



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Elizabeth Samuel Levy

**DESAMPARO, TRANSFERÊNCIA E
HOSPITALIZAÇÃO EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA**

Belém

2008

ELIZABETH SAMUEL LEVY

**DESAMPARO, TRANSFERÊNCIA E
HOSPITALIZAÇÃO EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Cleide Guedes Moreira

Linha de pesquisa: Estudos Psicanalíticos e Psicopatológicos da Subjetividade.

Belém

2008

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) –
Biblioteca Central/ UFPA, Belém-PA**

Levy, Elizabeth Samuel.

Desamparo, transferência e hospitalização em Centro de Terapia Intensiva
/ Elizabeth Samuel Levy; orientadora, Prof^a Dr^a Ana Cleide Guedes Moreira.
– 2008

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Belém, 2008.

1. Psicanálise. 2. Pacientes. 3. Universidade Federal do Pará. Hospital
Universitário João de Barros Barreto. I. Título.

CDD: 21. ed. 616.8917

ELIZABETH SAMUEL LEVY

**DESAMPARO, TRANSFERÊNCIA E
HOSPITALIZAÇÃO EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Estudos Psicanalíticos e Psicopatológicos da Subjetividade.

Data de aprovação: 26. 06. 2008.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Ana Cleide Guedes Moreira – *Orientadora*
IFCH/UFPA

Prof^a Dr^a Roseane Freitas Nicolau - *Membro*
IFCH/UFPA

Prof^a Dr^a Junia de Vilhena – *Membro*
PUC/RJ

Ao meu pai, a quem eu sempre chamo.
Tenho a impressão de que ele brinca
comigo, como sempre o fez.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer a minha mãe *Dilce*, a quem devo minha vida e minha referência de amor. Mesmo se distanciando a cada dia, ela me ensina sobre o desamparo, sem saber o quanto.

À *Samia*, companheira que segurou todas comigo e, me fez acreditar que era possível chegar aqui. Ajudou-me com toda a intensidade que lhe é peculiar, com amor, carinho e porque não, também com algumas “chamadas” super necessárias!

À *Ana Cleide*, minha orientadora, amiga, mestra, companheira de lutas e de viagens pelo mundo e pela psicanálise que, com sua escuta, sua exigência e seu talento de pesquisadora, muito me ajudou nessa travessia.

Às amigas “de copo e de cruz”, *Cassandra Pamplona e Helena Dias*, que contribuíram com seus conhecimentos teóricos, suas opiniões, sugestões e fundamentalmente com “açúcar e com afeto”.

À *Beth Bittencourt* que tanto me amparou, naquele divã. Ajudou-me a suportar e, escutar o sofrimento de muitos daqueles que, estavam no hospital, entre a vida e a morte, frente ao desamparo.

Ao *Dandan*, meu rei, que segue meus passos, me orgulha e me faz sentir que, cada vez mais podemos contar um com o outro, em todos os momentos. Coisa rica!

À você *Marthinha* querida, que torce por mim, sempre com palavras e atos super afetivos.

Ao *Pito*, minha ave, que me acompanha há vinte anos, e me ajuda muito a entender sobre o amor e sobre a liberdade.

À minha família, que tanto divide comigo os momentos de alegria e de dificuldades, à minha mana *Esther*, aos meus irmãos *Nathan, Moisés (Bodey) e Frank (Baito)*, ao meu cunhado *Jacob*, minhas cunhadas, meus sobrinhos amados e fundamentalmente, aos meus sobrinhos netos, que me fazem acreditar no futuro.

Aos meus alunos que me ensinam a ensinar, em especial à *Vivian*, minha pupila.

Aos meus amigos queridos que torcem por mim.

Aos meus pacientes que, em seu sofrimento psíquico, me fizeram pensar e formular este trabalho, na tentativa de ajudá-los a transformar dor em palavras.

À D' us por tudo isso. *Le chaim!*

RESUMO

O objetivo desta dissertação foi o de investigar a noção de desamparo na teoria freudiana, articulada ao estudo de caso de três pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva (CTI), no Hospital Universitário João de Barros Barreto, em Belém do Pará. Na transferência, identificou-se que a enfermidade e a internação desses pacientes produziam um sofrimento psíquico tão intenso que os remetia à revivescência do desamparo infantil. Considerou-se que, a escuta analítica desse sofrimento, deu suporte a esses pacientes no sentido de subjetivar essa vivência dolorosa. Escutar o paciente pela palavra dita ou não dita, pelas linguagens possíveis e, diante das impossibilidades reais derivadas de uso de aparelhos e sondas, colocou-nos frente às questões sobre os processos de transferência e contratransferência nesse contexto hospitalar, levando-nos a uma revisão de literatura sobre a ampliação de dispositivos clínicos em ambientes não classicamente analíticos. Neste sentido, concluiu-se que um ambiente acolhedor e seguro, constituído na e, pela transferência, permitiu aos pacientes agir criativamente sobre seu mundo externo e interno e, buscarem uma superação, ainda que nunca definitiva, do estado de desamparo, atribuindo novos sentidos para suas enfermidades, suas internações e até para suas vidas.

Palavras-chave: Desamparo, transferência, Centro de Terapia Intensiva, psicanálise

ABSTRACT

The primary purpose of this dissertation is to investigate the concept of helplessness in the Freudian theory, articulating it with three clinical case studies. The patients were admitted at the Intensive Care Unit (UTI) of the Barros Barreto University Hospital, in the city of Belem - Pará, in the Northern part of Brazil. Transference between patients and therapist allowed us to identify and work the intense feeling of helplessness when faced with so much suffering during their hospitalization. We believe that, by listening to their suffering, being it spoken by words or by any possible language in face of the reality derived from the actual use of devices and probes we could aid them to symbolize those painful experiences. As far as counter transference is concerned the hospital environment led us to search a broader literature more useful when working in a strictly medical environment. In such cases, we support the idea that, although we are not working in the classical psychoanalytical setting, transference and a good holding and handling of the patients, allow them to act creatively on their internal and external world, and seek to overcome, though never definitively, their helplessness, giving new meanings to their illness, their hospitalization and even in their lives.

Keywords: Helplessness, transference, Intensive Care Unit, psychoanalysis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CTI: QUE LUGAR É ESSE?	18
2.1 “ANTÔNIO FALAVA COM OS OLHOS” - CASO CLÍNICO I	18
2.2 “MILTON DEU UM PASSO PARA FRENTE” - CASO CLÍNICO II	19
2.3 “SARAH VIROU CRIANÇA” - CASO CLÍNICO III	21
2.4 O CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA E SUAS CARACTERÍSTICAS	25
3 A CONCEPÇÃO FREUDIANA DO DESAMPARO	31
3.1 “O PROJETO” – DESAMPARO INICIAL	31
3.2 DESAMPARO: CONCEITO OU NOÇÃO? UM DEBATE CONTEMPORÂNEO	37
3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE DESAMPARO E ANGÚSTIA	40
4 A TRANSFERÊNCIA NA TEORIA FREUDIANA	51
4.1 SOBRE A TRANSFERÊNCIA EM FREUD	51
4.2 A TRANSFERÊNCIA EM FREUD	56
5 PSICANÁLISE E HOSPITAL: UM ENCONTRO POSSÍVEL?	73
5.1 A ESCUTA ANALÍTICA NO HOSPITAL	78
5.2 OS DISPOSITIVOS CLÍNICOS NO HOSPITAL	83
6 ANÁLISE TEÓRICO-CLÍNICA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO	90
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	99
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	105
APÊNDICE	107

INTRODUÇÃO

Esta Dissertação de Mestrado foi fruto de reflexões que partiram da minha prática como psicanalista, atuando em hospital, principalmente na escuta de pacientes gravemente enfermos em Centro de Terapia Intensiva (CTI). Meu percurso como psicanalista no campo clínico e institucional, incitou-me a revelar um pouco das inquietações que me foram fomentadas ao escutar tanto no divã, quanto no leito, ou em algum lugar, que alguém possa falar, seja pela palavra ou por sinais.

As indagações sobre a escuta do paciente internado em CTI viraram foco de meu interesse investigativo convertido nesta pesquisa. A partir de então, nasceu o desejo de saber mais sobre este universo rico e cheio de contrastes que é o contexto hospitalar, articulado com a psicanálise, na possibilidade de escutar a voz do desespero, do sofrimento psíquico daqueles que se encontram em condições tão vulneráveis de sobrevivência física e psíquica.

O hospital é um campo vasto, fértil e ao mesmo tempo árido, que traz consigo os contrastes e a ambivalência da condição humana, num panorama em que a vida e a morte se misturam representados pela dor e pelo sofrimento daqueles que passam por essa experiência. O tema do desamparo, há muito ronda nosso interesse, pois no discurso do paciente que a princípio, é hospitalizado pelo sofrimento físico, comparece algo que ele traz consigo e que emerge se presentificando pelo medo do abandono, da morte, e fundamentalmente frente ao desamparo.

Sabemos que Freud fundamentou suas hipóteses teóricas por meio de suas observações clínicas em seu consultório particular. Em sua experiência se defrontou com as mais diversas manifestações do inconsciente, dentre elas o da transferência como conceito fundamental.

Na elaboração deste trabalho, realizaremos o seguinte percurso: Consideraremos esta introdução como o primeiro capítulo. No segundo capítulo, apresentaremos nosso material clínico, distribuídos em três casos clínicos, ilustrados por meio de fragmentos. E ainda, caracterizaremos o ambiente em que se desenvolve nossa pesquisa, o CTI. Foi a partir do atendimento aos pacientes, que surgiram reflexões sobre o desamparo e a transferência neste contexto.

No terceiro capítulo, entender-se-á como relevante, a investigação sobre o desamparo, situando seu sentido em diferentes períodos da obra de Freud. Tomamos como referência principal, os textos freudianos de 1895, “*Projeto Para Uma Psicologia Científica*” e de 1926,

“*Inibição, Sintoma e Angústia*”, que trazem à luz a construção do tema do desamparo na metapsicologia freudiana. O longo intervalo entre eles, certamente é mesclado pela estruturação da teoria em que o desamparo se faz presente, porém, ao articular trauma e angústia, Freud situa a estrutura fundamental do desamparo.

No quarto capítulo, abordaremos a transferência que, pela escuta analítica em situação de internação mais especificamente em Centro de Terapia Intensiva, nos interessou bastante, pois daí partiu nosso foco principal. Entendemos a transferência como um conceito fundamental na psicanálise, em que Freud trabalhou ao longo de sua obra. Os seus *Artigos sobre a Técnica* muito nos subsidiaram no estudo não só da transferência, como em seu manejo. Para concluirmos este capítulo, abordaremos o conceito de contratransferência, que muito nos interessa, principalmente no contexto de hospitalização, em que a presença física da doença no corpo é um fator de mobilização.

O desamparo, a transferência e a hospitalização, portanto, estão absolutamente interligados ao nosso interesse de pesquisa, pois acreditamos que mesmo no espaço institucional, em condições diferentes da clínica psicanalítica tradicional dos consultórios particulares, encontramos um cenário em que a psicanálise tem possibilitado além de alívio aos sintomas, questionamentos clínicos e teóricos que vêm compondo e caracterizando nosso objeto de estudo.

No quinto capítulo, abordaremos a escuta analítica no hospital, e os dispositivos clínicos neste contexto. Ao adentrarmos no hospital, fez-se necessário conhecermos sua dinâmica e observamos que ainda estamos construindo dispositivos que sustentem a prática da psicanálise fora do *setting* tradicional. Para tanto, nossa proposta de trabalho se aproxima a perspectiva de Winnicott, que nos fornece subsídios para a questão de um ambiente acolhedor que possibilite o movimento transferencial entre analista-paciente e instituição.

Nossa discussão sobre os dispositivos clínicos no hospital geral, suas possibilidades, dificuldades e fundamentalmente questões, foram expostas para, de alguma forma, contribuir para construção e ampliação da clínica psicanalítica neste campo transferencial.

Acreditamos com Freud (1918, p. 201), que a psicanálise possa chegar a lugares mais diversos da camada social, mas levando em conta sua posição e seus princípios teóricos e clínicos, afirmando que o analista tem como principal incumbência, dar ao [...] paciente conhecimento do seu inconsciente, dos impulsos reprimidos que nele existem, e, para essa finalidade, revelar as resistências que se opõem a essa extensão do seu conhecimento sobre si mesmo.

No sexto capítulo, faremos uma discussão dos casos, sua dimensão teórico-clínica,

analisando-os e buscando demonstrar se a pessoa enferma, ao viver essa situação de sofrimento psíquico, poderia vir a reviver inconscientemente o desamparo infantil; e, por meio da escuta deste sofrimento, o analista pudesse oferecer pela transferência, um suporte ou “ *Holding* ” em que favorecesse que o paciente pudesse se expressar, se implicar e desejar saber sobre si.

Como já mencionado, o trabalho foi realizado por meio de estudo de caso, ilustrado através de fragmentos clínicos de atendimentos psicológicos nos leitos dos pacientes internados no CTI. Nessa perspectiva, sustentamos o estudo de caso como método de pesquisa associado à escuta analítica que conduz às possíveis formulações metapsicológicas e psicopatológicas resultantes, sob o eixo fundamental da análise da transferência, mesmo em condições de *setting* não classicamente analítico. A pesquisa clínica, afirma Moreira (2003), permite que novas hipóteses sejam formuladas para problemas específicos que surjam à medida que se dá a investigação.

Mezan (1993) pontua que o olhar do analista a partir da prática para o objeto, já não precisa interpretar o que escutou, mas levar em conta em termos conceituais do modo pelo qual puderam se produzir tanto o que ouviu como o que o fez ouvir assim. Mezan aponta para a importância de vincular a singularidade do experimentado à universalidade dos conceitos, através da noção de mecanismos psíquicos. Como o analista realiza esse trabalho, consiste no que ele tem que pesquisar daí então, pela escolha de textos psicanalíticos a partir de Freud que possam conter exemplos e elaborações que servirão como ferramenta, como esquemas para correlacionar dados, inferir hipóteses e sugerir derivações (MEZAN, 1993, p. 92).

