando Caio fala que se sente em uma prisão, cumprindo uma pena e aguardando pelo julgamento, do que isso se trata? Qual foi o suposto crime cometido? Analisando o caso, podemos destacar duas expressões que surgiam com frequência, sendo a primeira “eu tô bem graças a Deus” e, a segunda, “que o pior acontecesse”. Ambas as falas estariam fazendo referência ao quê, levando em conta que Caio se via como um prisioneiro à espera do julgamento médico? Tal questão é interessante para refletirmos sobre a transferência na hospitalização mediante a metáfora da encruzilhada: se de um lado, Caio, que se via como um prisioneiro à espera do julgamento médico, dizia que sempre estava bem e não se queixava de nada, do outro, a equipe médica o via como um paciente de fácil manejo, tranquilo, que não dava trabalho. E, dentro dessa encruzilhada, eu estava na função de analista, pedindo ao paciente para que falasse.

Caio, inicialmente, era detalhista ao explicar sobre a sua evolução clínica e sobre os seus sintomas, algo semelhante à narrativa do informante que, aos poucos, deu lugar à narrativa do fracassado, o que não ocorreu sem o trabalho psíquico do paciente. Em ambos os casos, tais posições subjetivas estiveram presentes na relação transferencial com o paciente, agindo mediante efeitos imaginários de resistência, por exemplo. Se tomarmos o processo representado pelo esquema do oito interior (Lacan, [1964] 2008), na figura 3, podemos localizar tal movimento do paciente - atravessado pelos efeitos dos ideais sociais, dos estigmas em relação ao HIV, e da referência à lógica médica – no campo da demanda e da identificação, diante das quais o analista opera a partir do deslocamento ao desejo.

Eis, então, que podemos refletir sobre o manejo da transferência no hospital: o adoecimento por HIV/aids, mesmo que atravessado por estigmas, pode ser tomado pelo psiquismo do sujeito como conteúdo de resistência. Evidentemente, a realidade sexual do inconsciente, revelada em sua abertura (Lacan, [1964] 2008), evidencia processos psíquicos anteriores à infecção e ao adoecimento pelo HIV/aids, todavia, podemos observar em Freud ([1912] 2018) e em Lacan ([1953-1954] 2009) que a resistência pode se utilizar de diversos conteúdos para se mostrar, o que viabiliza essa possibilidade.

Diante disso, a alegoria freudiana do “parque de diversões” (Freud, [1914] 2018), no qual o sujeito pode construir uma neurose de transferência e elaborá-la, também pode ser mencionada aqui. A mesma posição assumida pelo paciente diante da equipe médica (a de dizer

que estava tudo bem, que ele estava melhorando) também era reproduzida comigo, todavia, minhas intervenções objetivavam relançar o sujeito às suas associações, apostando que ele se escutasse e realizasse alguma retificação subjetiva (Lacan, [1953-1954] 2009; Quinet, 1997).

Que o paciente resista, que o fluxo de suas associações cesse, isso já é esperado em algum momento, pois resistir é resultado de se revelar (Lacan, [1953-1954] 2009). Em contrapartida, o analista também pode incorrer em resistências quando sua escuta deixa de ser flutuante, por exemplo. Em minha posição, eu estava na função de analista e, ao mesmo tempo, de pesquisador que iria recolher algo daquela escuta posteriormente. Por já estudar as implicações psíquicas do adoecimento por HIV/aids, esse tema desperta a minha curiosidade, não obstante, é o campo de trabalho que escolhi para realizar as minhas pesquisas. Todavia, em supervisão, pude perceber que, em certos momentos, minha escuta dava mais ênfase a isso, o que poderia dificultar com que eu mantivesse a escuta flutuante e, ao mesmo tempo, perdesse oportunidades de intervenção. Refletindo sobre isso em supervisão e, principalmente, em análise, pude me reposicionar enquanto analista.

Além disso, outro ponto importante em relação ao manejo da transferência é a questão do suposto saber e a sua operacionalização. Quando Caio me direciona uma demanda em relação a sua ansiedade, perguntando como eliminá-la, realizo um contraponto, relançando-o às suas associações, pedindo para que ele fale sobre a sua ansiedade. Logo após, o paciente relaciona a sua ansiedade a algo presente na sua família, ou seja, o significante ansiedade desliza até o significante família, dando lugar a novos conteúdos associativos, o que um significante representa para outro significante (Lacan, [1967] 2003).

As contribuições lacanianas sobre a transferência, sobretudo a questão do saber que está em jogo, são essenciais para o analista operar, especialmente no hospital, campo no qual vários saberes circulam, mesmo que o saber médico seja o predominante. Lacan ([1960-1961] 2010) utiliza de “O banquete” para falar sobre o amor transferencial mediante a metáfora do amor entre Alcebiades e Sócrates, todavia, isso pode ser uma alegoria oportuna para pensarmos a cena hospitalar e suas encruzilhadas transferenciais: de um lado, o paciente está adoecido e demanda o saber suposto ao analista alguma resposta em relação ao seu sofrimento, assim como Caio demandou uma solução para a sua ansiedade. Poderíamos dizer, então, que o suposto saber, nesse caso, foi o significante qualquer (Sq) que capturou o paciente (Lacan, [1967] 2003).

Se eu oferecesse alguma resposta, estaria correspondendo à sua demanda, isso completaria a metáfora do amor e impediria que o paciente, com seus próprios recursos

psíquicos, produzisse algum saber. Pelo contrário, o saber em jogo seria o meu e, o que fosse dito pelo paciente a partir daí seriam palavras vazias de saber inconsciente. Ao invés disso, ao relançá-lo às suas associações, Caio foi convocado a falar sobre a sua ansiedade, sua família e sobre a sua experiência de hospitalização até que, entre recordações, repetições e perlaborações, o significante “prisioneiro”, pela via de uma palavra plena (Lacan, [1953-1954] 2009), surge trazendo algo da verdade do sujeito e possibilitando uma virada discursiva.

Retomo, então, a epígrafe que inaugura o presente caso, o fragmento da “Primeira carta para além dos muros” de Abreu (1994), no qual o autor menciona a respeito do tempo necessário para que se possa falar sobre “a coisa estranha” que o tomou. Algo da escrita do autor dá testemunho a respeito da experiência de Caio durante a sua hospitalização, o que envolveu o recebimento do diagnóstico positivo para HIV, bem como o desenvolvimento de infecções oportunistas respiratórias. Embora a escuta analítica tenha sido oferecida, foi necessária a criação – e sustentação – de um espaço para que ele falasse a respeito de suas questões, no tempo do sujeito.

Dessa forma, o que começou com a aparição de expressões como “o homem de ferro que não imaginaria que algo pudesse acontecer com ele” e, posteriormente, “o homem de fé que se mantinha forte porque Deus e sua família estavam com ele”, pôde dar lugar à figura do prisioneiro que precisaria cumprir uma pena até que os médicos – ocupando o lugar de juízes – decidissem por sua liberdade. Diante desse cenário, a questão principal colocada pelo caso clínico é que o manejo da transferência pôde sustentar o lugar para que a “coisa estranha” pudesse ser falada. Isso implica, por exemplo, a transformação da doença e da hospitalização como acontecimento em uma experiência (Moretto, 2019a).

Evidentemente, como mencionado, o trabalho em questão não é realizado sem angústia, todavia, tal questão também comparece no manejo da transferência: ocupar o lugar de objeto diante da angústia do sujeito e relançá-lo às suas associações. Ou seja, a angústia pôde ser motor de trabalho psíquico no manejo da transferência. Além disso, outro ponto a ser mencionado é que, nessa aposta de trabalho, se posicionar para além do HIV/aids foi necessário, tanto nas associações de Caio quanto em minha escuta analítica, o que abriu possibilidades para que o paciente falasse sobre sua história de vida, suas relações familiares e, de uma forma mais ampla, sobre como a cena hospitalar e seus personagens – o que me incluía como analista - estavam localizados em sua série psíquica. Uma outra possibilidade de discussão sobre esse fenômeno é apresentada a partir do caso clínico a seguir.

6.2 “Isso não é novo pra mim, eu já sou da casa”: um caso de transmissão vertical

“É que eu tô sozinho há tanto tempo, que eu me esqueci o que é verdade e o que é mentira em volta de mim”.

Por aí... (Cazuza, 1991).

“Por aí...” é uma das músicas presentes no álbum póstumo de Cazuza, nome artístico de Agenor de Miranda Araújo Neto (1958-1990), um dos maiores nomes do *rock* brasileiro entre as décadas de 1980 e 1990. Cazuza morreu devido complicações do estado de aids, num tempo em que o diagnóstico de HIV era uma sentença de morte, sendo um dos primeiros artistas da música brasileira a falar sobre isso (Borges Junior, 2021). Diante disso, visando preservar a identidade do paciente cuja história originou o presente caso, este recebeu o codinome Agenor, fazendo referência ao cantor mencionado.

No período em que realizamos os seus atendimentos, o paciente tinha entre 20 - 25 anos de idade, era auxiliar administrativo, com ensino superior em andamento. A demanda por atendimento psicológico foi feita pela equipe médica, visto que se tratava de um paciente cuja infecção pelo HIV se deu via transmissão vertical. Segundo as informações do prontuário, o paciente fazia tratamento antirretroviral desde os cinco anos, mas havia interrompido por um tempo. Entre as primeiras informações que tive, Agenor teve complicações neurológicas por conta do HIV e eu precisava verificar se ele estava orientado para, talvez, participar da pesquisa.

No primeiro dia, fui até o paciente para me apresentar e oferecer atendimento psicológico. Ao escutar que eu sou psicólogo, Agenor fez uma careta e olhou para baixo, mas aceitou a primeira conversa, que foi realizada em seu leito mesmo. Iniciei perguntando como ele estava e o motivo pelo qual ele estava hospitalizado. O paciente respondeu que estava “**levando**” (sic), que estava hospitalizado por conta de complicações neurológicas na sua condição. Agenor, antes de ser internado no HUIBB, passou por uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e, posteriormente, recebeu o encaminhamento. Ele estava recém admitido no hospital, tendo passado por outro setor antes de subir para a DIP.

“*Como isso está sendo pra ti?*”, perguntei. O paciente, esboçando um leve sorriso no rosto, riu e falou “**Ah, isso não é novo pra mim. Eu já sou da casa. Conheço como as coisas funcionam aqui. Já fui internado aqui outra vez**” (sic). E, realmente, depois, pude ver que o paciente tinha registros de internação há 10 anos. Quando Agenor mencionou isso, pedi para que me contasse sua história, disse que estava ali para escutá-lo.