Diferentemente de outras áreas do conhecimento, o objeto de pesquisa em psicanálise, a hipótese a ser verificada, não é algo que poderá ser trabalhado através de uma observação direta, afirma Ceccarelli (2001). Não faz sentido, dentro da visão psicanalítica, propor-se um experimento em que se faça uma observação de um determinado fenômeno para comprovar sua hipótese. Não se pode trabalhar com uma extensa pesquisa feita a partir de um questionário previamente elaborado visto que, após cuidadosa análise e comparação dos dados revelados pelo questionário e dentre os critérios previamente estabelecidos, chegar-se-á a uma conclusão que confirmará, ou não, a hipótese enunciada. O que marca a diferença em uma pesquisa psicanalítica é o objeto de pesquisa. E, para a psicanálise, o objeto de pesquisa é o inconsciente; ou melhor, dizendo, as manifestações do inconsciente. Segundo Ceccarelli (2001):

Estamos invocando aqui a noção de “realidade psíquica”, dimensão nova que, em certa medida, equivale a realidade do mundo material no sentido de que os

fenômenos neuróticos existem devido à sua eficácia. Do ponto de vista da psicanálise, a realidade psíquica, ou o subjetivo, é o seu objeto de pesquisa tendo o mesmo valor do objeto de pesquisa das ciências naturais. Para a psicanálise, a realidade psíquica possui, na subjetividade de quem a anuncia certa "realidade".

Este trabalho é fruto de uma pesquisa que visa ao estudo de casos clínicos, a partir de atendimento psicológico de orientação psicanalítica realizado pela pesquisadora no Hospital Universitário João de Barros Barretos (HUIBB). De fato, o estudo de caso tem sido o modo de investigação no campo psicanalítico desde sua constituição como área de saber por Freud (1895). Portanto, este trabalho transita no campo psicanalítico, que propõe a formulação de teoria psicopatológica, isto é, teoria sobre o *pathos*, sobre a paixão, o sofrimento psíquico, o afeto.

Para Berlinck (2006, p. 7):

O relato clínico é mesmo o principal recurso da atividade psicopatológica porque é através da narrativa do caso e da situação onde o tratamento ocorre que se pode compreender a natureza e a dinâmica do *pathos* psíquico e elaborar metapsicologia que bem represente o que se passa na clínica.

Trabalhar na construção de dispositivos analíticos, em hospital geral, é inventar e sustentar condições para a realização de atendimento de abordagem psicanalítica aos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conduzindo a uma prática da psicanálise que no dia a dia vem se construindo e se alicerçando. Este trabalho foi realizado em hospital público, com uma demanda específica de usuários do SUS, principalmente oriundos de regiões ribeirinhas e do interior do Estado do Pará.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira pudesse se beneficiar com o acesso ao atendimento público de saúde. O SUS teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Os princípios fundamentais dados ao Sistema são os da universalidade, integralidade e da equidade, e são chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais.

O Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB) é vinculado à Universidade Federal do Pará (UFPA), portanto funciona como hospital-escola inclusive com programa de Residência Médica e Estágios multidisciplinares. Possui referência em Doenças Infecto-contagiosas dentre elas DST-AIDS, Endocrinologia e Pneumologia, em Belém do Pará, na região amazônica. O hospital funciona com 284 leitos para internação, e conta com mais de mil funcionários; possui, em seu quadro, um vasto número de profissionais e de professores,

que atuam no hospital na assistência, no ensino e na pesquisa.

O HUIBB tem convênio com outras universidades, oferecendo campo de estágio, como é o caso da Universidade da Amazônia (UNAMA), campo este em que estamos inseridos, contando também com a atuação dos estagiários da disciplina Psicologia da Saúde, ministrados pela pesquisadora, em que se realizam atendimentos psicológicos sob supervisão técnica da mesma. Esta pesquisa se deu no âmbito de atendimentos psicológicos de orientação psicanalítica aos pacientes internados.

O Hospital oferece atendimento psicológico aos seus usuários desde 1990, realizado pelos psicólogos que trabalham diretamente na assistência aos pacientes, também realizado pelos psicólogos e pelos psicanalistas professores-supervisores de estágio, e pelos alunos-estagiários das referidas universidades. O hospital conta com um Serviço de Psicologia Clínica e Hospitalar, com 10 psicólogas em seu quadro.

A duração desta pesquisa foi de quinze meses. As entrevistas e atendimentos psicológicos, que chamamos de escuta analítica, foram realizados com termos de consentimento para todos que expressaram o desejo de participar da mesma, (em anexo), sem prejuízo no atendimento se houvesse a recusa do paciente.

A escuta analítica pressupõe o uso da associação livre, da interpretação e da análise da transferência, como eixo fundamental da psicanálise, porém dispostos sob o *setting* hospitalar. A entrevista, quando utilizada como técnica de pesquisa, é, segundo Bleger, um instrumento investigativo da ciência psicológica, a qual tem por objetivo coletar informações sobre o tema em questão. São consideradas livres por não direcionarem as respostas dos participantes, visando, desta forma, acessar os dados com o máximo de espontaneidade, além de propiciarem condições básicas para o atendimento psicológico de orientação psicanalítica - a escuta. (BLEGER, 1991, p. 9)

Figueiredo (1997, p.124) afirma que é na palavra que começa o trabalho clínico, se trabalha com o que a pessoa traz de sua realidade, [...] “a psicanálise é uma clínica da fala, fazer falar é uma condição da escuta”.

A população foi composta de sujeitos adultos, de ambos os sexos, internados no Centro de Terapia Intensiva do HUIBB, em condições de verbalizar ou de se comunicar da forma que fosse possível, inclusive por meio de sinais, e que foram encaminhados pela equipe de saúde para atendimento psicológico, ou por demanda espontânea. Entendemos, aqui, o atendimento realizado através da escuta analítica de forma individual visando suportar o discurso do paciente e acolhê-lo durante o processo de hospitalização. Os atendimentos foram realizados nos leitos do CTI do HUIBB com duração entre 20 a 45 minutos, dependendo das

condições apresentadas por cada paciente. A frequência foi em média de três a quatro atendimentos semanais, realizados pela pesquisadora e pelos alunos do estágio sob supervisão técnica da mesma.

Esta pesquisa resultou nesta dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará. O projeto foi devidamente submetido à Comissão de Ética do HUIBB, e vinculada à pesquisa em andamento “Tratamento Psicológico em Hospital Geral: Contribuições da Clínica da Melancolia e dos Estados Depressivos”, coordenada pela Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira, desde 2000.

Entende-se como relevante que esta dissertação possa ter contribuído no sentido de trazer resultados significativos para definição de estratégias de atendimento psicológico de orientação psicanalítica dos pacientes, a partir da compreensão dos mecanismos e das manifestações psíquicas do sujeito internado em CTI e oferecer novos elementos para análise da demanda por tratamento e das técnicas desenvolvidas com o dispositivo psicanalítico em hospitais. Pretendemos também contribuir para a Psicanálise que se insere no campo da pesquisa acadêmica, e mais especificamente, num lugar outro que não o consultório privado, mas colocando-se sempre em questão seu objeto de estudo, o inconsciente, e como investigá-lo.

A psicanálise no hospital se firma com sua prática que vem sendo construída a partir a de uma sustentação teórica, articulada a uma técnica que também vem sendo construída, num lugar diferenciado do *setting* analítico clássico, mas que preserva o valor ético formulado pela teoria freudiana.

Freud sempre acreditou que a psicanálise pudesse ser útil à humanidade e que seu alcance fosse o mais longe possível, como afirma em *Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica*:

Como sabem nunca nos vangloriamos da inteireza e do acabamento definitivo de nosso conhecimento e de nossa capacidade. Estamos tão prontos agora, como o estávamos antes, a admitir as imperfeições da nossa compreensão, a aprender novas coisas e a alterar os nossos métodos de qualquer forma que os possa melhorar. Assim formulamos a nossa incumbência como médicos: dar ao paciente conhecimento do inconsciente, dos impulsos reprimidos que nele existem, e, para essa finalidade, revelar as resistências que se opõem a essa extensão do seu conhecimento sobre si mesmo. A revelação dessas resistências não garante que serão também superadas (FREUD, 1918, p. 201).

As palavras de Freud nos mostram que outras necessidades viriam no futuro e que deveremos estar abertos, sempre no caminho do conhecimento e do reconhecimento dos processos inconscientes. As instituições são o espaço do social na clínica da psicanálise.

Com a possibilidade de se criar novos dispositivos de atendimento psicanalítico, alguns teóricos se debruçam nessa investigação em que Santos e Vilhena (2000, p. 12) chamam de “*re-descrição da clínica*” e Figueiredo (1997, p.120) chama de “*maior flexibilidade do dispositivo psicanalítico*”, que se referem às necessidades de se criar outras versões de clínica e de se buscar dispositivos analíticos capazes de atender situações diversas daquelas encontradas nos consultórios privados. Este trabalho pretendeu transitar pela investigação dos dispositivos clínicos, aproximando-se da perspectiva winnicottiana de espaço potencial, holding e acolhimento, que definiremos em outro ponto.

Sobre a psicanálise no hospital tem se debatido em torno da diferença entre o lugar do analista que, no consultório, espera pela demanda do paciente que vem procurá-lo e o analista no hospital, que se oferece para escutar o paciente, refinando sua escuta para encontrar uma demanda de análise, como também acudindo o paciente em diferentes níveis de sofrimento psíquico associado com sofrimento físico, pelo qual o paciente efetivamente procurou o hospital.

A palavra “demanda”, segundo Roudinesco e Plon (1988), significa “desejo”, e em psicanálise, o termo desejo é empregado para designar, ao mesmo tempo, a propensão, o anseio, a necessidade, a cobiça ou o apetite, isto é, qualquer forma de movimento em direção a um objeto cuja atração espiritual ou sexual é sentida pela alma e pelo corpo. Para Freud (1900 apud ROUDINESCO; PLON, 1988), essa idéia é empregada no contexto de uma teoria do inconsciente, designando ao mesmo tempo a propensão e a realização da mesma. Nesse sentido, o desejo é a realização de um anseio inconsciente (ROUDINESCO; PLON, 1988, p. 146).

A demanda pode surgir de diversas formas, vem daquele que precisa. A psicanálise ultrapassa as fronteiras de um consultório para descobrir que o inconsciente não está nem dentro nem fora. Ele está aí onde o sujeito fala (MORETTO, 2001, p.101).

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

A família do paciente é parte fundamental de todo o processo de hospitalização e a escuta dessa demanda é igualmente importante para fazer com que esse momento de angústia e impotência e das pessoas que junto vivem o medo da perda, seja simbolizado, possibilitando além de um acolhimento, o intercâmbio com a equipe de saúde.

Na instituição hospitalar, o desamparo humano pode ser mobilizado das mais diversas

formas. O enfermo, ao se internar no CTI, fica longe de sua família e de seus amigos, sem seus pertences pessoais, muitas vezes sem nada que o identifique, nem mesmo seu nome. Passa a ser um número ou uma patologia. Veste-se com roupas do hospital ou, às vezes, fica sem roupas, dependendo inteiramente de alguém que possa vir ajudá-lo, alimentá-lo ou cuidar de algo que está impossibilitado de fazer sozinho.

Este estado em que o paciente se encontra, nos levou a pensar no que Freud (1895), postula sobre o desamparo inicial, quando afirma, de forma objetiva, a impotência do recém nascido humano de realizar uma ação específica, que garanta sua sobrevivência, dependendo inteiramente de outro para a satisfação de suas necessidades. Moura também trabalha com esta hipótese e afirma [...] “na urgência, em situação de hospitalização, o sujeito é lançado no estado inicial de desamparo, estado que pode se repetir em qualquer momento da vida, revelando a precariedade da condição humana [...]” (MOURA, 2000, p. 9).

Foi a partir dessas observações que foram investigadas nesta pesquisa, por meio de três casos clínicos, as condições de desamparo e de sofrimento psíquico em situação de hospitalização em CTI, em que puderam ser expressas pela relação transferencial estabelecida.

2 CTI, QUE LUGAR É ESSE?

2.1 “ANTÔNIO FALAVA COM OS OLHOS” - CASO CLÍNICO I¹

Antônio tinha 62 anos e, foi internado no CTI em decorrência de uma parada cardio-respiratória, causada por um súbito infarto agudo no miocárdio (IAM). A equipe de saúde inteira se mobiliza para atendê-lo. Em sua chegada, as portas do CTI abertas e o leito tecnologicamente equipado com aparelhos de ressuscitação (choque reanimador).

O paciente chega, a família fica do lado de fora e, com ela, a angústia, o medo e o desespero. Observo sua entrada, pois algo chamou muita atenção, o olhar de desespero e horror em sua face, um olhar vidrado, estático. Não pude aproximar-me, pois ele precisava de cuidados urgentes da equipe médica e de enfermagem. Dirigi-me ao corredor fora do CTI onde a família se encontrava em pânico. Todos correram em minha direção, cada um de uma forma, uns choravam, outros gritavam e ninguém conseguia se entender. Até que uma jovem adolescente falou: “*O meu avô vai morrer?*” Todos calaram diante daquela fala. Eu pedi que se acalmassem, disse que eu não sabia o que poderia acontecer, mas sabia que ele estava sendo assistido e estavam fazendo o possível para ajudá-lo.

Apresentei-me a família e me coloquei à disposição para ajudá-los no que pudesse. Neste momento, as pessoas se acalmaram um pouco, pediram para que eu dissesse ao Sr. Antônio que estavam todos lá, esperando por ele. Retornei ao CTI, a equipe toda estava em cima do paciente, gritavam e davam ordens uns aos outros, enfim, após um choque reanimador – para os médicos, procedimento de ressuscitação, o paciente “volta”. Todos suspiraram como uma espécie de sinfonia. Os pacientes ao redor também nervosos num clima de tensão máxima, de decisões precisas, de tempo real. O paciente foi entubado, foi colocado um tubo oro-traquial para facilitar a respiração através de ventilação mecânica e conectado com diversos aparelhos em seu corpo. Em seguida, foram retirados seus objetos pessoais, aliança, cordão, roupas e dentadura, seus punhos amarrados. Sr. Antonio ficou contido no leito, segundo a equipe médica, para evitar que em qualquer agitação pudesse puxar os tubos e cateteres.

Solicitei à médica que o socorreu, que fosse conversar com a família que necessitava saber o estado de saúde de seu familiar enfermo, pois estavam todos do lado de fora clamando por um contato.

Após o procedimento de urgência, aproximei-me do Sr. Antonio e algo volta a chamar

¹ Este atendimento, caso clínico I, foi realizado por mim, os demais, casos clínicos II e III, foram realizados sob minha supervisão clínica.

minha atenção, o seu olhar de horror, de pânico, de medo. Ele parecia falar com os olhos. Cheguei perto e disse: - *Sr. Antônio!*

Ele olhou para mim, aterrorizado, sem poder falar, impossibilitado pela entubação, não estava sedado e, segundo os médicos, estava “consciente”.

Apresentei-me, disse-lhe que era psicóloga, que estava ali para ajudá-lo e à sua família, informando que ele estava no hospital, no CTI, pois havia tido um problema de saúde, e que sua família estava lá fora. Disse-lhe que sabia que deveria estar sendo difícil para ele passar por aquele momento, mas ele estava ali para recuperar-se e que não poderia falar ainda, pois estava precisando do respirador para lhe ajudar, entretanto podia pensar, e pensar que estava vivo! Disse-lhe que estaria ali para escutá-lo, mesmo que ainda não pudesse falar. Uma lágrima desceu de seus olhos, daqueles olhos que falavam pela expressão de medo e desamparo, que tanto chamou minha atenção.

No dia seguinte, ao chegar ao CTI escutei alguém me chamando. Era o Sr. Antônio que havia tido alta e estava sendo transferido para a enfermaria. Alto e em bom tom chamou-me: *“Doutora! Obrigado, a senhora me salvou!”*. Surpresa eu respondi: *Eu? Mas, o senhor lembra-se de mim?* Neste momento, pensei que ele pudesse estar se confundindo com a médica que o socorreu na urgência, no momento do procedimento médico. Ele respondeu: *“Claro que sim! A senhora é a Dra. psicóloga, a pessoa que veio falar comigo, me disse onde eu estava o que estava acontecendo comigo e me fez acreditar que eu estava vivo, pois naquele momento, até a senhora falar comigo, eu não conseguia pensar nada, estava fora, não sabia nem quem eu era, aliás eu achava que estava morto!”*

2.2 “MILTON DEU UM PASSO PARA FRENTE” - CASO CLÍNICO II

Milton, 52 anos, internado no CTI com insuficiência respiratória aguda e pneumonia. Foi entubado e sedado. Era fumante, diabético e paraplégico há quatro anos, em virtude de um acidente de carro. Perdeu todos os movimentos das pernas. Morava no interior com a família. Casado, 03 filhos, o mais velho era adotivo e duas meninas de nove e dez anos. Possuía negócios junto com a esposa que, naquele momento, ficara lá tomando conta. Estava sozinho no hospital, sem acompanhante, sem visita da família, nem de amigos.

Milton passou quatro dias com ventilação mecânica, sem poder falar, mas se comunicava por sinais e, apesar de se mostrar muito ansioso frente aquela situação, parecia pedir ajuda. Chamava com as mãos.

A terapeuta apresentou-se e disse-lhe que estaria ali para ajudá-lo a entender o que estava acontecendo com ele. Milton fez sinal positivo agradecendo.

No dia seguinte, foi retirado o tubo oro-traqueal para ventilação mecânica que o impedia de falar, o que o deixou mais tranqüilo, apesar de bastante inseguro e com desconforto para respirar. Mesmo respirando com dificuldade e se alimentando por sonda, Milton estava sempre disposto a falar, a manter contato e disse:

“Gosto quando você chega, nem sei o que é para falar, mas gosto...”.

“O meu problema doutora é que a falta de ar me deixa mal, as minhas pernas paralíticas eu já até me acostumei, mas o pior é que minha mulher nem pode vir aqui me ver, ela está cuidando do nosso sustento”.

Milton começou a chorar e disse que estava com medo de dormir e de sentir falta de ar e não saber o que fazer. Ao falar das filhas pequenas, chorou bastante achando que não viveria para cuidar delas. Queixou-se de estar longe de seus pertences pessoais, suas roupas e sem ninguém da família. Falou de sua vida, de sua preocupação com os negócios e com o seu relacionamento familiar. Ao longo dos atendimentos, falava em algo que parecia o incomodar principalmente, com relação a um irmão e lacrimejava sempre que falava desse irmão: *“tenho coisas pra resolver”*.

Em todos os atendimentos Milton foi receptivo, estabeleceu assim um ótimo vínculo, o que possibilitou que ele se sentisse mais à vontade para falar de si e refletir sobre o que dizia. No dia seguinte, Milton disse:

“Estou dormindo um pouco melhor, mas sinto dores nas costas, me sinto abandonado, o meu irmão não vem me ver? Bem que poderia ser ele que estivesse doente, assim ele iria sentir também! Todos me abandonaram, essa é a pior dor!”

A partir de então, Milton começou a falar daquelas “coisas para resolver”, que tinham a ver com seu relacionamento com o irmão mais velho. Quando falava deste irmão chorava, ora com raiva, ora com carinho. Milton parecia se relacionar assim com as pessoas, com sentimentos ambivalentes, ora referia carinho pelas pessoas da família, ora tinha raiva.

Falar de seu irmão passou a ser o foco central dos atendimentos. Certo dia, havia uma visita de um vizinho que, depois se tornou seu acompanhante quando saiu do CTI para a enfermaria. Este senhor contou que Milton era muito teimoso, brigava demasiadamente com a esposa, com os amigos e achava que todos queriam lhe prejudicar. “É como se ele afastasse as pessoas de seu convívio”, refere o acompanhante.

Milton revelou que tinha medo de morar longe e voltar a ter um problema desses e morrer. Falou novamente de seu irmão, contou que tinha pensado nele e até sonhou com ele, e

disse:

“Ele bem que podia vir me visitar, mas ninguém vem mesmo...”.

“Mas ninguém quer saber de mim, e eu quero saber deles...”.

Ao longo dos atendimentos, era visível, inclusive pela equipe de saúde a melhora do quadro clínico de Milton. No dia seguinte, a Assistente Social do hospital chamou alguém da família e seu filho adotivo de 26 anos veio visitá-lo. Milton contou que seu filho estava no hospital, veio vê-lo, mas que havia ido à lanchonete. A terapeuta perguntou como se sentia ao ver seu filho. Milton respondeu: *“Acho que ele só veio porque a assistente social chamou, e não por mim”.*

A terapeuta questionou se ele achava mesmo que o filho estava lá somente porque foi chamado. Milton ficou pensativo. Não falou mais nada.

No dia seguinte, Milton contou que ali sozinho por muito tempo, pensava em tudo o que conversava com a terapeuta. E que precisava contar algo, sobre a sua briga com o irmão mais velho.

“Estou brigado com o meu irmão mais velho há muitos anos, por causa de dinheiro e porque ele me chamou de “aleijado” e isso me marcou muito. Mas ele já me ajudou tanto, quando meu pai morreu foi ele que me ajudou, ele é como um pai pra mim...”.

A terapeuta disse-lhe que ele deveria pensar sobre o que eles conversaram durante sua estada no CTI.

Em seu último atendimento no CTI, Milton disse:

“Sabe Dra. Eu fiz o que a senhora me pediu, chamei meu irmão e pedi para conversar com ele, assim quem sabe a gente se entende e eu dou um passo para frente!”.

2.3 “SARAH VIROU CRIANÇA” - CASO CLÍNICO III

Sarah, 28 anos, foi internada com diagnóstico de Lupus associado à Tuberculose Pleuro Pulmonar e Insuficiência Renal Crônica. Inicialmente, foi para a enfermaria de Clínica Médica, depois para o CTI. Mãe de dois filhos, uma de 9 anos que morava com ela na casa de seus pais e irmãos e outro de 01 ano que estava morando com a família do companheiro. Ele é pai deste filho menor. A família relata que Sarah há mais ou menos cinco meses vem apresentando manchas pruriginosas difusas pelo corpo, paralisia nas pernas, além de perda de mais ou menos 10 kg. Sarah estava cerca de 15 dias com febre, dor no peito e muita tosse .

Os fragmentos dos atendimentos que foram utilizados neste caso referem-se

especificamente a um recorte da hospitalização de Sarah, que passou aproximadamente dois meses internada, inclusive mudando de enfermarias, pois inicialmente foi para a enfermaria de Pneumologia, após complicações renais, foi transferida para Clínica Médica e CTI. Determos-nos mais especificamente nos atendimentos do CTI, onde Sarah passou seis dias, pois teve um agravamento do quadro clínico decorrente do Lupus.

Sarah estava sempre acompanhada por uma das três irmãs que se revezavam. Sarah não queria falar com ninguém, e as irmãs diziam que ela se comportava como quem não queria saber de nada, ficava “birrenta e fazendo tolices”.

Sarah gritava no leito: *“Eu não agüento mais ter que tomar esses soros, os meus braços já estão todos doloridos”*. *“Quero sair daqui, quero minha alta!”*.

Sarah pedia sua alta para a equipe inteira e até para qualquer pessoa que se aproximasse dela, se debatia no leito, gemia, se coçava toda, chamava constantemente pela mãe. A irmã de Sarah, Cátia, disse à terapeuta que ela não estava bem desde o sábado, se recusava a se alimentar, e iria para o CTI. Por tal motivo, neste momento, foi sedada porque estava muito agitada e berrando, assim, foi transferida ao CTI.

Seu quadro de desnutrição, associado à uma possível tuberculose, agravou com febre, lesões na pele, e, segundo os médicos, em estado de torpor com rebaixamento do estado de consciência. Sarah ficou dois dias como se estivesse em surto psicótico, parecia alucinar. Durante esses dois dias, no fim de semana, a terapeuta não teve contato com Sarah, entretanto, após esse período, manteve contato. Sarah falou com voz de criança, “tatibitate” e com uma voz fina.

“Oi, eu quero convessá viu!”

“Quero te contá que fui tlês vezes pala o vale da morte!”

A terapeuta pediu que falasse sobre isso. Sarah não conseguiu falar nada neste momento. No dia seguinte, Sarah ainda permanecia muito regredida, parecia uma criança de quatro ou cinco anos, falando muito em Deus. E dizia: *“eu quero me salvar e Deus vai me salvar”*

Por três dias, Sarah falava de forma infantilizada, dizendo frases soltas e confusas. No encontro seguinte contou que não lembrava o que havia acontecido quando entrou no CTI, mas que se acordou com o seu pai chorando ao seu lado e que caíram umas lágrimas no seu braço. Sarah revela que não o reconheceu e perguntou quem era ele.

“Eu acordei com as lágrimas dele no braço, ai, eu perguntei quem ele era, e ele me disse que era o meu pai. Disse que a minha irmã estava lá fora. Foi nessa hora que eu me lembrei deles, eu perguntei o que eu estava fazendo ali. Ele me disse que, eu estava

desacordada. Nessa hora, eu achei que ia morrer! (chorou) Que eu não ia conseguir me recuperar, que eu não fosse mais voltar...”

Sarah ainda falava com um tom de voz infantil, mas articulava melhor as palavras. *“Aqui no CTI parece que estou num outro mundo”*. A terapeuta perguntou que outro mundo seria esse? *“É no inferno! Eu tive dois sonhos, muito feios!”*.

Sara disse que no primeiro sonho estava num leito igual a esse e que estava muito magra, só pele e osso, a sua irmã Olga estava do seu lado. As duas estavam no inferno, tinha muita gente vagando por lá, o lugar era rodeado de fogo e as pessoas eram jogadas num buraco imenso de fogo. Lá, todo mundo queria se agarrar no outro para se salvar e o demônio ficava jogando as pessoas num buraco. Então, o demônio dizia que ela seria a última a ser jogada nesse buraco. Chora e se queixa do sonho. E começa a contar o segundo sonho.

“O demônio me fazia algumas perguntas. Ele disse que eu tinha que acertar porque conforme a minha resposta dependiam as outras pessoas que estavam lá. Se eu acertasse, salvaria as pessoas, caso eu errasse as pessoas sofreriam as conseqüências... aí, a primeira pergunta que ele me fez foi qual era o certo, se era pai, filho e espírito santo ou em nome do pai, do filho e do espírito santo? Eu errava a resposta!”

Sarah começou a chorar, disse que não lembrava a resposta, recordava apenas que errava, mas, o demônio lhe dera uma segunda chance e que se errasse todos iriam para o inferno. Desta vez, o demônio disse-lhe que ela teria que escolher entre o Mário, o companheiro, ou as pessoas de sua família. Revelou que de um lado esta ele e do outro o pai e a mãe.

A terapeuta perguntou se ela lembrava sua opção e Sarah responde que não, mas a sensação era muito real e angustiante e diz que, ao recordar, sente tudo de novo. Nesse momento instalou-se um grande silêncio. Vale ressaltar que, após contar os sonhos, Sarah deixou de falar “tatibitate”. Prosseguindo Sarah revela:

“Ah! Não sei porque, mas aqui no CTI, eu fiquei falando igual uma criança!”

A terapeuta pediu que ela falasse sobre isso. Sarah contou que um enfermeiro foi falar com ela e perguntou o porquê de ela estar falando igual a uma criança. Ela respondeu que não sabia, mas ficou pensativa: *“Agora voltei ao normal, só foi no início mesmo, engraçado que eu fiz algumas coisas que eu não lembro, as minhas irmãs contaram que eu falava coisas... mandava todas elas irem embora [...] chamava coisas feias... e eu não lembro disso, acho que eu virei criança de novo! Isso pode acontecer doutora? O CTI é um lugar estranho!”*.

A terapeuta perguntou-lhe o que imaginava quando disse que no CTI, ela virou criança de novo. Sarah responde que ainda não sabe direito, mas sente como se precisasse de colo de

mãe. Sentia-se desamparada e desprotegida, mas não lembrava direito, só conseguia sentir...

Passaram-se dois dias, Sarah começou a falar mais sobre sua doença, inclusive nomeando-a. Dizia ter “lúpus”, falava dos sintomas, correlacionava-os com o que sentia. Contou que se sentia culpada e revelou que resistiu muito para aceitar vir ao médico. Demorou seis meses para poder chegar aqui, daí então, só piorou. Agora, achava que estava melhorando. Antes, acreditava que seu problema teria sido em função de macumba, mas se tornou evangélica e hoje acredita que pode se curar.

“Quem sabe é por isso que eu sou castigada...”

Sarah disse que saía tanto e nem dormia. Era da noite, ia trabalhar com sono, deixava sua filha com a mãe e não ligava para nada, principalmente para a saúde.