“É que eu sou soropositivo, eu nasci com HIV. Descobri bem cedo e, desde criança, eu já fazia meu tratamento, ia com a minha mãe à Casa Dia pegar os medicamentos [...] Depois de um tempo, eu me rebarbei e parei o meu tratamento. Agora, eu tô aqui” (sic). Na ocasião, pouco antes de eu chegar, havia uma mulher acompanhando o paciente. Perguntei se era a mãe de Agenor e ele respondeu que não, que era a sua tia, quem o criara praticamente. A mãe do paciente morreu quando ele ainda era criança e, desde então, o paciente foi criado por duas tias, irmãs de sua mãe.

“E o seu pai? Tens contato com ele?”, perguntei. Eis sua resposta: **“Bom, se ele ainda estiver vivo, eu quero cobrar a pensão que ele deve”** (sic). Há anos, o paciente não tem contato com o seu pai. Sua principal rede de apoio tem sido os seus tios e a família que ele mesmo constituiu. No período de seus atendimentos, o paciente estava em uma união estável, já há dois anos e, há alguns meses, tornara-se pai. Agenor relatou que a sua filha é uma das poucas coisas boas da sua vida nos momentos mais recentes, sendo ela o motivo de ele ter retomado o tratamento.

O paciente relatou que é muito **“rebarbado, desconfiado e brigão”** (sic) e, por isso, em um período do fim da sua adolescência, resolveu parar o seu tratamento e foi embora de casa. Na mesma época, ele perdeu uma amiga muito querida e isso fez com que ele ficasse triste, o que colaborou com o abandono do tratamento. Além disso, Agenor relatou ter sofrido muitas comparações em sua casa, o que o irritava muito. As comparações eram feitas entre primos porque eles tinham começado os estudos mais cedo.

Mais uma vez, o paciente reforçou que era pela sua filha que ele estava tentando melhorar. *“Você tem falado com ela?”*, perguntei. Ele disse que tinha, falava com ela e com a sua esposa pelo celular e que, em alguns momentos, sua esposa vinha visitá-lo. A esposa de Agenor é ciente do diagnóstico do paciente e tanto ela quanto a filha do paciente são HIV negativo. A possibilidade de ter transmitido algo à esposa ou à filha era motivo de preocupação para Agenor. Foi um alívio ao paciente quando ele descobriu que ambas não viviam com HIV.

Em um determinado momento, o paciente mencionou que não tinha o costume de falar sobre os seus sentimentos, que acabava guardando tudo para si. *“E como tá sendo falar sobre isso agora?”*, perguntei. Eis que o paciente respondeu: **“Pra te falar a verdade, eu não curto muito psicólogo, não. A última vez que eu fui atendido foi muito traumatizante, chega eu chorei pedindo pra não ser atendido novamente”** (sic). A situação em questão se deu no HUIBB durante a sua internação passada, em 2014. Nesse primeiro momento, mantive-me em

silêncio, para que o paciente falasse sobre o que quisesse. Seu atendimento se deu à beira de seu leito. Um pouco antes de eu encerrar o atendimento, perguntei ao paciente se ele gostaria de ser escutado por uma segunda vez e o paciente assentiu.

No atendimento seguinte, observei que Agenor passou a ser colega de enfermaria de um outro paciente que eu atendia, Caio, cujo caso foi apresentado anteriormente. Dessa forma, no segundo atendimento, perguntei se poderíamos realizá-lo na varanda, visando assegurar o sigilo e uma maior privacidade ao *setting* analítico. O paciente aceitou e fomos para lá. Perguntei como ele estava naquele dia e o paciente mencionou que estava preocupado por conta de seu pai de criação (o seu tio), que estava apresentado ideias suicidas e sua tia estava sozinha sem saber o que fazer. A preocupação do paciente era a de estar internado e não poder fazer algo a respeito, caso acontecesse o pior: **“À noite, quando eu tento dormir, os pensamentos vêm e ficam na cabeça. Até quando eu recebo uma ligação de lá, eu já penso que vai ser pra dar alguma notícia ruim. Aí a cabeça começa a doer”** (sic).

Agenor até cogitou pedir para que sua esposa fosse viajar para o interior, onde seus tios estavam, para que ela pudesse ajudá-los: **“Eu tô preocupado porque pode acontecer algo com o meu pai, com o homem que me criou. A minha tia está pensando em até perder uma consulta importante pra não deixar que ele fique sozinho [...] Queria poder fazer algo, mas eu tô aqui por conta das minhas escolhas”** (sic).

“*Escolhas?*”, questionei, tentando provocar mais a fala do paciente. Agenor novamente reafirmou que era “rebarbado” e que tinha dificuldades em pedir desculpas: **“É que eu tomei decisões ruins, causei sofrimento à minha família. Acho que eu não fiz nada de bom pra eles, só a minha filha que eles adoram”** (sic). Percebi que Agenor tinha dificuldades de verbalizar algo para além de “escolhas erradas”, o paciente tentava procurar palavras para se expressar, mas não conseguia. Essa questão, durante os primeiros atendimentos, foi recorrente no discurso do paciente. Nesse sentido, sempre que aparecia algo parecido, eu pedia para que Agenor falasse mais a respeito. Por “escolhas erradas”, o paciente se referia, em linhas gerais, ao fato de ter saído de casa e negligenciado a sua medicação.

Sobre a dificuldade de pedir desculpas, Agenor pôde fazer uma conexão com um momento da sua vida: **“Isso é desde quando eu morei com o meu pai. É que a minha madrasta é uma mulher maravilhosa [ironia]. Ela era uma coisa na frente do meu pai e, por trás, ela era outra coisa. Ela falava muitas coisas pra mim e eu como sou rebarbado, respondia. Quando o meu pai chegava, ela falava as coisas pra ele e ele fazia eu pedir**

desculpas pra ela. Desde aí, eu tenho dificuldade em pedir desculpas, só peço quando eu vejo que eu tô muito errado” (sic).

Em outros atendimentos, o paciente relatou que essa dificuldade já o fez magoar a sua esposa, por exemplo. Para Agenor, ocorriam muitas brigas com sua esposa, sobretudo por coisas que ele julga fúteis, mas que não se resolvem devido a sua dificuldade de pedir desculpas. “*Lembro que você mencionou isso em outros momentos*”, pontuei, na tentativa de levá-lo a se escutar e falar mais sobre aquilo. Nesse dia, a médica infectologista responsável pelo caso do paciente chegou para falar com Agenor. Ao me ver, a médica perguntou se eu era psicólogo e disse que voltaria em um outro momento, questionando apenas se o paciente precisava de alguma coisa. Antes de sair, disse a Agenor que o atendimento psicológico era muito importante e que era para ele aproveitar o momento.

Quando a médica saiu, Agenor mencionou uma notícia que recebera dela: **“Ela me deu a notícia assim [fazendo um gesto abrupto com as mãos], direta. Ela fala tudo mesmo. Disse que se eu não me cuidar, vou perder a visão”** (sic). “*Perder a visão? Como assim?*”, questionei, pedindo que o paciente falasse mais a respeito. Agenor relatou que as complicações neurológicas que constavam em seu prontuário vieram como infecções oportunistas, o que já tinha causado a perda de um dos lados da sua visão, bem como crises convulsivas, espasmos e intensas dores de cabeça quando o paciente se estressa. Os espasmos e as crises convulsivas foram diminuindo, mas a possibilidade de perder a visão o preocupava muito.

Em tom de lamento, Agenor mais uma vez mencionou sobre as suas “escolhas erradas” e como isso tinha desembocado em seu estado atual. Naquele momento, por se tratar de um período inicial em sua escuta e levando em conta o estranhamento que o paciente mencionou em relação ao atendimento psicológico, julguei que não seria prudente realizar qualquer tipo de intervenção direta, pelo contrário, o que deveria estar em primeiro plano era suscitar as associações de Agenor.

Ao mesmo tempo, me ocorreu que, talvez, a dificuldade de falar sobre suas “escolhas erradas” e as recorrentes menções sobre as suas consequências poderiam dizer de culpa, vergonha ou algo que ainda poderia surgir. Mais uma vez, busquei provocar a sua fala, pedindo para que ele tentasse falar sobre o que estava pensando naquele momento. **“A questão não é pensar, é fazer. Eu já penso demais”** (sic), foi a sua resposta. “*A questão não é pensar, é fazer*”, pontuei, fazendo eco na fala do paciente antes de encerrar outro atendimento.

Em outro momento, enquanto eu ainda estava atendendo o seu colega de enfermagem, pude perceber que uma assistente social estava realizando um atendimento com Agenor. O paciente falava alto, fazia brincadeiras com a assistente social. Desde o primeiro atendimento, já tinha percebido que era um movimento do paciente tentar descontraír as situações com ironias ou brincadeiras. **“É melhor rir do que chorar, não é?”** (sic), Agenor dizia. Já em nosso atendimento, quando o paciente estava mencionando sobre o preconceito que as pessoas que vivem com HIV são alvo, Agenor relatou que já o julgaram, mas que ele não liga porque essas pessoas não significavam nada. Ao mesmo tempo, o paciente evitava falar mais sobre, ora dizendo que não se importava, ora fazendo alguma brincadeira. Isso foi um ponto que me chamou a atenção.

Logo após eu terminar o atendimento anterior, saí da enfermagem e voltei posteriormente. Quando me aproximei de Agenor, ele reagiu sorrindo: **“Pensei que você nem iria vir hoje!”** (sic). Agenor começou o atendimento relatando que tudo tinha sido resolvido com o seu tio, que ele foi consultado e que já estava melhorando das crises, bem como a sua tia iria conseguir ir à consulta. *“Como foi isso pra ti?”*, eu perguntei. Agenor relatou que se sentiu aliviado após receber a notícia.

Não somente isso, mas Agenor mencionou que tinha tomado a iniciativa de pedir desculpas à sua família: **“Eu pedi desculpas pelo que aconteceu e ela até ficou surpresa, disse que estranhou e disse que eu não era de pedir desculpas [...] Agora só falta eu melhorar”** (sic). *“Você pediu desculpas a ela? Como foi?”*, eu perguntei. O paciente mencionou que isso tinha se dado por celular, dias após um de nossos atendimentos. Agenor também retomou algo que tinha falado em atendimentos passados, a respeito do período que morou com seu pai, quando a sua dificuldade de pedir desculpas começou: **“É que eu não gosto do meu pai. Ele passou HIV pra minha mãe e aí eu peguei”** (sic). *“Fale mais sobre isso”*, eu pedi.