“Ah! Agora eu não quero saber disso não, quero cuidar da minha saúde, ficar boa e voltar pra casa. Me cuidar, cuidar dos meus filhos...”

No dia seguinte, Sarah recebeu sua mãe, muito emocionada com sua visita, pois sua genitora também estava enferma, se recuperando de uma tuberculose.

“Ah! Foi muito bom, foi ótimo, eu chorei muito na hora que eu a vi. Foi uma visita rápida, pois como ela esta se tratando da tuberculose, ela não pode ficar muito tempo. Ela se segurou pra não chorar na minha frente, mas foi muito bom, eu pude dizer o que eu tanto queria pra ela, eu consegui dizer que eu a amava, coisa que eu não conseguia antes, eu queria dizer mas não conseguia, a gente se abraçou e foi muito bom mesmo!”

Logo, aconteceu o último atendimento em que Sarah relatou que estava muito feliz, pois teria alta. A terapeuta perguntou sobre o que ela pretendia fazer quando saísse do hospital. Sarah revelou que se pudesse continuaria os estudos, não queria mais trabalhar como doméstica. Quando era jovem, queria ser advogada.

“Eu estudei até a sétima série, eu não dava valor ao estudo, não achava importante. Eu tive oportunidade de estudar, mas eu que não quis. Também não deu mesmo porque eu comecei a trabalhar desde cedo, desde os meus 13 anos de idade, quando eu vim do interior pra cá [...]”

No último encontro com a terapeuta, Sarah revela: *“Fico feliz de ter enxergado a importância de minha relação com a minha mãe, isso me deixou muito feliz. Agora eu e minha mãe, podemos ser diferentes. Antes eu a via em casa fazendo várias coisas e não a ajudava, ela muitas vezes passando mal e eu nem ligava. Agora eu vejo que eu podia ter ajudado e não fazia nada, parecia ter raiva dela. Eu sei que agora não vou poder ajudar tanto mas, o que eu puder vou fazer. O que me deixou mais feliz foi poder ter conseguido falar que eu a amava [...]”*

Sarah se emociona e diz que quer rever sua vida. Quer ir mais a igreja, cuidar dos filhos e conviver bem com a família e com o companheiro.

“Obrigada por me fazer pensar tantas coisas, eu consegui falar coisas que eu nem sabia que tinha. Tem uma luz no fim do túnel! Agora eu quero ficar boa, inclusive dessas coisas feias que pensava de mim mesma”.

2.4 O CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA E SUAS CARACTERÍSTICAS

No hospital, existe um lugar destinado às urgências médicas no qual se internam pessoas gravemente enfermas, do ponto de vista orgânico, para assistência intensiva e urgente. É o “Centro de Terapia Intensiva” ou “Centro de Tratamento Intensivo” (CTI). Neste espaço, tempo, tecnologia e profissionais de saúde se movimentam numa tentativa de curar ou recuperar o paciente que se encontra em situação de gravidade orgânica. Este lugar é também caracterizado fundamentalmente pelo medo da morte, justamente pelas graves enfermidades e repetidas mortes ali ocorridas.

Seguindo os regulamentos que regem a estrutura administrativa dos hospitais que possuem UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Tratamento Intensivo), estes concentram os recursos humanos e materiais necessários ao adequado atendimento aos pacientes, cujo estado clínico exige cuidados médicos e de enfermagem constantes, especializados e ininterruptos. Seu objetivo principal é restabelecer, nestes doentes considerados graves, o funcionamento de um ou de vários sistemas orgânicos, gravemente alterados, até que a patologia que motivou a internação seja adequadamente compensada ou até que os parâmetros fisiológicos atinjam níveis aceitáveis (DI BIAGGI, 2001).

Sendo o CTI um recurso hospitalar destinado ao tratamento de graves enfermidades, o paciente crítico é especial pelas suas condições e por toda a demanda de cuidados que lhe são propostos ou “impostos” - os cuidados intensivos, por isso a nomenclatura de tratamento intensivo. O intensivismo, afirma Di Biaggi (2001), é uma especialidade voltada completamente a este paciente, que não está internado somente por um comprometimento específico, mas um comprometimento sistêmico, em todo o seu organismo. O que se observa, é que através desta especialidade médica intensiva e comprometida com a vida, com a reversibilidade das condições de uma possível morte, é isso justamente o que faz esses tratamentos serem dolorosos, ambíguos e confusos para o sujeito enfermo, bem como para a sua família. Os profissionais que ali trabalham são chamados de intensivistas, são os

especialistas da urgência e emergência, com treinamentos especializados e, que normalmente atuam em equipes multiprofissionais.

No início do intensivismo nos hospitais nessas unidades de tratamento, a morte dos pacientes era muito freqüente, geralmente em 24 horas. Por isso, o C.T.I. tem como metáfora à relação direta com a morte, com a dor e com o desespero. Hoje, as evidências mostram que, em todos os hospitais que possuem CTI e UTI, podem manter o paciente com chances de recuperação por um tempo médio de 10 dias, até um tempo indeterminado para que se possa restabelecer o equilíbrio orgânico – dando continuidade ao tratamento possível. A UTI é uma unidade de tratamento mais específico de alguma clínica, por exemplo, unidade coronariana, ou seja, um tipo de especialista de alguma clínica em especial, ao passo que o CTI é um centro de tratamento que presta atendimento aos pacientes das mais variadas clínicas médicas.

O CTI tem uma rotina de vinte e quatro horas contínuas, atendimento praticamente individualizado, mas permeado de constantes situações de emergência. Os procedimentos para com os pacientes, geralmente, com raríssimas exceções, são invasivos, tais como a colocação de sondas, drenos, tubos, soros, vários aparelhos e, recursos que se façam necessários à recuperação ou à estabilização do quadro clínico do paciente. As exigências do mundo moderno cada vez mais se fazem presentes e à disposição, oferecendo equipamentos médicos com tecnologia de ponta, na assistência de pacientes nos CTIs. É o lugar com maior suporte na assistência médica dentro do hospital, pois ali o doente é acompanhado ininterruptamente e tem todos os sinais vitais monitorados.

O CTI ao mesmo tempo em que favorece as possibilidades de recuperação orgânica, traz toda uma gama de situações, para o sujeito internado, gerando alterações psíquicas e psicopatológicas, também desencadeadas por situações ambientais, uma vez que a própria estrutura física dessas unidades propicia que o paciente não tenha noção do tempo, pois, às vezes o lugar não tem janelas ou são fechadas e a luz é artificial. O dia e a noite se misturam. (OLIVEIRA, 2002) O tempo torna-se uma incerteza e, por vezes, nesses locais não existe nem mesmo relógio para orientar os pacientes. Geralmente, está localizado num lugar diferenciado do hospital geral, com acesso restrito, de modo que se configura como um espaço que exclui o sujeito de rotinas cotidianas e de circulação de pessoas do hospital. Os ruídos dos aparelhos utilizados são intensos, e às vezes assustam, deixando os pacientes irritados e agitados. A temperatura é fria e constante, mantida por ar condicionado. No ar, odor de remédio e de produtos de desinfecção.

Em termos subjetivos, mobilizam-se sentimentos extremos como o medo, a angústia e a depressão. O estranho maquinário, as constantes interrupções e privações de sono, a

superestimulação sensorial, sede, dores, abstinência de alimentos comuns, alimentação endovenosa ou naso-enteral, respiração por ventiladores, monitorização cardíaca e a sua sinalização, cateteres, procedimentos invasivos, a imobilização do paciente e ainda a superlotação de equipamentos no local, são situações que propiciam alterações emocionais e psicopatológicas para o paciente, sua família e para a equipe de saúde.

Eisendrath (1994, apud DI BIAGGI, 2002), considera que muitos pacientes, na tentativa de manejar o estresse de sua estadia, desenvolvem mecanismos primitivos de enfrentamento, favorecendo a regressão, que é manifesta como uma dependência extrema. Eles são forçados a ficar longe da família. A separação da família e a perda de autonomia, freqüentemente, encabeçam e promovem a regressão psicológica. Os pacientes podem tentar enfrentar ou lidar com as situações de diversas formas, inclusive, com prejuízos graves para suas condições emocionais. Outros podem desencadear reações, como o desespero, choro convulsivo, agressões à equipe de saúde. Este autor considera que o medo real da morte é frequentemente muito visível quando o paciente é admitido no CTI, e será preciso que ele tome consciência de seu medo encontrando recursos subjetivos para esse que será um enfrentamento constante no tratamento que lhe é dispensado no CTI. Neste sentido, o paciente pode reagir com sentimentos de desamparo, ao se ver “abandonado” pela família, exatamente neste momento delicado, pois nem sempre há uma compreensão do paciente da gravidade do seu próprio estado, e nenhum esclarecimento é dado a ele, no momento da admissão, sendo esta normalmente abrupta. Neste sentido, o medo e a angústia são sentimentos de importante significado, pois podem produzir mudanças fisiológicas, piorando inclusive o quadro clínico do paciente.

Neste espaço, a rapidez e tecnologia fazem a diferença numa luta entre a vida e a morte. De um lado, o paciente que se encontra em situação de urgência orgânica, de outro a equipe de saúde em seu trabalho intensivo, e lá fora, a família na angústia e eminência de perder seu ente querido enfermo. Na entrada do CTI, sempre tem uma placa sinalizando: “proibida a entrada de pessoas estranhas”. O clima deste lugar, por suas características bastante específicas, acentua sensações e sentimentos de desvinculação, desamparo e ressentimento, no sentido em que o sujeito imagina que foi abandonado pelos familiares.

No CTI, os pacientes encontram-se internados geralmente em estado grave, debilitados, em coma, às vezes sedados ou impedidos de falar pelo uso de respirador, alimentados por sondas e aparelhos. A simples menção da sigla CTI ou UTI deixa, muitas vezes, o paciente e os familiares extremamente tensos, principalmente pela representação simbólica de estar nesse lugar, para muitos, sinônimo de morte eminente.

Culturalmente se aprende que, o hospital é um lugar indesejável que ninguém quer ir, mas dentro do hospital tem um lugar mais mistificado ainda, espaço onde as pessoas que ali se internam, estão em risco de vida. Mesmo o CTI sendo um lugar onde os pacientes mais se recuperam do que morrem. A proximidade da morte reveste esse lugar de maus significados.

Moura (1994), afirma que o CTI suscita a relação do homem com sua falta. Internado nesse local, o paciente é vulnerável, submisso e dependente, fica longe de sua história pessoal para se submeter ao tratamento da doença, descaracterizado de nome e sobrenome. Todavia, é como se o indivíduo passasse ou revivesse uma espécie de castração, sem suas referências e sem seus projetos e planos. Nessa situação, a fantasia é fundamentalmente a de ameaça de perder a própria vida. (MOURA, 1994, p.156). A morte no CTI não é apenas uma fantasia, é real, mas, não pode ser representada psiquicamente, porque nunca foi vivida pelo sujeito. Freud (1915, p. 327) afirma:

De fato, é impossível imaginar nossa própria morte e sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. Por isso, a Psicanálise afirma que no fundo ninguém crê na sua própria morte, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade.

O medo da morte é vivenciado, nesse momento, por quem sente a ameaça de perder a vida. Apesar de que desde a infância o ser humano convive com experiências de angústia e desamparo. No CTI o medo se instala, o isolamento e o sentimento de desamparo se apresentam numa dimensão enorme, sua vida fica assujeitada aos outros, inclusive aos aparelhos. A impotência e a onipotência dos profissionais se fundem e a morte, a recuperação, o diagnóstico e a falta dele, a dor, o limite, tudo se apresenta muito rápido, tempo em que qualquer minuto importa. O sujeito torna-se “paciente” sem reação, sem ação, sem desejo. É um sujeito que sofre de uma dor que às vezes não consegue nomear.

O desamparo é condição do humano, portanto além dos pacientes, da família, os profissionais de saúde também se sentem vulneráveis e frágeis diante do sofrimento e da possibilidade de morte. Muitas vezes, brincam e se mantêm distantes para se proteger do que não conseguem nomear, com a ilusão de poder controlar o que não tem garantia, ou seja, o poder sobre a vida e a morte, como afirma Moura “[...] o CTI é o espaço do ambíguo, espelha dois lados distintos. Pode ser um lugar onde se fala com os “mortais”, ou um lugar de deuses, onde na “hora do humano”, os profissionais correm protegidos pela ambivalência [...]” (MOURA, 2000, p. 155).

Freud (1895, p.336) postula que o bebê ao nascer, encontra-se impotente para realizar uma ação específica que garanta sua sobrevivência, assim dependendo inteiramente do outro

para ajudá-lo. Nosso trabalho investiga a hipótese de que no CTI, o paciente possa de alguma forma reeditar o estado de desamparo vivido quando ainda era um bebê. O paciente encontra-se sob a maior ameaça à sua vida, determinada pela absoluta impotência de agir, totalmente dependente de um outro para sua sobrevivência. Dependendo de alguém para sobreviver tem um efeito no psiquismo.

Em situação de pacientes gravemente enfermos, como a maioria dos pacientes internados no CTI, a ruptura da autonomia do paciente suscita sentimentos primitivos, observando-se comportamentos repetitivos, estados regredidos e reações infantis, choro recorrente e cotidiano, demonstrações de medo e de ausência de defesas psíquicas. O paciente torna-se limitado em suas ações, vivenciando uma cisão com o mundo externo, tornando-se passivo nessa condição. O sofrimento físico, aliado ao sofrimento psíquico, dificulta que o paciente se expresse diante de um perigo que ele ainda nem consegue falar, porque está passando por ele. A experiência traumática não pode ser assimilada enquanto ocorre e, afirma Freud:

O determinante fundamental da angústia é a ocorrência de uma situação traumática; e a essência disto é uma experiência de desamparo por parte do eu em face a um acúmulo de excitação, quer de origem interna ou externa, com que não se pode lidar. (FREUD, 1926, p. 99).

O imediato, o acontecimento súbito da doença, a possibilidade de morte leva o sujeito a um estado de angústia que muitas vezes é traduzida pela dor corporal. A afirmação de Freud (1926, p.194-195) ao ilustrar uma situação de perigo em que o bebê em vez de sua mãe avista uma pessoa estranha, vai expressar angústia que será interpretada como perigo de perder o objeto. Ele teme não vê-la nunca mais. Pelas suas reações, parece que o bebê sente dor. Neste momento, angústia e dor não se diferenciam.