Agenor relatou que morou com seu pai por um curto período, antes de sua mãe falecer. Depois retornou a morar com sua mãe e não tivera mais contato com o seu pai desde então. Quando criança, o paciente afirmou que tomava os antirretrovirais sem saber ao certo a finalidade. Quando se tornou adolescente, foi comunicado a ele a respeito do HIV e, com o passar do tempo, passou a estar ciente do seu tratamento: **“Eu comecei a fazer o tratamento ainda criança, mas na minha cabeça, era um remédio que eu tinha que tomar mesmo [...]**

Depois que eu cresci, que eu fui entender melhor” (sic). De forma espontânea, o paciente não mencionou se o HIV foi uma questão para ele no decorrer da sua adolescência.

Com o passar dos dias, Agenor foi dispensado da fisioterapia no hospital, mas seria encaminhado para realizar sessões após a sua alta. O paciente estava feliz com isso, pois os espasmos estavam cessando. Para ele, o que seria importante agora seria seguir com sua medicação corretamente, sem interrupções. Novamente, a interrupção do tratamento surgiu na fala do paciente, sendo assim, me ocorreu perguntar: *“Como foi essa época pra ti?”*. Enquanto o escutava, palavras como “rebarbado”, “mandado”, “desconfiado”, que o paciente mencionava durante os atendimentos, ficaram ressoando.

“Tais significantes estariam apontando para algo?”, questionei-me. Mantive isso no horizonte, sem me fixar, e segui escutando as associações. Agenor, que já tinha falado a respeito das comparações que eram feitas em sua casa e da perda de sua amiga, bem como sobre os seus relacionamentos amorosos anteriores, falou sobre algo novo dessa vez: **“Eu não gosto de ser mandado”** (sic). *“Mandado?”*, eu perguntei. Segundo o paciente, irritava-o escutar as pessoas falando o que ele deveria fazer.

Posteriormente, em outro atendimento, Agenor comentou sobre a sua irmã que viera do interior para passar um tempo com ele. Relatou que, mesmo distantes, a sua irmã era uma figura de suporte para ele. Inclusive, um dos pontos que o paciente mencionou ter repensado durante sua atual internação foi sobre as suas relações de amizade, sobre valorizar os amigos mais próximos: **“Conversando aqui com o senhor, eu pude esclarecer tudo isso, pude pensar a respeito”** (sic). Nesse mesmo período, em um de nossos atendimentos, Agenor se mostrou um tanto chateado e mencionou que isso se dava por comentários feitos entre a sua família a respeito de sua hospitalização: **“Eles não acreditam que eu vou mudar, que eu vou seguir a medicação direito agora”** (sic). *“Hum... e como que é isso pra ti?”*, eu perguntei. **“Eu fiquei triste com isso, mas eu não vou me importar. Tá na hora de crescer”** (sic), foi a sua resposta.

“Crescer? O que seria crescer?”, eu perguntei ao paciente. Para Agenor, isso se tratava de um movimento de tomar para si as suas responsabilidades, o que envolvia o seu tratamento. Isso me chamou a atenção: *“Seria um sinal de um movimento de reposicionamento subjetivo?”*, essa questão reverberou em minhas reflexões. Pensando em minha função como analista, meu lugar ali era de objeto causa de desejo, ou seja, mesmo que eu observasse que Agenor estava às voltas com o olhar do outro e o seu julgamento, não me cabia compactuar com tais parâmetros,

sendo assim, busquei convocar o sujeito à palavra plena sobre si, apostando nos movimentos de abertura do inconsciente (Lacan, [1953-1954] 2009; Lacan, [1964] 2008).

De forma geral, o paciente se mostrou disposto aos atendimentos e, com o tempo, a questão da hospitalização em si não tomava tanto espaço em suas sessões, dando lugar para a história de vida mais ampla, os conflitos familiares, entre outras questões que passaram a emergir. Por exemplo, o primeiro aniversário da filha do paciente estava se aproximando e era sua responsabilidade providenciar o lugar onde o aniversário seria realizado. Mesmo hospitalizado, de forma *on-line*, Agenor seguia trabalhando nessa demanda, procurando por lugares e consultando valores.

De certa forma, isso se mostrou como um ponto positivo, pois como afirma Simonetti (2018), é importante que o sujeito possa falar sobre questões para além da hospitalização, mesmo que ela esteja em um lugar central num primeiro momento. Quando o paciente fala sobre sua história de forma mais ampla, a possibilidade de que os seus conflitos psíquicos emerjam em suas associações é maior, trazendo outros personagens de sua cena psíquica e dando notícia sobre as suas idiossincrasias (Freud, [1912] 2018).

Embora a preocupação por estar hospitalizado e não poder cuidar disso de perto existisse, o que mais incomodava Agenor em relação a isso era a forma como a família da sua esposa estava lidando com os preparativos, o que era totalmente avesso ao que o paciente viveu em seus laços familiares: **“Eu não gosto de aniversário, a minha família não é de comemorar aniversário, principalmente de criança [...] ela [a filha] nem vai entender o que tá acontecendo. Acaba sendo algo mais pra gente [...] Eu não gosto, mas aceitei pra agradar a mulher”** (sic).

Os conflitos em relação à festa de aniversário de sua filha estavam se dando, pois, boa parte das decisões estavam sendo tomadas pela família da esposa do paciente e Agenor não concordava com muitas dessas decisões. Como ele já tinha mencionado, se dependesse dele, o aniversário não iria acontecer. *“O que é que te incomoda nisso?”*, eu perguntei. Eis a sua resposta: **“Ah, é que ela [esposa] tem dificuldades de dizer não pra família dela, tudo o que os outros falam, ela faz [...] Teve uma vez que ela foi lá pra casa e iria dormir lá, aí a mãe dela começou a ligar pra dizer que iria mandar não sei quem ir buscar ela e ela simplesmente foi [...] Eu já falei pra ela [esposa] que, se um dia a mãe dela vir tirar graça comigo, eu pego a minha filha e vou embora”** (sic).

Algo sobre a forma pela qual as figuras femininas eram representadas pelo paciente começou a me chamar atenção. Por exemplo, as tias do paciente, que assumiram os cuidados de Agenor após o falecimento da sua mãe, eram relatadas pelo paciente de forma ambivalente. Ora eram mencionadas como figuras presentes de apoio, ora eram mencionadas como figuras rígidas de cobrança. Algo também surgiu quando Agenor se referiu à sua sogra e, além disso, à médica responsável pelo seu tratamento também. Em relação à sua companheira, as queixas do paciente diziam respeito à sua postura passiva em relação à família.

Isso também surgia quando o paciente se referia à sua filha, alguém que parecia muito com ele: era “agitada”, “travessa” e “muito esperta”, entretanto, chateava o paciente que, na casa de sua sogra, sua filha estava sendo muito “mimada”: **“Lá em casa, ela não é assim [...] Eu já falei que eu não gosto de criança mimada”** (sic). *“Como seria uma criança mimada?”*, perguntei ao paciente. Para Agenor, era uma criança que não sabe ouvir “não”, que quer ter as coisas na hora. Nesses momentos, ou quando Agenor falava sobre o aniversário de sua filha, o paciente fazia comparação com a criação que tivera. Era aí, então, que eu buscava instigá-lo a falar mais e mais conteúdos emergiam.

Por outro lado, no que tange às figuras masculinas, além do pai que devia a Agenor, o paciente mencionava sobre os seus dois tios que, curiosamente, segundo o paciente, estavam doentes: **“Todos os homens da família adoeceram juntos”** (sic). *“Todos os homens da família adoeceram juntos? Como é isso?”*, questionei ao paciente. Agenor riu, dizendo que era coincidência e mudou de assunto. A forma como o paciente dizia das figuras da sua família, como dos tios e tias, bem como da sua filha, poderia dizer sobre a sua série psíquica, fazendo referência à sua constituição psíquica e seus modos de relação com o Outro (Lacan, [1960-1961] 2010).

Assim como mencionado no caso clínico anterior, Agenor foi um dos pacientes infectados por COVID-19, que também teve sua programação de alta adiada por conta desse fator. Em uma manhã, quando estava me preparando para iniciar os atendimentos, fui abordado por uma residente de Medicina, que solicitou uma breve conversa comigo e com a sua médica preceptora, a respeito do caso de Agenor. De acordo com as médicas, o paciente não reagiu bem à comunicação de que a sua alta tinha sido prorrogada para seguir os protocolos de saúde.

As médicas observaram que, talvez, o paciente estivesse *“se punindo por conta da sua hospitalização”*, o que reverberou em movimentos hostis de sua parte durante a comunicação médica. Nesse sentido, mencionaram ao paciente que iriam acionar o setor de Psicologia para

que ele recebesse o suporte devido, contudo, Agenor tinha sido categórico ao dizer às médicas que não queria mais atendimento psicológico. Sendo assim, as médicas solicitaram que eu visitasse o paciente, contudo, adiantaram que, talvez, ele não fosse receptivo ao atendimento. Às médicas, pontuei que talvez a prorrogação de alta pudesse ter sido frustrante e que tais movimentos do paciente pudessem dizer algo importante sobre ele, ou seja, busquei localizar tal situação como possibilidade de trabalho.

O que poderia estar por detrás da solicitação médica? Seria um pedido para fazer com que o paciente cessasse os seus movimentos hostis? Ao mesmo tempo, ocorreu uma suposição de saber, na equipe médica, para que tal solicitação fosse realizada. De acordo com Moretto (2019a, b), ao mesmo tempo que o analista opera em uma vertente institucional mediante a comunicação dos resultados de sua atuação e, também, no campo das decisões, ele não pode receber as demandas da equipe multiprofissional sem questioná-las. Por isso, ao receber a solicitação médica, recusá-la de antemão inviabilizaria possibilidades de trabalho multiprofissional, sendo assim, inseri um componente subjetivo – a possibilidade de que algo de Agenor estivesse se evidenciando através daqueles movimentos hostis – e mencionei a possibilidade de trabalho.