Neste trabalho no CTI, atendemos pacientes adultos, que se encontravam na dependência do outro, entretanto como um bebê, pairava também o medo de perder alguém que ali o estava cuidando, fato esse agravado quando as equipes de saúde se revezavam e, a cada vez, uma pessoa diferente os assistiam, provocando sentimentos de estranheza, causando angústia, que poderia ser confundida com uma “dor” corporal. Neste caso, pode se observar a ocorrência freqüente de angústia e o sentimento de desamparo. A ausência dói.

O desamparo está presente durante toda a vida do sujeito, mas na perda de um objeto de amor ou na perda da saúde, o desamparo é sentido em forma de intensa angústia, pela necessidade do auxílio do outro, por não dar conta de realizar qualquer ação por si próprio. A experiência infantil tem fundamental importância na constituição do psiquismo e, como tal,

seguramente terá efeitos na forma de como cada um reagirá aos eventos traumáticos.

3 A CONCEPÇÃO FREUDIANA DO DESAMPARO

O ‘Projeto’ ilumina o caminho da marcha freudiana e constitui o verdadeiro projeto de qualquer psicanálise possível e passível de persistir na nossa cultura. (DELOUYA, 1999, p.23)

3.1 “O PROJETO” – DESAMPARO INICIAL

A proposta de Freud por volta de 1893, como um neurologista interessado no psiquismo e nas suas manifestações, era de fundamentar uma clínica baseada na palavra, oriunda de processos internos dos pacientes, assim dando origem à psicanálise.

Com a publicação dos *Estudos sobre a Histeria*, no início de 1895, Freud começou a elaborar, em seguida, um trabalho muito peculiar chamado de “*Projeto para uma Psicologia Científica*”, que apesar de ter sido escrito nesta data, foi publicado meio século depois. O “*Projeto*” como denominaremos a partir daqui, tinha a intenção de promover uma psicologia que fosse ciência natural, e que representasse os estados psíquicos quantitativamente. Por mais que esse texto contenha eminentemente uma terminologia neurológica, contém em seu núcleo grande parte de sua teoria, que somente mais tarde, Freud desenvolveu.

Para conhecermos um pouco a origem de como Freud chegou ao “*Projeto*”, é necessário que conheçamos seus primeiros movimentos de descrever o mecanismo de funcionamento psíquico do ser humano, através de seus escritos, cartas e rascunhos.

Freud manteve uma volumosa correspondência de 1887 a 1902 com um grande amigo, Wilhelm Fliess, também médico, especialista em nariz e garganta, que residia em Berlim. Foi na carta 23, datada de 27 de abril de 1895, em que Freud se queixa de estar demasiadamente absorvido pela sua “*Psicologia para Neurologistas*”.

[...] Sinto-me literalmente devorado por ela, a ponto de ficar exausto e me ver obrigado a interromper. Nunca passei por uma preocupação tão grande assim. E dará algum resultado? Espero que sim, mas é um trabalho difícil e lento [...]. Um mês depois, em outra carta, datada de 25 de maio de 1895 (Carta 24), essa “*psicologia*” fica mais explicada [...] ela tem-me acenado à distância desde tempos imemoriais, mas agora que deparei com as neuroses, tornou-se muito mais próxima [...]. Assim então, Freud diz que vive atormentado por duas intenções, primeiro a de descobrir que forma tomará a teoria do funcionamento psíquico se nela for introduzido um método de abordagem quantitativo, uma espécie de economia de força nervosa, e, em segundo lugar, extrair da psicopatologia tudo o que puder ser útil à psicologia normal. (FREUD, [1895]1950, p.303).

Freud comunicava seus pensamentos a Fliess com muita liberdade, afirma Strachey ([1895]1950, p. 197):

“e o fazia não apenas em suas cartas, como também numa série de documentos, rascunhos, como ficaram conhecidos, que representavam relatos organizados de suas idéias em evolução e que, em alguns casos, são os primeiros esboços de obras posteriormente publicadas. O mais importante deles é o extenso documento — com umas quarenta mil palavras — com título de *Projeto para uma Psicologia Científica*. Este texto foi escrito em 1895 e publicado somente em 1950, quando Freud já havia morrido onze anos antes”.

Este documento foi descoberto como parte das cartas de Freud a Fliess pela Princesa Marie Bonaparte em um leilão. Freud havia pedido a destruição desta correspondência pela viúva de Fliess, que disse que Freud referiu ter razões pessoais, pois nela continham passagens sobre sua vida íntima.

Na verdade, afirma Garcia Roza (1988) esse tempo todo que o *Projeto* ficou “escondido” do público, entre escrever em 1895 e sua publicação em 1950, somente Fliess teve acesso, pois teve um papel fundamental no conteúdo deste, e foi também o guardião do manuscrito original.

O *Projeto* é polêmico, uns exageram em sua importância, outros minimizam, pois o consideram pré-psicanalítico. Este caráter ambíguo foi também compartilhado por Freud que em suas cartas a Fliess dizia que era seu trabalho teórico mais ambicioso e em seguida retirava-lhe todo valor. Mas, Freud, afirma Garcia-Roza (1988), sabia o que continha no *Projeto* e, mesmo ficando obscuro da comunidade científica por muitos anos, quando escreveu *A Interpretação dos Sonhos* em 1900, ele já conhecia muito bem o *Projeto* e isso foi o que importou. Quando o *Projeto* veio à luz, toda a teoria psicanalítica já havia sido construída, o que se fez foi recorrente, projetar sobre o seu conteúdo os conceitos elaborados posteriormente, tentando traçar uma linha contínua do *Projeto*, até os textos metapsicológicos.

Denominando cientificamente alguns conceitos, tentando materializar os fenômenos e manifestações psíquicas, Freud no *Projeto* [...] propõe elaborar uma teoria do funcionamento psíquico segundo uma abordagem quantitativa, uma espécie de “economia da força nervosa”, e a transposição de conclusões tiradas da psicopatologia para a psicologia dos indivíduos normais [...] (GARCIA-ROZA, 1988, p.43).

O *Projeto* é dividido em três partes, a primeira é o “Esquema geral”, em que Freud desenvolve os principais conceitos teóricos. A segunda parte trata da psicopatologia da histeria, e a terceira, uma tentativa de representar os processos psíquicos normais.

A seguir, faremos uma breve exposição de alguns recortes do “esquema geral” que

está contido na primeira parte do *Projeto*, referentes ao nosso interesse investigativo. Para situarmos a questão do desamparo na obra freudiana, não tem como não recorrermos aos primeiros passos, ou seja, começar por onde o próprio Freud traçou o caminho.

a) A Concepção Quantitativa dos Processos Psíquicos: Visão Geral

Na introdução do *Projeto*, Freud (1895, p. 315) coloca claramente o que quer e afirma:

A intenção é promover uma psicologia que seja ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim esses processos claros e livres de contradição. Duas são as idéias principais envolvidas: a) A que distingue a atividade do repouso deve ser considerada como Q, sujeita às leis gerais do movimento. b) Os neurônios devem ser encarados como as partículas materiais

A concepção Quantitativa descrita por Freud no *Projeto* deriva diretamente das observações clínicas patológicas, especialmente no que diz respeito a idéias excessivamente intensas — na histeria e nas obsessões, nas quais, a característica quantitativa emerge com mais clareza do que seria normal. Processos, como estímulos, substituição, conversão e descarga que tiveram de ser ali descritos, em conexão com esses distúrbios, afirma Freud, sugeriram diretamente a concepção da excitação neuronal como uma quantidade em estado de fluxo. Parecia lícito tentar generalizar o que ali se comprovou. Partindo dessa consideração, pôde-se estabelecer um princípio básico da atividade neuronal em relação a Q (Quantidade em geral), que prometia ser extremamente elucidativo, visto que parecia abranger toda a função. Esse é o princípio de inércia neuronal: os neurônios tendem a livrar-se de Q. A estrutura e o desenvolvimento, bem como as funções dos neurônios, devem ser compreendidos com base nisso (FREUD, 1895, p. 315).

O princípio da inércia neuronal é rompido por outra circunstância, afirma Freud (1895), pois à proporção em que aumenta a complexidade interior do organismo, o sistema nervoso recebe estímulos do próprio elemento somático, os estímulos endógenos, precursores das pulsões, que também têm que ser descarregados. Esses estímulos se originam nas células do corpo e criam as grandes necessidades, como respiração, sexualidade. Deles, ao contrário do que faz com os estímulos externos, o organismo não pode esquivar-se; não pode empregar a Q deles para a fuga do estímulo. Eles cessam apenas mediante certas condições, que devem ser realizadas no mundo externo. (Cf., por exemplo, a necessidade de nutrição.) Para efetuar essa ação, que merece ser qualificada de “específica”, requer-se um esforço que seja independente da Q endógena e, em geral, maior, já que o indivíduo se acha sujeito a

condições que podem ser descritas como as *exigências da vida*. Em conseqüência, o sistema nervoso é obrigado a abandonar sua tendência original à inércia, isto é, a reduzir o nível da Q à zero. Precisa tolerar a manutenção de um acúmulo de Q suficiente para satisfazer as exigências de uma ação específica. Mesmo assim, a maneira como realiza isso demonstra que a mesma tendência persiste modificada pelo empenho de ao menos manter a Q no mais baixo nível possível e de se resguardar contra qualquer aumento da mesma — ou seja, mantê-la constante. Todas as funções do sistema nervoso podem ser compreendidas sob o aspecto das funções primária ou secundária impostas pelas exigências da vida (FREUD, 1895, p.316).

b) A Teoria do Neurônio: breves observações

Freud (1895) afirma que a idéia de combinar a teoria da Q (Quantidade de ordem geral) com o conhecimento dos neurônios estabelecidos pela histologia contemporânea, constitui o segundo pilar desta tese. A essência dessas novas descobertas é que o sistema nervoso se compõe de neurônios distintos e construídos de forma similar, que estão em contacto recíproco por meio de uma substância estranha, que terminam uns sobre os outros como fazem sobre porções de tecido estranho, nos quais se acham estabelecidas determinadas vias de condução, no sentido de que eles, os neurônios, recebem excitações, através dos processos celulares e deles se descarregam através de um cilindro axial. Além disso, possuem inúmeras ramificações de vários calibres.

Se combinarmos essa descrição dos neurônios com a concepção da teoria da Qn (Quantidade de ordem interna), afirma Freud, chega-se à noção de um neurônio *catexizado* (*investido*), cheio de determinada Qn. No entanto, em outras circunstâncias, ele pode estar vazio. O princípio da inércia encontra expressão na hipótese de uma *corrente* que parte das vias de condução ou processos celulares, dendritos, em direção ao cilindro axial. Cada neurônio isolado é, assim, um modelo de todo o sistema nervoso, com sua dicotomia de estrutura, sendo o cilindro axial o órgão de descarga. Assim, afirma Freud:

A função secundária do sistema nervoso, porém, que requer a acumulação da Qn, torna-se possível ao se admitir que existam resistências opostas à descarga; e a estrutura dos neurônios torna provável a localização de todas as resistências nos *contactos* entre os neurônios, que desse modo funcionariam como *barreiras*. A hipótese de *barreiras de contacto* é frutífera em vários sentidos. (FREUD, 1895, p. 318)

A partir daí, Freud descreve um plano geral, em que expõe os processos psíquicos como estados quantitativos e determinados de partes materiais.

Para adentrarmos em nosso interesse investigativo sobre o desamparo, nos deteremos mais especificamente no texto do *Projeto*, que descreve a “Experiência de satisfação”.

c) A Experiência de Satisfação e o Desamparo

A primeira explicação que Freud (1895) atribui está voltada para uma determinada seqüência, e afirma que o enchimento dos neurônios nucleares em Ψ (sistema de neurônios impermeáveis), terá como resultado uma propensão à descarga, uma *urgência* que é liberada pela via motora. A experiência demonstra que, aqui, a primeira via a ser seguida é a que conduz a *alteração interna* (expressão das emoções, gritos, inervação vascular). Mas, nenhuma descarga pode produzir resultado aliviante, visto que o estímulo endógeno (pulsão) continua a ser recebido e se restabelece a tensão em Ψ . Nesse caso, o estímulo só é passível de ser abolido por meio de uma intervenção que suspenda provisoriamente a descarga de Qn no interior do corpo; e uma intervenção dessa ordem requer a alteração no mundo externo (fornecimento de alguém, aproximação do objeto sexual), que, como *ação específica*, só pode ser promovida de determinadas maneiras.

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por *ajuda alheia*, prossegue Freud, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da *comunicação*, e o desamparo inicial dos seres humanos é a *fonte primordial* de todos os *motivos morais* (FREUD, 1895, p. 336)

E afirma Freud (1895, p. 336):

quando a pessoa que ajuda executa o trabalho da ação específica no mundo externo para o desamparado, este último fica em posição, por meio de dispositivos reflexos, de executar imediatamente no interior de seu corpo a atividade necessária para remover o estímulo endógeno. A totalidade do evento constitui então a “experiência de satisfação”, que tem as conseqüências mais radicais no desenvolvimento das funções do indivíduo. Isso porque ocorre o seguinte: efetua-se uma descarga permanente e, assim, elimina-se a urgência que causou desprazer; produz-se um investimento de um ou vários neurônios que correspondem à percepção do objeto; e em outros pontos, chegam as informações sobre a descarga do movimento reflexo liberado que se segue à ação específica. Estabelece-se então uma facilitação nos investimentos e no que chamamos de neurônios nucleares.