No mesmo dia, compareci à enfermaria para falar com Agenor. Encontrei o paciente em seu leito, com um de seus olhos inchados. O cumprimentei e perguntei se podíamos conversar. O paciente me olhou, esboçou um leve sorriso e aceitou. Perguntei como ele estava e Agenor me contou o que tinha acontecido em relação à sua programação de alta e como aquilo foi frustrante para ele: **“Eu passei a pandemia toda sem pegar COVID e venho pegar agora? Mas eu entendo que eu estou em um hospital e que minha imunidade está baixa”** (sic).

Além disso, Agenor mencionou sobre a irritação que estava tendo em um de seus olhos e disse que aquilo poderia ser alguma reação alérgica, também se queixou de tosse recorrentes. Ao todo, a alta hospitalar do paciente foi adiada durante quinze dias, que seria o tempo necessário para que um novo teste de COVID-19 fosse realizado. Triste, o paciente retomou a respeito de suas escolhas erradas e como essas refletiam o seu estado atual: **“Eu parei o tratamento e tô aqui agora, mas eu já aceitei isso”** (sic). *“Aceitou ou se conformou?”*, me ocorreu, o que incorri na verbalização sem tantas reflexões no momento.

Eis que Agenor respondeu: **“É... talvez eu tenha me conformado”** (sic). *“E o que você vai fazer com isso?”*, perguntei ao paciente. Agenor, então, retomou o que as médicas comunicaram a ele, falou sobre os exames que faria e o tempo que esperaria pelos resultados.

Além disso, o paciente mencionou que, durante esse período, iria fazer algumas demandas da sua faculdade. Posteriormente, eu refleti sobre a verbalização do pensamento que tive e me questionei se aquilo tinha sido um movimento apressado da minha parte.

Teoricamente, ao oferecer um significante meu, “conformou”, eu saí do lugar de objeto causa de desejo (Lacan, [1964] 2008), pois, em alguma medida, talvez fosse mais interessante torcer o significante do paciente, “aceitou”, e relançar às associações, ao invés de inserir um segundo. Em contrapartida, pode-se afirmar que isso ressoou de alguma forma ao paciente, ao passo que ele seguiu associando. Contudo, questionei-me se isso diz de um efeito analítico propriamente dito ou de uma intervenção imaginária a nível do Eu, que resultaria na identificação com o significante dado pelo analista. Depois disso, busquei reintroduzir algo da ordem da causa de desejo: “o que você vai fazer com isso?”. Que efeitos, então, isso poderia ter no manejo da transferência? Bom, seria algo a ser visto somente no *a posteriori*.

Em nossos últimos atendimentos, ao chegar à enfermaria, eu encontrava Agenor em seu leito, jogando um de seus jogos eletrônicos, em conexão *on-line* com seus amigos. Ao me ver, Agenor pedia para que eu esperasse a partida terminar e assim o fazia. Quando iniciamos, Agenor me falava sobre o jogo que estava jogando e como, assim como o material didático da sua faculdade, aquilo o ajudava a passar tempo no decorrer dos dias em que estava internado. Inclusive, ele também fez uma brincadeira em relação a sua esposa, de que ela o proíbe de jogar o jogo, mas mesmo assim, Agenor o fazia.

“*O que você pensa disso?*”, perguntei ao paciente e, segundo o paciente, ele não gostava de ser mandado pela esposa, inclusive falou de relacionamentos passados, no qual sua antiga companheira tinha comportamentos impositivos, tentando mandar nele, o que fez com que Agenor saísse da relação. “*Como foi isso pra ti?*”, perguntei ao paciente, mas Agenor riu e desconversou, dizendo que sua antiga namorada era “**doida**” (sic). Me chamava a atenção esses movimentos de abertura e fechamento no discurso de Agenor. Por vezes, tinha a impressão de que estava diante de alguém hiper vigilante sobre os assuntos que falava. Seria isso referente à sua desconfiança, conforme tivera me dito no início de nossos atendimentos? Mesmo assim, durante o período de nossos atendimentos, o paciente pôde falar sobre diversos pontos da sua história, de pouco em pouco.

Em alguns dias, comparecia à enfermaria para escutá-lo e ele iniciava os atendimentos dizendo que não tinha novidades para me contar. “*Novidades? Fale o que lhe ocorrer, mesmo que isso não faça sentido*”, eu pontuava. A partir daí, Agenor falava sobre os preparativos para

o aniversário da sua filha, a sua faculdade, bem como sobre seus planos após a sua alta hospitalar, que tinha sido confirmada para alguns dias depois. Em nosso último atendimento, já que eu estava finalizando minhas atividades no hospital, perguntei ao paciente o que ele tinha achado sobre o período de atendimentos. **“Eu pude falar sobre muitas coisas aqui, que eu geralmente não falo pra ninguém. Às vezes, eu comentava algumas coisas com os meus amigos, mas era quando a gente bebia. Aqui, eu pude falar sóbrio sobre isso, sem precisar estar bêbado”** (sic), foi a sua resposta.

Agenor, nesse atendimento, ao se referir ao seu tratamento, passou a mencionar que iria segui-lo corretamente, que iria cuidar mais da sua vida. Diferente dos momentos iniciais, quando o paciente mencionava que iria mudar pela sua filha, algo em sua narrativa se deslocou e ele passou a se apropriar mais da sua condição. Eis que nos despedimos e, na semana seguinte, tive notícias de que o novo teste para COVID-19 de Agenor tinha dado negativo e que o paciente tivera alta. No dia de sua alta, Agenor pediu para que o setor de Psicologia comunicasse ao profissional que tinha conduzido o seu atendimento psicológico e transmitisse o seu agradecimento a ele.

Durante o trabalho de escrita do referido do caso clínico, algumas reflexões puderam ser construídas a respeito do lugar da instituição no psiquismo do paciente e da dimensão ambivalente da transferência, dos ecos dos estigmas no tratamento antirretroviral e na experiência de hospitalização, do lugar do analista no manejo da transferência, bem como do movimento de retificação subjetiva no contexto de hospitalização.

Se pensarmos por uma perspectiva freudiana clássica (Freud, [1912] 2018), poderíamos mencionar que o movimento inicial do paciente – “eu não curto muito psicólogo” - diria respeito a uma transferência negativa que, embora não se manifestasse diretamente via sentimentos hostis para com a figura do analista, ainda assim, presentificava uma dimensão ambivalente, que surgiu no atendimento como fator de resistência. Por outro lado, lançando mão das contribuições teóricas lacanianas (Lacan, [1960-1961] 1992), sobretudo de que a resistência é, no fim, do analista, podemos dar outros desdobramentos ao fenômeno em questão: se o paciente resiste, ele está fazendo algo já esperado, o que não significa necessariamente algo negativo à direção do tratamento.

Quando o paciente resiste, algum conteúdo inconsciente está sendo mobilizado, por isso ocorre o fechamento do inconsciente. Dessa forma, cabe ao analista incidir o seu manejo, visando operar uma abertura no inconsciente do paciente, culminando na continuidade do seu

fluxo associativo. Nesse sentido, ao mesmo tempo que falas como “eu não curto psicólogo” emergem, também surgem falas como “eu sou da casa”, fazendo referência à instituição, por exemplo. Diante disso, pôde-se relançar as associações do paciente, para que ele seguisse falando até que algum significante aparecesse e sinalizasse a abertura do inconsciente.

No momento em que tal abertura dá sinais, algo pode ser feito. Por exemplo, o que a expressão “eu sou da casa” poderia dizer sobre Agenor? Quando solicitado a desdobrar a respeito do que falara, Agenor afirmou que se tratava da familiaridade com a instituição, levando em consideração o seu histórico de internações anteriores, o que implica também uma experiência anterior de atendimento psicológico. Ou seja, a instituição já ocupava um lugar na série psíquica do paciente, já existindo transferência para com ela (Nali, 2002). De saída, então, tem-se: 1. A instituição já ocupa um lugar no psiquismo do sujeito; 2. O atendimento psicológico, na série psíquica de Agenor, tinha sido atrelado a uma experiência desconfortável, o que diz de uma transferência anterior, que poderia se presentificar novamente ou não.

Ainda sobre a transferência, que manifesta as posições subjetivas do sujeito diante do Outro, pudemos observar quando Agenor, no decorrer dos atendimentos, diz que não gosta de ser “mandado”. Não obstante, podemos observar reflexos disso quando Agenor mencionou a respeito da sua primeira experiência de atendimento psicológico, das suas tias e da médica que estava acompanhando o seu caso. Além disso, outro exemplo pode ser mencionado, que é quando ocorre a comunicação médica a respeito do adiamento da sua alta hospitalar, momento no qual o paciente se colocou de forma hostil, segundo a equipe médica.

Ao analisarmos o caso, podemos observar que, no *setting* analítico criado, a transferência surgia, mas era manejada de uma outra forma: eu não estava lá para orientar o paciente ou “mandá-lo” fazer algo, objetivando com que Agenor se adaptasse a algum ideal de saúde mental, por exemplo. Ou seja, como analista, eu não deveria ter ambições terapêuticas e pedagógicas em relação ao paciente (Freud, [1912] 2018), pelo contrário, eu estava lá sustentando um desejo pela diferença absoluta do paciente (Lacan, [1964] 2008), interessado em saber sobre a sua história. Refletindo sobre isso, posteriormente, surgiu a hipótese de que isso operou como o significante qualquer (Sq) que capturou o paciente, estabelecendo os fundamentos para uma relação transferencial a ser manejada (Lacan, [1967] 2003).

No início do nosso trabalho clínico, o paciente pôde falar livremente sobre o que quisesse, o que possibilitou a ele se queixar sobre o que quisesse. Dessa forma, o paciente falou a respeito dos profissionais de saúde, da sua família e do seu adoecimento. Sendo assim, com

o passar do tempo, puderam ser recolhidos elementos que davam sinais a respeito de uma narrativa de sofrimento e, conseqüentemente, de uma posição subjetiva. Por exemplo, se tomarmos os apontamentos de Moretto (2019a) a respeito das narrativas de sofrimento, poderíamos pensar que a posição subjetiva que Agenor assumia se manifestava pela narrativa do ressentido, o que se mostrou pelas relações transferenciais do paciente comigo e com a equipe médica.