Segundo Freud, a informação sobre a descarga reflexa surge porque cada movimento, através de seus resultados subsidiários, torna-se uma oportunidade de novas excitações sensoriais (provenientes da pele e dos músculos) que produzem em Ψ uma *imagem motora* (cinestésica). A facilitação, no entanto, se forma de uma maneira que permite uma compreensão mais ampla do desenvolvimento de Ψ . Até agora, se sabe que os neurônios Ψ são influenciados por e pelas vias de condução endógena; mas os diversos neurônios Ψ ficaram isolados uns dos outros por barreiras de contacto com fortes resistências. Ora, existe uma lei básica de *associação por simultaneidade*, (associação por contigüidade), que atua no caso da atividade Ψ pura, de lembrança reprodutiva, e que constitui o fundamento de todos os vínculos entre os neurônios Ψ . Verifica-se que a consciência (w), isto é, a catexia (investimento) quantitativa de um neurônio, afirma Freud, passa para outra, caso e tenham estado, em algum momento, investidos simultaneamente a partir de alguma outra parte. Desse modo, uma barreira de contacto ficou facilitada pelo investimento simultâneo. Daí se conclui, nesta tese, que uma Q_n passa mais facilmente de um neurônio para um neurônio investido do que para um não investido. Assim, o investimento do segundo neurônio atua da mesma maneira que um aumento de investimento no primeiro. Nesse caso, mais uma vez, o investimento, se revela no que diz respeito à passagem de Q , como equivalente da facilitação (FREUD, 1895, p. 337).

Assim, como resultado da experiência da satisfação, afirma Freud, há uma facilitação entre duas imagens mnêmicas e os neurônios nucleares ficam investidos em estado de urgência. Junto com a descarga de satisfação, não resta dúvida de que a Q_n se esvai também das imagens mnêmicas. Ora, com o reaparecimento do estado de *urgência* ou de *desejo*, o investimento também passa para as duas lembranças, reativando-as. É provável que a imagem mnêmica do objeto seja a primeira a ser afetada pela *ativação do desejo* [...] Não tenho dúvida de que, na primeira instância, essa ativação do desejo produz algo idêntico a uma percepção — a saber, uma *alucinação* Quando uma ação reflexa é introduzida em seguida a esta, a consequência inevitável é o desapontamento [...].(FREUD, 1895, p. 337, grifo do autor).

Segundo Mezan (1990), Freud dá o passo inicial da organização do processo do desejo no psiquismo. Naquele momento, Freud (1895) trata do desamparo em termos muito concretos como da incapacidade do recém nascido em satisfazer por suas próprias forças, as exigências das suas necessidades vitais, dependendo inteiramente do outro para tal.

Mezan (1990, p. 169) comenta:

o que Freud (1895) chama de “experiência ou vivência de satisfação” é quando considera que a estimulação endógena, como precursora da pulsão, é permanente, ao contrário do que ocorre com a estimulação proveniente do exterior, ou seja, a primeira, só pode ser eliminada mediante a intervenção de uma outra pessoa, durante todo o tempo em que, devido a sua debilidade, o organismo humano é incapaz de realizar ações adequadas, realizando-a pela via da assistência alheia, ao chamar a atenção de uma pessoa experimentada sobre o estado em que se encontra, mediante a condução da descarga pela via da alteração interna. Esta via de descarga adquire assim, importantíssima função secundária da comunicação e a situação indefesa original do ser, o desamparo, se converte desta forma no que Freud (1895) chama de ‘fonte primordial de todos os motivos morais’.

A situação indefesa do lactante é a fonte das motivações morais pelo fato da moral aparecer em sua função repressiva, agora emergindo o registro da alteridade, do aparecimento e do reconhecimento do outro, de um outro da dependência, a ser entendido de forma recíproca tanto da mãe para o lactante como desta em relação àquele como objeto de amor.

A hipótese freudiana de satisfação propunha, então, que o processo do desejo se instalasse a partir de uma experiência inaugural de satisfação propiciada pela intervenção do outro, como afirma Pereira (1999, p. 137).

O caráter necessário dessa abertura ao outro se funda, em última instância, no desamparo inicial do ser humano. Esse encontro primordial inscreve-se definitivamente como processo de desejo. O desejo surge no mesmo lugar onde anteriormente tinham se manifestado o desamparo e a impotência. Freud refere que a eficácia dos mandamentos morais repousa sobre o desejo do amor do outro e no temor de perdê-lo. Correlativamente, a perda do amor ou a separação do ser protetor corresponde ao maior dos perigos, o de ser abandonado a sua própria sorte ante um desamparo.

3.2 DESAMPARO: CONCEITO OU NOÇÃO?

Freud não consagrou um estudo específico sobre o desamparo, porém, refere-se a ele ao longo de sua obra. Para nos situarmos, contaremos com a opinião de nossos comentadores neste debate contemporâneo.

Ao se referir ao desamparo na obra freudiana, Pereira (1999, p. 138) afirma que:

[...] seria precipitado supor que lhe tenha atribuído um estatuto de um conceito nitidamente definido e determinado, sendo assim, prefere considerá-lo da ordem de uma “noção” mais do que de um “conceito”. É possível considerar que o “desamparo” tenha-se tornado uma noção necessária, mas não totalmente formalizada, à medida que a referência a ele parecia se impor, emergindo quase que por si só, do cerne de certas questões teórico - clínicas das mais decisivas tais como: a teoria da angústia que exige explicações mais agudas e mais especificamente metapsicológicas.

Desamparo *Hilflosigkeit* é uma palavra que em alemão é um termo de língua comum. A proximidade do uso comum da língua permite que as palavras de sua metapsicologia permaneçam permeáveis às múltiplas ressonâncias da cultura na sua dimensão mais viva.

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

No *Dicionário comentado do alemão de Freud*, Hanns (1996) não traduz diretamente a palavra desamparo em alemão, mas sim, faz sua utilização quando define a palavra *Reize* que é traduzida como estímulo ou excitação. Freud, ao realizar suas formulações iniciais no *Projeto para uma Psicologia Científica (1895)* e depois em textos mais tardios, a utilizava para definir de que maneira o organismo lida com os estímulos (*Reize*). Todavia, refere-se cada vez menos a estímulos externos e cada vez mais aos gerados pelas pulsões. Comenta Hanns (1996, p. 228):

é antiga a idéia em Freud de que o excesso de *Reize* é vivido pelo sujeito como algo avassalador que o leva a um estado de desamparo *Hilflosigkeit*. Neste sentido, lidar com estímulos, tentando conseguir sua descarga é algo que se impõe para evitar um estado de desamparo (*Hilflosigkeit*). O termo *Hilflosigkeit* é carregado de intensidade, expressa um estado próximo do desespero e do trauma. Esse estado é semelhante aquele vivido pelo bebê, o qual após o nascimento é incapaz, pelas próprias forças, de remover o excesso de excitações pela via da satisfação, sucumbindo à *Angst* (medo, eventualmente ansiedade ou angústia). Mesmo tendo Freud, em 1926, reformulado sua teoria sobre a *Angst*, mantém a idéia de que o sujeito exposto ao excesso de excitação vive uma situação de desamparo, necessitando lidar (*bewältigen*) com o turbilhão de estímulos que o acometem.

O desamparo (*Hilflosigkeit*) constitui uma referência constante em Freud, afirma Laplanche (1985) e merece ser traduzido por um “estado”, um “*estado de desamparo*” e faz algumas considerações de como Freud pontua o desamparo inicial:

[...] em primeiro lugar, pela compreensão da vivência de satisfação, a sua reprodução alucinatória e a diferenciação entre processo primário e secundário; no plano correlativo ao desamparo como total dependência da mãe, implicando em sua onipotência, influenciando de forma decisiva na estruturação do psiquismo voltado a constituir-se inteiramente na relação com outrem (LAPLANCHE; PONTALIS, 1985 p. 156-157).

Ceccarelli (2006) introduz o termo “Insocorrível” para definir o “desamparo” utilizado por Freud, pois *Hilfe* significa socorro; *los*, que pode ser definido por *sem e keit* o que forma o subjetivo, assim a *Hilfosigkeit* seria mais bem traduzida por insocorribilidade. [...] Ser desamparado atesta a condição de insocorribilidade do sujeito humano [...]. (CECCARELLI, 2006, p.115). Portanto, o termo situa-se também como um “estado” em que o sujeito se encontra.

Birman (1999, p. 52), afirma que entende haver uma diferença entre a palavra e o conceito de desamparo, e afirma:

[...] o desamparo também é um conceito no registro da escrita freudiana e indica que Freud teve que empreender um longo percurso teórico - clínico para transformar a palavra desamparo num conceito metapsicológico. A palavra desamparo já aparece inicialmente no *Projeto* (1895), porém seu uso é restrito no discurso inicial da psicanálise.

A palavra desamparo, no novo contexto após os anos de 1920, não se restringe apenas a um uso adjetivo e sim também substantivo. Assim, afirma Birman (1999) que desde o *Além do Princípio do Prazer* (1920), até o *Mal-estar na Civilização* (1930), passando por *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926), que é o texto mais específico e depois pelo *Futuro de uma Ilusão* (1927), pode-se caminhar por um universo semântico que indica a presença de uma outra gramática conceitual no campo psicanalítico.

Para Birman, o conceito de desamparo se constituiu de fato, no contexto da formulação final da metapsicologia freudiana, diretamente tributário da construção do conceito de pulsão de morte e daquilo que o funda, isto é, a suspensão da recusa imposta no início do discurso freudiano ao princípio da inércia e sua nova enunciação sob a forma do princípio do nirvana. Assim, o vivente almejava um estado de quietude, pelo retorno à condição de inanimado, o querer se livrar de sua condição animada por não ter instrumentos próprios para dominar as excitações e construir com elas destinos outros que não sejam a morte, condizentes então com a manutenção da ordem da vida.

O que Freud nos mostra, segue Birman, é que marcado pela prematuridade biológica desde sua origem, o ser humano seria fadado à morte se não fosse a presença do outro. Seria o outro que realizaria o trabalho de ligação da força pulsional que o organismo humano seria, pois, incapaz de realizar. Nestes termos, a ordem vital se identificaria com a ordem sexual já que é através do erógeno oferecido pelo outro, que o organismo humano se constitui. Seria pela transmissão ofertada por um outro e não pela natureza em si. Assim, o sujeito se constitui pelo trabalho do outro, pela mediação de uma dependência da qual jamais se libertará mesmo

que, posteriormente, o sujeito tenha instrumentos para manejar melhor às excitações, relativizando sua dependência, o fato da força pulsional ser constante e contínua, recoloca o sujeito na condição de desamparado. Birman (1999, p. 59) comenta:

Ao longo de sua obra, Freud recoloca o desamparo, de maneira que o desamparo vocacional da condição humana se constituiria pelo intervalo entre a força pulsional, os representantes das pulsões e os objetos capazes de apaziguar as excitações. Então o outro que realizaria o trabalho pelo qual a força pulsional seria transformada num circuito pulsional, isto é, constituída de objetos de satisfação e inscrita no mundo das representações.

O tema do desamparo encontra continuidade trinta anos depois do *Projeto* (1895) em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926), quando Freud se interroga em relação aos fatores que desencadeiam as neuroses, atribuindo como uma das causas, o longo período de tempo em que o ser humano está em situação de desamparo, dependente do outro para manter-se vivo e garantindo suas necessidades, daí originando-se à necessidade vital de ser amado que o acompanhará o resto da vida.

Freud nunca se esgota, e suas observações retornam ao *Projeto* sempre, onde tudo começou, pois ao longo de sua obra, articula seus conceitos e preceitos, o que nos permite passar entre décadas, ir e vir em sua teoria e apresentar o que nos interessa mais especificamente no momento.

3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE DESAMPARO E ANGÚSTIA

Freud, em sua primeira teoria da angústia, até os anos de 1920, trata a angústia essencialmente, primeiro como a) estado afetivo, sendo a reprodução de um antigo acontecimento de perigo, b) angústia como um sinal de um novo perigo, c) ela precede da libido que se torna implacável e, do processo de recalque, e d) angústia é substituída pelo sintoma.

Todo trabalho teórico de Freud no desenvolvimento do conceito de angústia, tem a marca do ponto de vista econômico, tópico e dinâmico, e gira em torno das noções de libido e de recalque, como afirma Rocha (2000, p. 94) “[...] Freud nunca abandonou este ponto de vista econômico, pois ele é constitutivo de sua metapsicologia”.

Em sua reformulação da teoria da angústia, a partir de 1926, Freud chama atenção para a angústia originária do nascimento, como fonte última da angústia. Como afirma Rocha

(2000, p. 94),

Essa reformulação implica numa revisão teórica da natureza e da função da angústia, à luz das suas descobertas na sua segunda tópica, bem como uma revisão no conceito de angustia real, no contexto de uma nova abordagem teórica da relação entre os perigos externos e internos.

Neste ponto deter-nos-emos mais especificamente no texto de 1926, *Inibição, Sintoma e Angústia*, para nos situarmos em nossa investigação sobre o desamparo. Para entendermos melhor essa articulação, precisamos retornar ao que Freud postula sobre angústia e suas reformulações. É nesse texto, que Freud encontra o ponto central do traumático e da experiência de angústia, coma afirma Pereira (1999), Freud [...] situa a estrutura fundamental do desamparo humano, não como um mero acidente das origens e do biológico do indivíduo, mas ligado ao Édipo, à linguagem e a cultura [...]. (PEREIRA, 1999, p.126)

Na primeira parte do texto, Freud trata das inibições e dos sintomas, explicando-os e definindo funções, porém, a parte que nos interessa mais diretamente, é dedicada à angústia no contexto de sua segunda teoria da angústia associada ao trauma, que retornará ampliando o tema do desamparo. Freud neste texto articula o desamparo do bebê, ao surgimento da angústia, com finalidade de sinalizar uma situação de perigo.

a) Angústia Originária e Desamparo

Freud (1926), em sua primeira sistematização teórica, define a angústia no registro ontogenético, como um excesso de estímulo ou de excitação (*Reiz*) que quando não controlada pelo eu quebra o equilíbrio do princípio de constância e do prazer, sendo assim, uma experiência de desprazer. Posteriormente, posiciona-a, num registro filogenético, como afirma Rocha (2000, p. 106) “[...] em que da angústia originária, ele busca uma explicação para todo estado afetivo da angústia, visto assim, como repetição da angústia originaria [...]”.

Freud, (1926) de certa forma, responde à tese de Otto Rank (1924) sobre o trauma do nascimento, que teria sido inicialmente do próprio Freud, de que a emoção da angústia é uma consequência do fato do nascimento e uma repetição da situação então experimentada. Freud não desprezou a idéia, de que o nascimento é um trauma, porém diz que foi obrigado a partir de volta da relação de angústia até a situação de perigo que estava por trás dela. A introdução desse elemento abriu novos aspectos da questão. O nascimento foi encarado como sendo o protótipo de todas as situações ulteriores de perigo que se apoderavam do indivíduo, sob as novas condições decorrentes de um modo de vida modificado e um crescente

desenvolvimento psíquico. Por outro lado, seu próprio significado foi reduzido a essa relação prototípica de perigo.