Para Moretto (2019a), o dilema do ressentido é se apropriar de sua condição desejante, não mais atribuindo esse dever a um Outro. Ao analisarmos o caso clínico, podemos observar que o movimento de Agenor, sobretudo no início do processo, era de atribuir ao outro as suas demandas e as suas preocupações: os tios que davam trabalho, as tias que o cobravam, a esposa que não sabia dizer não à sua mãe, a filha mimada, a médica rígida, a antiga psicóloga que o traumatizou, entre outras. Dessa forma, quando o paciente passa a tomar o seu tratamento para si, pode-se localizar um movimento de retificação subjetiva (Quinet, 1997). Seria, então, a virada discursiva entre “irei melhorar pela minha filha” e “irei cuidar da minha vida” um possível efeito de retificação subjetiva, um movimento de alguém que “cresceu”, fazendo referência à fala de Agenor?

Em complemento, ainda nesse movimento, já podemos ter acesso aos conteúdos que dizem acerca da relação de Agenor com o seu adoecimento, sobretudo a respeito de como o sujeito apreende os estigmas sobre o HIV/aids, os efeitos disso na sua experiência de adoecimento e, também, na relação do paciente com o seu tratamento antirretroviral. Em relação a isso, podemos observar que a narrativa do paciente evidenciou os efeitos estigmatizantes e morais, mediante expressões como “decisões ruins que o paciente tomou”, o “sofrimento que ele causou à sua família”, entre outras que poderiam manifestar algo da dimensão da culpa e da vergonha (Francês; Bacchini, 2016).

Todavia, um ponto se mostra interessante à reflexão e à transmissão do caso, em relação à culpa e à vergonha a respeito dos efeitos dos estigmas sobre o HIV/aids: em ambos os casos, o de Caio e Agenor, os referidos sentimentos surgem, porém, cada um lançou mão de saídas singulares. Enquanto Caio se colocava na posição de um prisioneiro no aguardo do seu julgamento, que não poderia reclamar e que deveria ser colaborativo para com a equipe médica (evidenciando narrativas de sofrimento como a do informante e a do fracassado), Agenor, por outro lado, já se posicionava como alguém “desconfiado”, “rebarbado” e “brigão” (manifestando uma narrativa de sofrimento como a do ressentido). Em outras palavras, por mais

que a vergonha e a culpa tenham se manifestado nos casos, elas se mostraram de forma singular em cada um.

Retomando a epígrafe do caso de Agenor, a música “Por aí...”, de Cazusa, podemos observar um eu lírico que duvida do que acontece ao seu redor, por estar sozinho há um tempo. Em alguma medida, o fragmento da referida canção pode ser uma oportuna alegoria à posição subjetiva assumida inicialmente por Agenor: desconfiado em relação à figura do analista, tomando como referência a antiga experiência que tivera em sua internação anterior. Ou seja, isso se mostra como uma oportuna alegoria à “transferência desconfiada”, ambivalente, do paciente que, ao ser recebida e manejada, possibilitou um trabalho psíquico nesse contexto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação de mestrado teve como objetivo discutir possíveis implicações à manifestação e ao manejo da transferência no contexto de hospitalização por HIV/aids. Para tanto, como aparato metodológico para alcançar esse objetivo, lançou-se mão de uma abordagem teórico-clínica, a partir da escuta de pacientes hospitalizados no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) e da pesquisa teórica a respeito do conceito de transferência em psicanálise de base freudo-lacanianiana, da interface entre psicanálise e instituições de saúde pública e da clínica psicanalítica com sujeitos hospitalizados com HIV/aids.

Dentre os achados teóricos, correspondendo ao primeiro objetivo específico da dissertação, pôde-se circunscrever as contribuições psicanalíticas na obra freudiana, no ensino laciano e em comentadores que retomam as teorizações clássicas para refletirem sobre o trabalho psicanalítico em *settings* diferentes do tradicional. Em resumo, a transferência é considerada o motor da análise e a via pela qual as resistências surgem em oposição ao fluxo associativo do paciente, ou seja, ela viabiliza a análise e, ao mesmo tempo, manifesta os obstáculos à sua continuidade. Como desdobramentos, observou-se que a transferência está relacionada ao saber, bem como opera em movimentos de abertura e fechamento do inconsciente, por isso, é atrelada à resistência. Além disso, como apresentado, a transferência é o que garante as possibilidades de trabalho psicanalítico em instituições de saúde como o hospital, por exemplo.

Todavia, ao adentrar na cena hospitalar, o analista precisará estar ciente das particularidades da instituição, que implicam tanto na manifestação da transferência quanto em

seu manejo, implicações com as quais o analista irá operar em vertentes clínica e institucional. De saída, algumas particularidades foram trabalhadas no decorrer da dissertação, tais como a predominância da lógica médica, o trabalho multiprofissional em saúde, a temporalidade e as encruzilhadas transferenciais no hospital, abarcando o paciente, a equipe, a família e, de uma forma mais ampla, as representações sobre a instituição hospitalar.

Ademais, como recorte da cena hospitalar, deu-se enfoque ao cuidado em saúde de pessoas que vivem com HIV/aids, sustentando a hipótese de que, embora a escuta psicanalítica opere uma clínica do sujeito do inconsciente, não de condições orgânicas, há particularidades sócio-históricas do HIV/aids que estabelecem questões que precisam ser levadas em conta na escuta dos sujeitos, principalmente no que diz respeito ao efeito imaginário dos estigmas dos quais as pessoas que vivem com HIV/aids são alvo. Inclusive, algo que pudemos observar entre os achados clínicos da pesquisa foi que as resistências ao tratamento psicanalítico se utilizam dos efeitos imaginários dos estigmas no movimento de fechamento do inconsciente do sujeito, diante do qual o analista opera apostando em sua abertura.

Nesse contexto, podemos refletir sobre a manifestação e o manejo da transferência na hospitalização por HIV/aids. Levando em consideração que a transferência, de acordo com as contribuições lacanianas, está relacionada ao saber, na cena hospitalar, ela é estabelecida com todos os personagens, os profissionais de saúde, que passam a compor, também, a cena psíquica do paciente. Todavia, é o psicanalista quem operacionaliza a transferência ao trabalho psíquico e à produção de saber inconsciente que ocorre quando o sujeito hospitalizado pode falar sobre si mediante palavras plenas ou, partindo dos desdobramentos teóricos no ensino laciano, de transferência simbólica.

Como especificidade do contexto hospitalar, evidenciou-se na investigação teórica que as possibilidades de trabalho psicanalítico se circunscrevem na realização das entrevistas preliminares. Pois bem, ao recorrer às contribuições clássicas sobre as entrevistas preliminares, pôde-se recolher apontamentos teóricos sobre o processo que ocorre antes da entrada em análise de fato, que é regido pela ética da psicanálise e a sua regra fundamental, dando enfoque à elaboração de um sintoma, ao diagnóstico estrutural e ao estabelecimento da transferência pelo paciente.

Diante disso, sobretudo no que diz respeito ao diagnóstico estrutural, refletiu-se sobre outras implicações à realização das entrevistas preliminares no hospital e, conseqüentemente, às possibilidades de manejo da transferência nesse momento de trabalho. Dessa forma,

correspondendo ao segundo objetivo específico da dissertação, pôde-se destacar que é necessária a ampliação de alguns aspectos recolhidos durante as entrevistas preliminares, o que diz também a respeito da função da transferência na realização desse trabalho.

Para além do diagnóstico da estrutura e do tipo clínico, por exemplo, que são essenciais à direção do tratamento psicanalítico, no hospital, refletiu-se a respeito de possibilidades diagnósticas outras, que não necessariamente correspondem às mencionadas nas perspectivas clássicas, mas ao mesmo tempo, são recolhidas da relação transferencial e, também, dizem respeito à posição subjetiva do sujeito: a sua narrativa de sofrimento em relação ao seu adoecimento, que é refletida na relação entre o sujeito, seus familiares, a equipe de saúde e a própria instituição, o que também inclui o psicanalista nessa cena.

Outra possível implicação à manifestação e ao manejo da transferência destacado no estudo foi chamada de “encruzilhadas transferenciais”, para representar a forma pela qual a transferência se manifesta entre paciente, equipe, família e instituição. Dessa forma, o psicanalista precisa reconhecer a cena hospitalar e se posicionar nela, para manejar as transferências nesse contexto. Sendo assim, ele recolhe algo na vertente clínica do seu trabalho (escuta dos pacientes, familiares e acompanhantes) e a transmite em uma vertente institucional aos seus pares (equipe multiprofissional). Vale lembrar que a transferência está para ambas as vertentes, pois é a transferência, se manejada, que possibilita o trabalho.

Algo importante ao manejo da transferência, destacado tanto na dimensão teórica quanto na dimensão clínica da pesquisa, foi que, para manejá-la, o analista precisa se assegurar de sua função, o que o resguardará de ceder à lógica médica, não realizar intervenções no nível do Eu do sujeito, mas operar a partir de intervenções a nível do significante, bem como reconhecer o não-dito da cena hospitalar. Nesse sentido, o material clínico da dissertação (quatro fragmentos e dois casos clínicos propriamente ditos) foi trabalhado, dando enfoque às manifestações da transferência na hospitalização por HIV/aids e, também, às possibilidades de manejo. Evidencia-se o termo “possibilidades”, pois correspondem a exemplos específicos a respeito de situações singulares, que não podem (e nem devem) ser tomados como protocolos de direção do tratamento, visto que cada caso será conduzido de forma singular.

Ainda sobre a função do analista, para que ela opere no manejo da transferência através da aposta de abertura no inconsciente, o que precisa estar em jogo é o desejo do psicanalista em escutar o sujeito mesmo que ele resista à continuidade do tratamento. Em outras palavras, o desejo do psicanalista é o que o ajuda a assumir a posição de objeto causa de desejo na direção

do tratamento. Para tanto, durante a coleta de dados, foram de suma importância as supervisões clínicas, as discussões no grupo de pesquisa e, principalmente, a análise pessoal.

Como mencionado na introdução, meu primeiro contato com discussões psicanalíticas a respeito do HIV/aids se deu mediante a análise de materiais cinematográficos que, em sua maioria, ainda retravam o HIV/aids a partir dos momentos críticos da epidemia: homossexuais masculinos morrendo de forma brutal, com seus corpos emagrecidos e marcados pelos efeitos da doença. Mesmo que eu soubesse sobre os avanços no cuidado em saúde às pessoas que vivem com HIV/aids, as imagens retratadas nos filmes que eu tinha analisado ainda me ocorriam ao passo de eu me questionar se seria aquilo que eu encontraria no hospital. De saída, movimentos de resistência meus já estavam se mostrando antes mesmo de eu iniciar as atividades clínicas, ou seja, os efeitos imaginários dos estigmas em relação ao HIV/aids também reverberam nos profissionais que estão atuando no cuidado em saúde, o que não exclui a figura do analista.