O que Freud critica na tese de Rank, é a seguinte questão, ou seja, como que o nascimento da criança é vivido como o primeiro momento de angústia, se o recém-nascido ainda não tem condições de poder reconhecer a mãe como objeto de investimento e fazer uma representação da angústia de separação? Para Freud (1926), a angústia originária do nascimento estaria ligada não à experiência de separação, mas ao estado de desamparo.

Pela imaturidade biológica do ser humano, o fenômeno do nascimento é vivido segundo Freud, como uma experiência de *Hilflosigkeit, de desamparo*, no qual o bebê é incapaz de realizar alguma ação por si próprio para satisfazer qualquer necessidade vital.

Mais do que uma simples etapa do estágio do desenvolvimento psíquico, pontua Pereira (1999), o traumatismo do nascimento, segundo a concepção de Rank (1924), fundamenta uma hipótese radical sobre a origem do inconsciente e das bases de seu funcionamento, buscando um ponto de ancoragem no inconsciente, de um evento real. Trata-se de uma concepção em que o passado explica o presente numa lógica linear de causalidade, ou seja, o traumatismo do nascimento deixa marcas e constitui um substrato biológico concebível da vida psíquica. Entretanto, afirma Pereira (1999, p.177-178),

O que Freud rejeita na obra de Rank, é a naturalização, a objetivação cientista tanto da angústia quanto do traumatismo do nascimento. Isso mostra que a concepção filogenética de Freud, longe de reduzir a uma ordem natural, é uma organização da natureza inscrita no inconsciente, é antes, algo que recupera a história primordial da família humana.

A angústia sentida ao nascer, tornou-se o protótipo de um estado afetivo, afirma Freud (1926), que teve de sofrer as mesmas vicissitudes que os outros afetos. Ou o estado de angústia se reproduzia automaticamente em situações análogas à situação original e era assim uma forma inadequada de reação em vez de apropriada, como o fora na primeira situação de perigo, ou o eu adquiria poder sobre essa emoção, reproduzindo-a por sua própria iniciativa e a empregando como uma advertência de perigo. Como um meio de pôr o mecanismo de prazer-desprazer em movimento, Freud (1926) concedeu ao aspecto biológico do afeto de angústia sua devida importância, reconhecendo a angústia como a reação geral a situações de perigo, enquanto endossava o papel desempenhado pelo eu como a sede da angústia, empregando-lhe a função de produzir afeto de angústia de acordo com suas necessidades.

Freud atribui duas modalidades de origem à angústia. Uma era involuntária, automática e sempre justificada sob fundamentos econômicos e ocorria sempre que uma situação de

perigo análoga ao nascimento se havia estabelecido. A outra era produzida pelo eu logo que uma situação dessa espécie simplesmente ameaçava ocorrer, a fim de exigir sua evitação. No segundo caso, o eu se sujeita à angústia como uma espécie de inoculação, submetendo-se a um ligeiro ataque da doença, a fim de escapar a toda sua força. “[...] Ele vividamente imagina a situação de perigo, por assim dizer, com a finalidade inegável de restringir aquela experiência aflitiva a uma mera indicação, a um sinal [...]” (FREUD, 1926, p.186-7).

O afeto da angústia apresenta algumas características. Dentre elas, a inegável relação com a expectativa. A angústia, afirma Freud (1926) é angústia por algo, e possui uma qualidade de indefinição e falta de objeto. Freud diz que prefere empregar a palavra ‘medo’, de preferência, em lugar de ‘angústia’ se tiver encontrado um objeto. Portanto, além de sua relação com o perigo, à angústia tem uma relação com a neurose que há muito Freud estaria tentando elucidar. Surge então a questão do por que todas as reações não seriam neuróticas? E tantas delas seriam normais? Assim, Freud adentrou no problema da diferença entre angústia realística e angústia neurótica.

b) Angústia Realística e Angústia Neurótica

Freud (1926) ao se deparar com a questão das diferentes manifestações de angústia, pontuou que o verdadeiro perigo é um perigo que é conhecido, assim, afirma que a angústia realística, é a angústia por um perigo conhecido.

A angústia neurótica é a angústia por um perigo desconhecido. O perigo neurótico é assim um perigo que tem ainda de ser descoberto. A análise tem revelado, afirma Freud (1926) que se trata de um perigo pulsional. Levando esse perigo que não é conhecido do eu até à consciência, o analista faz com que a angústia neurótica não seja diferente da angústia realística, de modo que com ela se pode lidar da mesma maneira.

Existem duas reações ao perigo real, afirma Freud (1926): uma reação afetiva, uma irrupção de angústia. A outra é uma ação protetora. O mesmo presumivelmente se aplicará ao perigo pulsional. Sabemos como as duas reações podem cooperar de forma apropriada, uma dando o sinal para que a outra surja. Mas também sabemos que elas podem comportar-se de modo impróprio: “[...] a paralisia proveniente da angústia, por exemplo, pode sobrevir difundindo-se uma reação à custa da outra [...]” (FREUD, 1926, p. 190).

Segundo Freud, em alguns casos, as características da angústia realística e da angústia neurótica se acham mescladas. O perigo é conhecido e real, mas a angústia referente a ele é muito grande, maior do que parece apropriada. É esse excedente de angústia que traz a

presença de um elemento neurótico. Tais casos, contudo, sugere Freud, não introduzem qualquer princípio novo, pois a análise revela que o perigo real conhecido se acha ligado a um perigo pulsional desconhecido.

A essência e o significado de uma situação de perigo, consiste na estimativa do paciente quanto à sua própria força em comparação com a magnitude do perigo e no seu reconhecimento de desamparo em face desse perigo — desamparo físico se o perigo for real e desamparo psíquico, se for pulsional. Ao proceder assim o indivíduo será orientado pelas experiências reais que tiver tido. Quer ele esteja certo ou errado em sua estimativa não importa quanto ao resultado. Freud denomina uma situação de desamparo dessa espécie que o sujeito realmente tenha experimentado, de situação traumática, distinguindo-a de uma situação de perigo (FREUD, 1926, p. 191).

O indivíduo terá alcançado importante progresso em sua capacidade de autopreservação, se puder prever e esperar uma situação traumática dessa espécie que acarrete desamparo, em vez de simplesmente esperar que ela aconteça. Freud (1926) denominou de situação de perigo, e nos ilustra:

É nessa situação que o sinal de angústia é emitido. O sinal anuncia: ‘estou esperando que uma situação de desamparo sobrevenha’ ou então: ‘a presente situação me faz lembrar uma das experiências traumáticas que tive antes, portanto, previrei o trauma e me comportarei como se ele já tivesse chegado, enquanto ainda houver tempo para pô-lo de lado’ (FREUD, 1926, p. 191).

A angústia é, por um lado, uma expectativa de um trauma e, por outro uma repetição dele em forma atenuada. Assim os dois traços de angústia têm uma origem diferente. Sua vinculação com a expectativa pertence à situação de perigo, ao passo que sua indefinição e falta de objeto pertencem à situação traumática de desamparo – a situação que é prevista na situação de perigo.

Seguindo a seqüência, angústia-perigo, desamparo-trauma, podemos agora resumir que Freud sustenta que uma situação de perigo é uma situação reconhecida, lembrada e esperada de desamparo.

Freud (1926) afirma que a angústia é a reação original ao desamparo no trauma, e é reproduzida depois da situação de perigo como um sinal em busca de ajuda. O eu que experimentou o trauma passivamente, agora o repete ativamente em versão enfraquecida, na esperança de ser ele próprio capaz de dirigir seu curso.

É certo que as crianças se comportam dessa maneira em relação a toda impressão aflitiva que recebem reproduzindo-a em suas brincadeiras. Ao passarem assim, da passividade para a atividade tentam dominar suas experiências psicicamente. Isto chama-se ‘ab-reação de um trauma’. Mas o que é de importância decisiva é o

primeiro deslocamento da reação de angústia, de sua origem na situação de desamparo para uma expectativa dessa situação, para a situação de perigo (FREUD, 1926, p. 192).

A situação traumática e a situação de perigo se distinguem na medida em que o *eu* aprende a tomar a angústia como um sinal. A angústia que, originalmente, foi automaticamente deslançada na situação de desamparo, será depois reproduzida como sinal de perigo, graças ao que o *eu* passa, tal como a criança em suas brincadeiras, da passividade para atividade, buscando dominar psiquicamente suas experiências. Depois disso, vêm então os deslocamentos ulteriores do perigo para o determinante do perigo - perda do objeto e das modificações dessa perda. Neste sentido, Freud (1926, p. 192) nos mostra que:

o resultado indesejável de ‘estragar’, ou ‘mimar’ uma criancinha é ampliar a importância do perigo de perder o objeto, sendo o objeto uma proteção contra toda situação de desamparo, em comparação com qualquer outro perigo. Portanto assim, se estimula o indivíduo a permanecer no estado de infância, em estado infantil, cujo período de vida se caracteriza pelo desamparo motor e psíquico.

Até então, a angústia realística não parece aqui diferente da angústia neurótica, mas há distinção. Um perigo real é aquele que ameaça uma pessoa a partir de um objeto externo e um perigo neurótico é aquele que a ameaça a partir de uma exigência pulsional. No primeiro, desamparo motor e, no segundo, psíquico. Porém, como afirma Freud (1926), a razão pela qual parece haver uma vinculação especialmente estreita entre a angústia e a neurose é que o eu se defende contra um perigo pulsional com a ajuda da reação de angústia, do mesmo modo que o faz contra um perigo real externo, mas que essa linha de atividade defensiva resulta numa neurose devido a uma imperfeição do aparelho psíquico. Uma exigência pulsional freqüentemente só se torna um perigo (interno) porque sua satisfação provocaria um perigo externo isto porque o perigo interno representa um perigo externo.

Por outro lado, o perigo externo (real) deve também ter conseguido tornar-se internalizado, caso seja significativo para o eu. Ele deve ter sido reconhecido como relacionado com certa situação de desamparo que foi experimentada. O homem não parece ter sido dotado, mesmo num grau muito pequeno, de reconhecimento pulsional dos perigos que o ameaçam de fora, afirma Freud (1926, p. 192-193): “[...] criancinhas estão constantemente fazendo coisas que põem em perigo suas vidas, e eis precisamente por que não podem passar sem um objeto protetor” [...].

Em relação à situação traumática, na qual o paciente possa estar sentindo-se desamparado, prossegue Freud (1926, p. 193), convergem perigos externos e internos, perigos

reais e exigências pulsionais. Quer o eu esteja sofrendo de uma dor que não pára ou experimentando um acúmulo de necessidades pulsionais que não podem obter satisfação, a situação econômica é a mesma e o desamparo motor do eu encontra expressão no desamparo psíquico.

c) Angústia e Medo (*Angst*): a etimologia e as variações do termo em Freud

Angst deriva-se da raiz indo-européia *angh*, que se refere a “apertar”, “pressionar”, “amarrar”, define Hanns (1996). Ligadas às mesmas raízes, estão as palavras *agchein* do grego “estrangular”, no latim *angin*, sensação de sufocamento e aperto. Hanns (1996, p. 62) comenta as conotações do termo em seu *Dicionário Comentado do Alemão de Freud* (1996):

Angst significa medo. Geralmente indica um sentimento de grande inquietude perante ameaça real ou imaginária de dano. Pode variar da gradação de “receio” e “temor”, até “pânico” ou “pavor”. Refere-se tanto a ameaças específicas (*Angst vor*, medo dê) como inespecíficas (*Angst*, medo).

Destacamos algumas passagens em que Freud se refere a *Angst* comparado ao medo. Em *Sobre os Fundamentos para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada Neurose de Angústia* ([1894]1895), Freud trata da sintomatologia clínica da neurose de angústia (*Angstneurose*), em português, “neurose do medo”, diferenciando-a da neurastenia, destacando-a desta categoria e enumerando vários sintomas, dentre eles o da “expectativa ansiosa”, ou como traduz Hanns (1996), *expectativa angustiada* (*angstliche*). Em que Freud ([1894]1895, p. 109) descreve:

Não conheço melhor maneira de descrever o que tenho em mente senão por esse nome e acrescentando alguns exemplos. Por exemplo, uma mulher que sofre de *expectativa angustiada* pensará numa pneumonia fatal a cada vez que seu marido tossir quando estiver resfriado, e com os olhos da imaginação assistirá à passagem do funeral dele; se, dirigindo-se a sua casa, observar duas pessoas paradas à porta da frente, não poderá evitar a idéia de que um de seus filhos caiu da janela; quando ouvir baterem à porta, imagina que sejam notícias da morte de alguém, e assim por diante - sendo que, em todas essas ocasiões, não há nenhum fundamento específico para exagerar uma mera possibilidade.

Hanns (1996) comenta que a *angstlich* que Freud descreve, significa literalmente “expectativa medrosa”. Assim, Freud faz várias pontuações, afirmando que a angústia, embora principalmente latente no que diz respeito à consciência, está sempre emboscada de diferentes formas de manifestações. Pode irromper pela consciência sem proceder de um encadeamento de idéias, provocando assim um ataque de ansiedade, que pode ser considerada

apenas como um sentimento de angústia, sem nenhuma idéia associada, daí denotando o medo.

Freud por algumas vezes, se referiu às nuances semânticas expressas pela palavra alemã *Angst*, mas, embora acentue um elemento antecipatório e a ausência de um objeto, em *Angst*, as distinções não são exatas.

Para tal, ilustraremos o comentário do Editor inglês das Obras Completas de Freud, no apêndice do texto *Sobre os Fundamentos para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada Neurose de Angústia*:

Angst é uma palavra usada comumente na fala alemã usual, não sendo de forma alguma exclusivamente um termo técnico psiquiátrico. Ocasionalmente, pode ser traduzida por qualquer uma dentre meia dúzia de palavras inglesas igualmente comuns — “*fear*” medo, “*fright*” pavor ou susto, “*alarm*” sobressalto e assim por diante —, sendo, portanto, muito pouco prático, fixarmo-nos num único termo inglês como sua tradução exclusiva. Entretanto, “*Angst*” aparece com freqüência como termo psiquiátrico (particularmente em combinações como “*Angstneurose*” ou “*Angstanfall*”) e, nessas ocasiões, um equivalente técnico inglês parece fazer-se necessário. A palavra universalmente, e talvez infelizmente, adotada para esse fim foi “*anxiety*” — infelizmente, já que “*anxiety*” tem também um sentido corrente de emprego cotidiano, que tem apenas uma remota conexão com qualquer dos usos do alemão “*Angst*”. (FREUD, 1980, p. 137, v. 3)

A grande questão e um dos principais problemas teóricos debatidos por Freud é, justamente porque algumas vezes ansiedade ou angústia não são necessariamente a *Angst*, pois, *Angst* algumas vezes, tem conotação patológica e outras, normal.