Depois de iniciadas as atividades, algo da ordem da resistência do analista seguiu dando sinais. No início das minhas atividades clínicas, ao ter conhecimento da vulnerabilidade social que muitos dos pacientes atendidos vivenciavam, questionei-me se, em primeiro plano, a necessidade mais urgente a ser atendida seria algo da ordem da realidade material. Ademais, por já ter contato com a temática do HIV/aids, em momentos, pude me perceber dando muita ênfase às representações do HIV/aids e como ele era tomado pelas fantasias do sujeito, o que me levava a não identificar, de início, outros pontos importantes do caso.

De fato, vulnerabilidade social e as representações da condição orgânica de adoecimento são pontos importantes, todavia, é preciso que o analista sustente uma posição – ética, diga-se de passagem – que o permita transitar entre tais extremos, mas que sustente a subjetividade como primazia da direção do tratamento. Isso possibilita que o analista opere a sua função na abordagem clínica (atendimentos aos pacientes) e institucional (trabalho multiprofissional). Além disso, sustentar a ética da psicanálise, da qual o manejo da transferência é a estratégia, transmite importantes contribuições ao campo da saúde pública, da pólis. Nesse sentido, a noção de “analista cidadão” foi frutífera às reflexões do presente estudo, ao reforçar que o analista é convocado a atuar a partir da sua função, não da sua pessoa.

Em relação ao terceiro objetivo específico da pesquisa, pôde-se observar que, os estigmas que atravessam o laço social em relação ao HIV/aids podem, no decorrer da análise, surgir como efeitos imaginários de resistência, operando no fechamento do inconsciente e, por conseguinte, na interrupção do fluxo associativo do paciente, como já mencionado. A partir da

escuta clínica, pôde-se recolher que o efeito moral, culminando em sentimentos de culpa e vergonha, pode evidenciar tal movimento.

Diante disso, o manejo da transferência pode incidir para que o sujeito, mediante o seu trabalho psíquico, possa se descolar desse efeito imaginário. Além disso, em primeira análise, afirmar que a clínica psicanalítica com pessoas que vivem com HIV/Aids seria diferenciada por apresentar fenômenos psíquicos específicos não seria interessante teoricamente e eticamente em psicanálise, todavia, mostra-se necessário reconhecer que os processos psíquicos do sujeito podem utilizar da condição de adoecimento orgânico em questão como efeito imaginário de resistência. De toda forma, trata-se de uma discussão que não se esgotará neste trabalho, abrindo outras possibilidades de reflexão a respeito.

Retomando, então, a epígrafe que inaugura a presente dissertação de mestrado, podemos observar que o escritor cogita a possibilidade de que existirão poetas que saberão dizer aos doentes de aids as palavras que os arrancarão de um lugar de subalternidade presente na metáfora dos “túmulos”. Bom, a esperança presente na crônica em questão me remeteu à função do analista, independente do lugar em que ele esteja. Essa função faz referência à ética da psicanálise, a ética do desejo. Portanto, não cabe ao analista dar uma resposta ao doente, mas sustentar um lugar para que ele se questione e produza algum saber sobre si. Como mostrado pelas vinhetas clínicas, isso não é sem consequências ao sujeito hospitalizado, seus familiares e à instituição de saúde.

Dito de outra maneira, as palavras que poderão arrancar tais sujeitos dos seus túmulos, na verdade, são as palavras plenas, de saber inconsciente e da verdade subjetiva, que eles mesmos tenham a dizer sobre si, deslocando-se dos efeitos imaginários dos estigmas em relação ao HIV/aids e dos supostos ideais de saúde. Nesse trabalho, a escuta psicanalítica se mostrou como um importante dispositivo de facetas teórica, clínica, política e ética à cena hospitalar, no cuidado em saúde dos sujeitos hospitalizados com HIV/aids.

Dessa forma, reafirmando as justificativas acadêmica e social da dissertação, a respeito da ampliação do arcabouço psicanalítico e dos possíveis subsídios ao cuidado em saúde em instituições públicas, tem-se que a partir da primazia da subjetividade sustentada na escuta clínica e no manejo da transferência, foi possível recolher tais achados. Ou seja, algo do que foi recolhido dessa escuta pode ser transmitido aos demais campos do saber que se propõem a refletir sobre o cuidado em saúde das pessoas que vivem com HIV/aids, sobretudo no contexto de saúde pública e coletiva.

Além disso, algumas limitações já esperadas ao estudo podem ser destacadas. A primeira diz respeito à particularidade do lugar do pesquisador na instituição de saúde. Como mencionado, eu não fazia parte da equipe multiprofissional do hospital, mas ao mesmo tempo, eu estava entre a equipe multiprofissional. Esse lugar de “dentro e fora”, por um lado, me possibilitou observar determinados fenômenos na instituição, todavia, também foi um desafio no que concerne ao estabelecimento da transferência para com os profissionais. A partir disso, os achados clínicos presentes na dissertação fizeram maiores referências à vertente clínica da atuação do analista, mesmo que a vertente institucional seja contemplada indiretamente. De toda forma, pode-se afirmar que os dados recolhidos durante a experiência vivenciada no hospital responderam ao objetivo geral da dissertação.

Por fim, cabe ressaltar que o manejo da transferência, embora consista no que move a análise, trata-se apenas do operador estratégico da ética da psicanálise, sendo o falta-a-ser do analista o operador político e, a interpretação o operador tático. Ou seja, a sustentação da ética da psicanálise durante a escuta clínica tem três facetas, conforme foi identificado na dimensão teórica da dissertação. Nesse sentido, outras possibilidades de reflexões teórico-clínicas mais amplas a respeito da interface entre psicanálise e instituições de saúde públicas no cuidado em saúde de pessoas que vivem com HIV/Aids poderão ser realizadas daqui em diante, visando situar, de forma rigorosa, possibilidades de trabalho psicanaliticamente orientado nesse contexto.

REFERÊNCIAS

ABREU, Caio Fernando. Primeira carta para além do muro. *In*: ABREU, Caio Fernando. **Pequenas epifanias**. Rio de Janeiro: Agir editora, 2006. p. 106-108.

ABREU, Douglas Nunes. A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 74-82, abr., 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000100008. Acesso 15 nov. 2023.

ALBERTI, Sonia. Psicanálise e Hospital: uma prática rigorosa. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n.spe, p. 6-18, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582019000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso: 15 nov. 2023.

ALVES, Rubem. Aids. *In*: ALVES, Rubem. **O Retorno e Terno: crônicas**. Campinas: Papirus Editora, 2010. p. 115-117.

BACCHINI, Alessandro Melo *et al.* Reflexões sobre o inquietante de ser portador de HIV/Aids. **Tempo psicanalítico**, v. 44, n. 2, p. 271-284, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200002. Acesso: 29 out. 2022.

BACCHINI, Alessandro Melo. **Ser portador de HIV/AIDS**: reflexões sobre sexualidade feminina e ideais do Eu. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

BACCHINI, Alessandro Melo; CRUZ, Alexandre Théo de Almeida. Travessias entre o pulsional e o traumático a partir da escuta na clínica da aids. **Polêm!ca**, v. 17, n. 2, p. 27-42, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/29614/20817>. Acesso: 19 fev. 2023.

BARATTO, Geselda. Genealogia do conceito de transferência na obra de Freud. **Estilos da clínica**, v. 15, n. 1, p. 228-247, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46088>. Acesso: 18 abr. 2022.

BARRA, Vanusa Balieiro do Rego. **O discurso do analista no hospital**: possibilidade de laço pela via do amor transferencial. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

BARRETO, Ocilene Fernandes; CECCARELLI, Paulo Roberto Ceccarelli. Eva, Maria e Lilith: corpo de delito. **Estudos de Psicanálise**, n. 43, p. 129-138, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372015000100013. Acesso: 19 fev. 2023.

BARRETO, Ocielene Fernandes. **Constituição do Eu e a transmissão vertical do HIV**: um estudo psicanalítico com adolescentes soropositivos. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

BISSOLI, Sidney da Silva Pereira. O conceito de transferência nos "Estudos sobre a histeria" (Breuer & Freud, 1895). **Paidéia**, v. 16, p. 19-23, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/HkYZXPyFrr4Jp8q4QWxzyzD/?format=html&lang=pt>. Acesso: 18 abr. 2022.

BORGES, Juliana Marques Caldeira; PINTO, Jorge Andrade; RICAS, Janete. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids: que doença é essa?. **Reverso**, n. 70, p. 67-74, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952015000200009. Acesso: 19 fev. 2023.

BORGES, Juliana Marques Caldeira; PINTO, Jorge Andrade; RICAS, Janete. Mães e crianças vivendo com HIV/aids: medo, angústia e silêncio levando a infância à invisibilidade. **Estudos de Psicanálise**, n. 32, p. 71-80, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-34372009000100008. Acesso: 19 fev. 2023.

BORGES JUNIOR, Dorivaldo Pantoja. **Aids, fantasia e transitoriedade**: construções analítico-cinematográficas. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Psicologia) – Universidade da Amazônia, Belém, 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Presidência da República**: casa civil, Brasília, DF, 19 de set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Presidência da República**: casa civil, Brasília, DF, 28 de dez. 1990.

CARNEIRO, Henrique Figueiredo. **AIDS: a nova desrazão da humanidade**. São Paulo: **Escuta**, 2000.

CARNEIRO, Ana Bárbara de Freitas; PENA, Breno Ferreira; CARDOSO, Ione Maria. Entrevistas preliminares: marcos orientadores do tratamento psicanalítico. **Reverso**, v. 38, n. 1, p. 27-36, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-73952016000100003. Acesso: 01 ago. 2023.

CASTELLANI, Mayra Moreira Xavier; MORETTO, Maria Livia Tourinho. A experiência da revelação diagnóstica de HIV: o discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista. **Revista da SBPH**, v. 19, n. 2, p. 24-43, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000200003. Acesso: 29 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para a atuação de psicólogas (os) nos programas e serviços de IST/HIV/AIDS. Brasília: **CFP**, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de dezembro de 2022.**

Disponível em:

https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html.

Acesso: 29 mar. de 2023.

CORDEIRO, Henrique Figueiredo. *AIDS: a nova desrazão da humanidade*. São Paulo: **Escuta**, 2000.

COUTO, Luis Flávio Silva. Quatro modalidades de pesquisa em psicanálise. *In*: NETO, Fuad Kylles; MOREIRA, Jacqueline Oliveira (Orgs.). **Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena, MG: EdUEMG, 2010, p. 59-80.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: **Artmed**, 2018.

DIAS, Helena Maria Melo; CECCARELLI, Paulo Roberto; MOREIRA, Ana Cleide Guedes. Situação de crise psíquica e desejo de saber. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 19, n. 1, p. 70-83, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/XPYdqM6hLKxrmgKw3BS6FQL/?lang=pt>. Acesso: 19 fev 2023.

DUPIM, Gabriella; BESSET, Vera Lopes. A psicanálise aplicada ao social. **Polêm!ca**, v. 13, n. 2, p. 1157-1167, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/10613>. Acesso: 04 out. 2023.

ELIAS, Valéria de Araújo. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. **Rev. SBPH**, v. 11, n. 1, 2008, p. 87-100. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100007. Acesso: 26 fev. 2023.

FERRARI, Ilka Franco. Caso clínico: método do exemplo. *In*: NETO, Fuad Kyrillos; MOREIRA, Jaqueline Oliveira. **Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena: EdUEMG, 2010. p. 36-48.

FLEXA, Jucélia Pereira. **A sexualidade de mulheres vivendo com aids**: contribuições da psicanálise. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 7, n. 1, p. 75-86, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/v9qDvJVsYY4tHQPdJtC9FgH/abstract/?lang=pt>. Acesso: 12. out. 2021.

FIGUEIREDO, Luís Claudio; MINERBO, Marion. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 257-278, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017. Acesso: 26 fev. 2023.

FRANCÊS, Igor; BACCHINI, Alessandro Melo. “Que é que os homens temem, acima de tudo?”: culpa e vergonha na clínica da Aids. **Polêm!ca**, v. 16, n. 1, p. 22-33, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/21341>. Acesso: 29 out. 2022.

FRANCÊS, Igor. **HIV, da possibilidade à aceitação**: paciente e terapeuta frente ao diagnóstico. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

FRANCÊS, Igor; VILHENA, Junia; BITTENCOURT, Maria Inês Garcia de Freitas. Quanto tempo me resta? Reflexões acerca da temporalidade em pacientes de aids. **Polêm!ca**, v. 12, n. 2, p. 706-718, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/29614/20817>. Acesso: 19 fev. 2023.

FRANKE, Débora; SILVA, Jerto Cardoso da. Da escuta à escrita: A construção do caso clínico em psicanálise. **Psicanálise & Barroco em revista**, v. 10, n. 2, 2012. Disponível em: <http://seer.unirio.br/psicanalise-barroco/article/view/8695>. Acesso: 24 out. 2021.

FREUD, Sigmund. A interpretação dos sonhos (1900). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: **Companhia das Letras**, 2019. (Obras completas, v. 4).

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer (1920). *In*: FREUD, Sigmund. **Além do princípio do prazer [Jenseits Des Lustprinzips]**. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 57-220. (Obras incompletas de Sigmund Freud).

FREUD, Sigmund.; BREUER, Josef. Estudos sobre a Histeria (1893-1895). Trad. Laura Barreto. São Paulo: **Companhia das Letras**, 2016. (Obras completas, v. 2).

FREUD, Sigmund. Caminhos da terapia psicanalítica ([1918] 1919). *In*: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Trad. Claudia Dornbusch. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p. 191-204. (Obras incompletas de Sigmund Freud, v. 6).

FREUD, Sigmund. Compêndio de psicanálise (1940). *In*: FREUD, Sigmund. **Compêndio de psicanálise e outros escritos inacabados**. Trad. Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica, 2014. p. 15-198. (Obras incompletas de Sigmund Freud).

FREUD, Sigmund. Fragmento de uma análise de um caso de histeria (Caso Dora) (1905). *In*: FREUD, Sigmund. **Histórias clínicas: cinco casos paradigmáticos da clínica psicanalítica**. Trad. Tito Lívio Cruz Romão. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 29-172. (Obras incompletas de Sigmund Freud).

FREUD, Sigmund. Lembrar, repetir e perlaborar (1914). *In*: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Trad. Claudia Dornbusch. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p. 93-108. (Obras incompletas de Sigmund Freud, v. 6).

FREUD, Sigmund. Observações sobre o amor transferencial ([1914] 1915). *In*: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Trad. Claudia Dornbusch. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p. 93-108. (Obras incompletas de Sigmund Freud, v. 6).

FREUD, Sigmund. O mal-estar na cultura (1930). *In*: FREUD, Sigmund. **Cultura, Sociedade, Religião: o Mal-estar na cultura e outros escritos**. Trad. Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 305-410.

FREUD, Sigmund. “Psicanálise e teoria da libido” (1923). *In*: FREUD, Sigmund. **Psicologia das massas e análise do Eu e outros textos (1920-1923)**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 273-308. (Obras completas, v. 15).

FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos para o tratamento psicanalítico (1912). *In*: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Trad. Claudia Dornbusch. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p. 93-108. (Obras incompletas de Sigmund Freud, v. 6).

FREUD, Sigmund. Sobre a dinâmica da transferência (1912). *In*: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Trad. Claudia Dornbusch. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p. 107-120. (Obras incompletas de Sigmund Freud, v. 6).

FREUD, Sigmund. Sobre o início do tratamento (1913). *In*: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. Trad. Claudia Dornbusch. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p. 121-150. (Obras incompletas de Sigmund Freud, v. 6).

GERALDO, Raoni Pereira da Silva Ramos; DIAS, Eliane Aparecida Costa. Pode uma análise prescindir do dinheiro?: Considerações sobre o pagamento na psicanálise. **Subjetividades**, v. 21, n. 1, p. 1-13, 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692021000100001&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 28 dez. 2023.

GUERRA, Andrea Maris Campos. Psicanálise e produção científica. *In*: NETO, Fuad Kyrillos; MOREIRA, Jaqueline Oliveira. **Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena: EdUEMG, 2010. p. 130-145.

GOBBATO, Gilberto Gênova. Transferência: amor ao saber. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 4, p. 103-114, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/LkLVCNF948rTppFPwjm5nkv/abstract/?lang=pt>. Acesso: 24 abr. 2022.

GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: **Editora LTC**, 1981.

GUEGUEN, Pierre-Gilles. A transferência como logro. *In*: FELDSTEIN, Richard; FINK, Bruce; JAANUS, Maire (Orgs.). **Para ler o seminário 11 de Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997. p. 93-108.

IRIBARRY, Isac Nikos. O que é pesquisa psicanalítica? **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 6, n. 1, 2003, p. 115-138. Disponível:

<https://www.scielo.br/j/agora/a/kMNkRYxpVCBG6NwwVR8Pryd/?lang=pt&format=html>. Acesso: 26 fev. 2023.

JARDIM, Felipe. A doença e o tempo: aids, uma história de todos nós. Rio de Janeiro: **Bazar do tempo**, 2019.

LACAN, Jacques. A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958). In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 591- 652.

LACAN, Jacques. O saber do psicanalista (1971-1972). Recife: **Centro de Estudos Freudianos do Recife**, 1997.

LACAN, Jacques. O seminário, livro 8: a transferência (1960-1961). Rio de Janeiro: **Zahar**, 1992.

LACAN, Jacques. O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud (1953-1954). Rio de Janeiro: **Zahar**, 2009.

LACAN, Jacques. O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Rio de Janeiro: **Zahar**, 2008.

LACAN, Jacques. Proposição de 9 de outubro 1967 sobre o psicanalista da escola. In: LACAN, Jacques. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 248-264.

LAURENT, Éric. O Analista cidadão. In: LAURENT, Éric. **A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007. p. 141-150.

LEBREGO, Arina Marques. **Estudo psicanalítico sobre a feminização da epidemia do HIV/Aids com usuários do Hospital Universitário João de Barros Barreto**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Orientadora: Ana Cleide Guedes Moreira. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2008.

LEBREGO, Arina Marques; BORGES JUNIOR, Dorivaldo Pantoja; BARROS, Maria Laídes Pereira. Os lutos em torno do VIH/sida: análise do relato de uma participante do documentário positivas. **Polêm! ca**, v. 20, n. 1, p. 64-81, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/55977>. Acesso: 24 out. 2021.

LEBREGO, Arina Marques; PENA, Breno Ferreira. A escrita de casos clínicos: dos efeitos no analista e da transmissão da psicanálise. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. 1-11. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19639>. Acesso: 12 out. 2021.

MARCOS, Cristina. A escrita do caso clínico em psicanálise: uma lógica não-toda. In: FERREIRA, Tânia; VORCARO, Angela (Orgs.). **Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita**. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p. 97-110.

MARTIN-CHABOT, Béatrice. Mulheres HIV-positivas e grávidas: grávidas dentro do casal. Experiência numa associação parisiense. **Ágora: estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 13, n. 1,

p. 121-130, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/agora/a/vJgbHbQS47FgwwFGV6kX8VR/?lang=pt>. Acesso: 19 fev. 2023.

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

MILLER, Jacques-Alain. Introdução à leitura do seminário da angústia de Jacques Lacan. **Opção lacaniana**, nº 43, 2005.

MILLER, Jacques-Allan. A transferência de Freud a Lacan. *In*: MILLER, Jacques-Allan. **Percurso de Lacan: uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. p. 55-67.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção primária e Atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema de saúde do mundo. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso: 12 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2023**. Disponível em:

<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>. Acesso: 28 dez. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hiv-aids>. Acesso: 13 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de setembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Biblioteca Virtual em Saúde**: Brasília, DF, 30 de dez. 2010.

MIRANDA, Alex Nazareno. **Nas trincheiras de combate, o abatimento**: adicção e Aids. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

MIRANDA, Aristóteles Guilliod de; ABREU JUNIOR, José Maria de Castro. O Sanatório de Belém: a epopeia-ou via sacra? - de sua construção. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 7, n. 2, p. 13-13, 2016. Disponível em: <https://ojs.iec.gov.br/index.php/rpas/article/view/277>. Acesso: 12 out. 2022.

MOREIRA, Ana Cleide Guedes *et al.* Cuidados no hospital geral: desdobramentos psicanalíticos na clínica da aids. **Polêm!ca**, v. 12, n. 1, p. 31-38, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/5273>. Acesso: 29 out. 2022.