No Apêndice B de *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926), na sessão chamada *Observações suplementares sobre ansiedade*, Freud trata do afeto da angústia e apresenta algumas características sobre o assunto. Refere que a angústia tem relação com a expectativa. Tem uma qualidade de indefinição e falta de objeto. Neste contexto, Freud (1926) afirma que em linguagem precisa, emprega-se a palavra medo *Angst*, em vez de ansiedade ou angústia, como já exposto.

Freud distingue a angústia do medo, pois o medo estaria sempre ligado a um objeto, (se tem medo de algo). A angústia faz abstração desta determinação do objeto e implica uma indeterminação do perigo (não se sabe porquê de estar angustiado).

É por causa desta sua indeterminação que a *Angst* freudiana facilmente se relaciona com o inconsciente e tem um papel importante na neurose

d) Angústia Diante da Perda do objeto: considerações do apêndice C

No apêndice C, de *Inibição, Sintoma e Angústia* no texto intitulado de *Angústia, Dor e Luto*, aqui traduzida livremente direto do alemão, Freud (1926) nos aponta que a angústia se manifesta de algumas formas. Uma delas é diante de um perigo real como já vimos, mas neste texto Freud nos acrescenta algo novo, quando afirma que se um bebê (lactante), em vez de sua mãe, ele avistar uma pessoa estranha, demonstrará angústia que se interpreta como advinda do perigo da perda do objeto.

Freud diz que não há nenhuma dúvida acerca da angústia do bebê, mas as expressões faciais e reações de choro deixam perceber que ele, além disso, sente dor. Parece que para o bebê, angústia e dor, que posteriormente se tornarão distintas, ainda caminham juntas. Ele ainda não pode diferenciar o temporário sentir falta e a permanente perda, uma vez não tendo o rosto da mãe diante de si, se comporta como se nunca mais fosse revê-la e serão necessárias experiências repetidamente consoladoras, até que ele aprenda que a um tal desaparecimento da mãe, segue-se habitualmente seu reaparecimento.

Para Freud, a angústia evolui em conformidade com o desenvolvimento do sujeito, mas, qualquer que sejam as formas, ela será sempre uma angústia de separação, ou seja, a perda de um objeto de amor ou do amor do objeto. Rocha (2000, p. 114) afirma: “Os acontecimentos que desencadeiam a angústia nas diversas fases do desenvolvimento do eu, são o nascimento, o desmame, a perda do pênis (angústia de castração) e a perda do superou (ligado ao período de latência)”.

A mãe amadurece para o bebê tão importante aprendizado, na medida em que ela brinca com ele o conhecido jogo de cobrir o rosto e para sua alegria, novamente descobri-lo. Poder-se-ia então dizer que o bebê sente uma nostalgia, uma angústia que não é acompanhada de desespero.

A situação na qual o bebê sente falta da mãe, não representa para ele, em consequência de sua confusão entre angústia e dor, nenhuma situação de perigo, mas sim uma situação traumática, ou melhor, dizendo, ela é uma situação traumática, na medida em que o bebê neste momento sente uma necessidade que a mãe deve satisfazer; ela se torna uma situação de perigo quando essa necessidade não é atual, não se encontra presente no momento (FREUD, 1926, p. 194-195)

A primeira condição da angústia, que o próprio eu introduz, afirma Freud (1926), é então a da perda da percepção do objeto que é equiparada a da perda do objeto, como exposto acima. Posteriormente, a experiência ensina a criança que o objeto permanece existindo, mas pode se tornar mau ou aborrecido com a criança e a perda do amor, por parte do objeto, torna-se então um novo e duradouro perigo e condição de angústia.

Freud enfatiza a importância da mãe, pela estreita e íntima relação que existe entre a vida intra-uterina e os primeiros meses e anos de vida, que consiste numa importância fundamental. Devido a essa ligação, assim a experiência de desamparo se repete nas situações de perigo em que a criança é ameaçada de perder este objeto de amor.

A situação traumática de sentir falta da mãe diverge em um ponto decisivo da situação traumática do nascimento. Antes do nascimento, não existia nenhum objeto que pudesse tornar-se faltoso. A angústia permanecia a única reação que podia existir. A partir do nascimento, repetidas situações de satisfação criaram o objeto da mãe que, em situação de carência, experimenta um intenso investimento, que pode ser chamado de “nostálgico”. A reação dolorosa deve estar ligada a esta inovação. A dor é então a reação própria à perda do objeto, a angústia a reação diante do perigo que esta perda traz consigo e num deslocamento maior, o perigo da perda do próprio objeto.

Segundo Freud (1926), sabe-se muito pouco acerca da dor . A única certeza é dada pelo fato de que a dor surge – inicialmente e segundo a regra – quando um estímulo que ataca na periferia rompe o mecanismo de proteção contra os estímulos e efetiva-se como um estímulo pulsional permanente, contra o qual até mesmo as reações musculares efetivas, que retiram o estímulo dos lugares estimulados, permanecem impotentes.

Quando a dor não parte de um fragmento da epiderme, mas de um órgão interno, então nada muda na situação; apenas introduz-se um fragmento da periferia interna em lugar da externa. A criança tem claramente a possibilidade de vivenciar tais dores, que são independentes de suas vivências de necessidade. Mas, parece que essa condição de surgimento da dor tem muito pouco em comum com uma perda de objeto, assim como também o momento da estimulação periférica, essencial para a dor, perde-se completamente na situação nostálgica de angústia da criança. Faz sentido afirmar então que “[...] o uso comum da palavra criou o conceito de dor interna ou psíquica e as sensações de perda do objeto equiparam-se inteiramente à dor corporal ou dor física” (FREUD, 1926, p.196).

Na dor corporal, surge um forte e sempre crescente investimento na parte dolorosa do corpo que pode ser chamado de narcísico e que atua, por assim dizer, esvaziando o eu. Sabe-se, afirma Freud, que durante a dor em órgãos internos, recebemos representações espaciais e outras representações de tais partes do corpo, que antes jamais foram representadas conscientemente. Também é fato notório que as dores corporais não alcançam sua maior intensidade, quando desviamos, por um interesse divergente, nossa atenção psíquica. Não se deve dizer aqui que tais dores permaneceram inconscientes. Isso se explica pela concentração do investimento no representante psíquico da parte dolorosa do corpo. Assim parece que a

analogia encontra-se nesse ponto, que permitiu a transposição da sensação de dor para o domínio psíquico (FREUD, 1926, p. 196-197).

O intensivo e em conseqüência de sua insaciabilidade, sempre crescente investimento de angústia que está concentrado no objeto de que se sente falta ou que está perdido, cria as mesmas condições econômicas, semelhantes ao investimento doloroso da parte ferida, danificada do corpo e torna possível prescindir da condição periférica da dor corporal. Então, conclui Freud (1926, p. 197), “[...] que a passagem da dor corporal para a dor psíquica corresponde à mudança do investimento narcísico para investimento objetal”.

A representação do objeto extremamente investida pela necessidade pulsional, representa o mesmo papel da parte do corpo que é investida por um aumento de estímulos. A continuidade e a falta de inibição dos processos de investimento produzem o mesmo estado de desamparo psíquico. Se a sensação de desprazer aí surgida constitui o caráter específico da dor, em vez de se expressar na forma reativa da angústia, então pontua Freud (1926, p. 197) “[...] podemos atribuir isso a um fator pouco explicado ainda – o alto nível de investimento e de ligação que predomina enquanto ocorrem esses processos que conduzem à sensações de desprazer”.

A dor, observa Delouya (1999, p. 24), não é capaz de se antecipar, como a angústia, ao perigo para evitar ou fugir do objeto ou de situações hostis, pois não dispõe de sistema de alerta que possa identificá-los de antemão enquanto tais. A dor não é como a angústia, um sinal de alerta, mas já é um efeito da resposta a uma efração que implica um esforço de ligação. A dor eclode com ou é a própria tentativa malograda, ou parcialmente bem sucedida, de *ligação* de um *excesso*, seja de invasão ou de evasão, de um afluxo ou de um influxo, no aparelho psíquico (grifo do autor).

Outra reação afetiva à perda do objeto é o luto, afirma Freud (1926). Mas sua explicação não apresenta mais nenhuma dificuldade. O luto surge sob a influência da prova de realidade, que exige categoricamente que devemos nos separar do objeto, porque ele não existe mais. Ele deve então realizar o trabalho de conduzir essa retirada do objeto de todas as situações, nas quais o objeto (*Objekt*) era objeto (*Gegenstand*), alvo, de um forte investimento (FREUD, 1926, p.197-198).

O caráter doloroso dessa separação está então submetido à explicação dada acima, ou seja, por meio do forte e insaciável nostálgico investimento do objeto enquanto reprodução das situações, nas quais a ligação ao objeto deve ser desfeita.

Portanto, o papel do objeto no psiquismo é fundamental, pois é na relação com o outro que se dá a sua constituição.

4 A TRANSFERÊNCIA NA TEORIA FREUDIANA

Neste capítulo abordaremos um conceito de maior importância para a Psicanálise, o de *transferência*, que percorre a teoria freudiana desde os “*Estudos sobre a Histeria*” (1893-1895), até o “*Esboço da Psicanálise*” ([1938]1940).

4.1 SOBRE A TRANSFERÊNCIA EM FREUD

No *Dicionário comentado do alemão de Freud*, Hanns (1996) define a palavra *Transferência*, com as variações atribuídas pela língua alemã.

O substantivo “*Übertragung*” significa “*transferência*”; todavia o termo em alemão possui conotações específicas.

[...] pode-se dizer que em geral no termo *übertragen* há um “arco” que mantém aceso o processo de ida e vinda, seja temporariamente, entre o passado e a atualidade, seja geograficamente, entre o longe e o perto, ou de uma pessoa a outra. Em alemão, o termo possui uma plasticidade e reversibilidade: aquilo que se busca, traz e deposita pode ser levado embora de novo para outro lugar e outro tempo. Genericamente refere-se à idéia de aplicar, transpor de um contexto para o outro, uma estrutura, um modo de se relacionar. Com o sentido de verbo *übertragen* significa *transportar, transferir, deslocar*. O prefixo *über* quer dizer por sobre e *tragen*, carregar (HANNS, 1996, p. 412-416).

O termo possui significações específicas como substantivo e como verbo. Psicanaliticamente, afirma Hanns, tais conotações lingüísticas estão fortemente presentes no texto freudiano.

O sentido de transferência, portanto, é de movimento, deslocamento, levando-nos a considerar que em toda transferência deve haver uma dinâmica, uma ligação.

Segundo Roudinesco e Plon (1998), o conceito de transferência é descrito como um termo introduzido por Sigmund Freud e Sandor Ferenczi entre 1900 e 1909 para:

[...] designar um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos, passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, no analista em si, colocado na posição desses diversos objetos. Historicamente, a noção de transferência assumiu toda sua significação com o abandono da hipnose, da sugestão e da catarse pela psicanálise. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 766).

No “*Vocabulário de Psicanálise*” (1985) a transferência é definida segundo Laplanche, como o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos, no quadro de certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente no quadro da relação analítica.

Trata-se de uma repetição de protótipos infantis vivida com uma sensação de atualidade acentuada. Além disso, a transferência é classicamente reconhecida como terreno em que se joga a problemática do tratamento psicanalítico, pois sua instalação, suas modalidades, sua interpretação e sua resolução caracterizam o tratamento. Se existe alguma dificuldade em propor uma definição para transferência, afirma Laplanche (1985), é porque a noção assumiu para vários autores uma grande extensão que vai ao ponto de designar o conjunto dos fenômenos que constituem a relação do paciente com o analista e que, nesta medida, veicula muito mais do que qualquer outra noção, o conjunto de concepções de cada analista sobre o tratamento, o seu objeto, sua dinâmica, sua tática, seus objetivos e assim por diante (LAPLANCHE; PONTALIS, 1985, p. 669-70).

Em “*A Psicoterapia da Histeria*” (1893-1895), Freud acredita que a transferência se trata de um fenômeno localizado, pontual, referindo-se inicialmente como as “transferências” ou “uma transferência”, assim como em “um” sonho ou “os sintomas”. Fruto da associação, ela resulta de um processo análogo ao do trabalho do sonho, ou seja, um desejo antigo liga-se a uma representação recente – resto diurno – e assim atravessa a barreira da censura. Na origem, a transferência para Freud, é um deslocamento do afeto de uma representação para outra.

A transferência, em 1895, teria uma noção que Birman (1985) denomina de “periférica” ou “intuição em estado prático”, e vai ocupando na obra freudiana uma posição cada vez mais central. Tal situação, na geografia teórica, é convergente com certa concepção da neurose e da interpretação.

O que torna a noção periférica neste contexto, é a sua não especificidade; ela denota um sintoma entre outros, sua estrutura é da “falsa ligação”, como Freud afirma em *A Psicoterapia da Histeria* (1893-1895). Neste contexto, tal situação converge para a concepção de neurose.

Mezan (1991) pontua que a neurose é um estado no qual as representações penosas são recalçadas, isto é, separadas do afeto que as torna desagradáveis, o qual, contudo, virá investir outras representações associadas de diversas maneiras às originais. Estas representações se articulam em fantasias que, por sua vez, co-determinam, junto com as defesas, os sintomas. E pontua que “resolver” uma neurose é, portanto desfazer as repressões ou restaurar as ligações rompidas por aquelas. Este trabalho se depara com as resistências opostas pela instância repressora, de forma que elas vêm com o propósito de criar obstáculos à rememoração. Para

realizar esse fim, deter o movimento “regrediente”, ou regressivo das associações, nada melhor que uma forte vivência atual na pessoa do terapeuta, eis como surge uma transferência, suscitada por mínimos detalhes na figura do analista. A transferência