MOREIRA, Ana Cleide Guedes. Delicadezas do eu: fundamentos da vulnerabilidade. **Reverso**, n. 36, p. 25-32, 2012. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952012000200003.

Acesso: 19 fev. 2023.

MOREIRA Ana Cleide Guedes; VIEIRA, Mila Maria de Carvalho Dias; CECCARELLI, Paulo Roberto. Sexualidade e ideal de feminilidade: contribuições para o debate. **Estudos de Psicanálise**, n. 49, p. 45-54, 2018. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372018000100004&lng=pt&nrm=iso#:~:text=Trata%2Dse%20de%20demonstrar%20a,enq uanto%20sujeito%20do%20seu%20desejo. Acesso: 19 fev. 2023.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde. São Paulo: **Zagodoni Editora**, 2019.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. O que pode um analista no hospital?. Belo Horizonte: **Artesã Editora**, 2019.

NALI, Maria Cristiane. A sutileza da transferência no contexto hospitalar. **Estilos da Clínica**, v. 7, n. 13, p. 32-41, 2002. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282002000200004.

Acesso 15 nov 2023.

NASIO, J-D. O que é um caso? In: NASIO, J-D. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. p. 9-32.

OLIVEIRA, Gabrielle de Kássia Carrera; BORGES JUNIOR, Dorivaldo Pantoja; CORRÊA, Hevellyn Ciely da Silva. Três cartas para além dos muros: a escrita da transitoriedade e o corpo marcado pelo HIV/aids. In: RODRIGUES, Hermano de França et al. **O inconsciente e suas letras: a ars literária escuta as queixas da subjetividade**. João Pessoa: LIGEPSI, 2022. p. 251-265.

OLIVEIRA, Paula Affonso; MOREIRA, Ana Cleide Guedes. Trauma e feminilidade na clínica com mulheres vivendo com HIV/aids. **Polêm!ca**, v. 16, n. 4, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/26453>. Acesso: 19 fev. 2023.

PECK VASCONCELOS, Ana Carolina. **A angústia de pacientes oncológicos no final da vida**: desamparo, adoecimento e hospitalização. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.

PENA, Breno Ferreira. A construção do caso em saúde mental como meio de sustentar o discurso do analista na instituição. **Estudos de Psicanálise**, n. 47, p. 135-140, 2017.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372017000100011. Acesso: 12 out. 2021.

PINHEIRO, Amanda Cristina Serrão. **A pesquisa em psicanálise no hospital**: corpos marcados pelo HIV/aids. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

PINTO, Jeferson Machado. A instituição acadêmica e a legitimação da vocação científica da psicanálise. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 12, n. 3, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/55KBpQ8DrKK8rTGcNvfz99k/?lang=pt>. Acesso: 26 fev. 2022.

PLATAFORMA LATTES. Ana Cleide Guedes Moreira. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/9245673017553186>. Acesso: 12 nov. 2023.

PLATAFORMA LATTES. Breno Ferreira Pena. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/1587208433134328>. Acesso: 12 nov. 2023.

POR aí... Interprete: Cazuza. Compositores: Cazuza e Frejat. *In*: POR aí... Interprete: Cazuza. Rio de Janeiro: Philips, 1991. 1 CD, faixa 6 (3:01 min).

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA. Dissertações. Disponível em: <https://ppgp.propesp.ufpa.br/index.php/br/teses-e-dissertacoes/dissertacoes>. Acesso: 15 nov. 2023.

QUEIROZ, Iançã Maués de. **Compulsão à repetição na clínica psicanalítica com pessoas vivendo com HIV/aids em condição de hospitalização**. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2022.

QUINET, Antonio. As 4+1 condições da análise. Rio de Janeiro: **Zahar**, 1991.

SILVA, Denise Quaresma da. A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. **Estudos de Psicanálise**, n. 39, p. 37-45, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000100004. Acesso: 24 out. 2021.

SIMONETTI, Alfredo. Psicologia hospitalar e psicanálise. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2018.

SONTAG, Susan. Doença como metáfora/AIDS e suas metáforas. São Paulo: **Companhia das Letras**, 2007.

SORDI, Bárbara Araújo et al. A feminização da aids: efeitos da moral médica. **Polêm! ca**, v. 15, n. 2, p. 013-028, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/17957>. Acesso: 05 abr. 2021.

SORDI, Bárbara Araújo. **Feminização da Aids e sexualidade feminina na teoria freudiana**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2014.

TAVARES, LAT; HASHIMOTO, F. A pesquisa teórica em psicanálise: das suas condições e possibilidades. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, 2013. p. 166-178. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/127040>. Acesso: 26 fev. 2023.

TIMERMAN, Artur; MAGALHÃES, Naiara. **Histórias da AIDS**. Belo Horizonte: **Autêntica**, 2015.

UNAIDS. Guia de Terminologia do UNAIDS. Brasília: **UNAIDS**, 2017.

VILLELA, Angela Bezerra. A atualidade da psicanálise: do HIV à escuta pulsional.

Cadernos de psicanálise, v. 35, n. 29, p. 77-87, 2013. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952013000200005#:~:text=O%20fen%C3%B4meno%20segregativo%20em%20rela%C3%A7%C3%A3o,o%20horror%20trazido%20por%20ela. Acesso: 19 fev. 2023.

VOLTOLINI, Rinaldo. O psicanalista e a pólis. **Estilos da Clínica**, v. 23, n. 1, p. 47-61,

2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/144620>. Acesso: 15 nov. 2023.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), na pesquisa: **As entrevistas preliminares, em hospital universitário, com pacientes internados com Aids**. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra pertence ao pesquisador responsável. Em caso de dúvida, você pode procurar o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP/ICS/UFPA): Rua Augusto Corrêa, nº 01. Faculdade de Enfermagem do ICS – Sala 13. Campus Universitário do Guamá. Bairro: Guamá. CEP: 66.075-110 – Belém-Pará. Tel: (91) 3201-7735. E-mail: cepccs@ufpa.br**

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: Esta pesquisa está sendo realizada pelo psicólogo e professor Dr. Breno Ferreira Pena e por sua equipe de pesquisa, da Universidade Federal do Pará, pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia, e tem como objetivo analisar, a partir do atendimento a pacientes com Aids internados no Hospital Universitário João de Barros Barreto - HUIBB, os fundamentos do atendimento psicológico de fundamentação psicanalítica no hospital, por meio do que é conhecido como “Entrevistas Preliminares”, o que corresponde a uma modalidade de atendimento psicológico realizado no hospital, oferecendo a escuta para o sofrimento psíquico vivenciado pelos pacientes internados com Aids, buscando-se criar, assim, um arcabouço teórico que leve em consideração as especificidades desta clínica.

Envolvimento na pesquisa: Ao participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) permitirá que o pesquisador lhe atenda e faça uso do conteúdo dos atendimentos em sua pesquisa. O senhor(a) tem a liberdade de recusar e, em caso de recusa, não será penalizado(a). Além disso, em qualquer momento, o(a) senhor(a) tem a plena liberdade de retirar o seu consentimento à pesquisa, também sem penalidade alguma por parte dos pesquisadores.

Coleta de dados: Será realizada uma pesquisa psicanalítica que utilizará a proposta de análise de casos clínicos, a partir dos quais serão realizados a coleta de dados para a pesquisa em questão.

Risco e desconforto: O estudo não apresenta riscos biológicos decorrentes da manipulação e administração de substâncias hospitalares, contudo, por se tratar de uma investigação baseada em atendimentos psicológicos no contexto hospitalar, apresenta um potencial incômodo: a abordagem de aspectos que podem causar sofrimento psíquico. Caso isso ocorra, é seu direito o suporte psicológico, e a oferta desse será de responsabilidade da equipe que conduz a pesquisa, de forma integral, imediata e gratuita pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

Benefícios: A(o) senhor(a), a pesquisa poderá proporcionar os benefícios decorrentes do atendimento psicológico durante sua hospitalização. O atendimento tem como objetivo a escuta e o tratamento de questões subjetivas que podem surgir durante a internação e causar sofrimento psíquico. Além disso, em aspectos teóricos, a pesquisa proporcionará reflexões a respeito da prática da psicanálise no hospital, focando no manejo clínico e nas repercussões psíquicas desencadeadas pelo diagnóstico de HIV e pela internação por Aids.

Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados coletados serão utilizados para elaboração de um relatório de pesquisa, artigos científicos e seminários de pesquisa. A sua identidade será preservada e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a sua identificação. **Para maior preservação da sua identidade, os documentos que constarem os dados coletados receberão**

nomes fictícios em lugar do seu nome, e outros dados da sua identificação também nunca serão divulgados. Todo material desta pesquisa ficará sobre a guarda do pesquisador responsável durante o período de análise e depois será destruído. Dados individuais sigilosos também não serão informados à instituição.

- a) O(a) senhor(a) está recebendo uma via do termo, que está lavrado em duas vias idênticas, para esse fim;
- b) A(o) senhor(a) fica garantido ressarcimento e como serão cobertas as despesas a que estejam sujeitos, na qualidade de participante da pesquisa ou desta decorrente;
- c) A(o) senhor(a) fica assegurada indenização por eventuais danos que lhe decorram da pesquisa;
- d) Todas as páginas das duas vias do TCLE devem ser rubricadas e, ao final, você ou seu representante legal, bem como pelo pesquisador responsável devem assinar na mesma página em que constam os contatos dos signatários do documento e do Comitê de Ética em Pesquisa local, organização responsável pela regulamentação das pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador Responsável:

Belém, Data: / /

Assinatura do pesquisador responsável

Nome: Breno Ferreira Pena

Endereço: Universidade Federal do Pará – Faculdade de psicologia – Rua Augusto Corrêa, n 1. Guamá, Belém/Pará

Celular: (91) 98418.40.42

E-mail: brenopena@hotmail.com

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, para os devidos fins, que, pelo pesquisador ou membro do projeto me foi concedido o prazo de (2) dois dias, para reflexão (podendo, inclusive, consultar familiares) sobre a conveniência de participação na pesquisa relacionada ao projeto de pesquisa denominado “As entrevistas preliminares, em hospital universitário, com pacientes internados com Aids”. Afirmo que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto completamente esclarecido(a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações necessárias.

Belém, Data: / /

Assinatura do participante

NOME:

RG:

Celular: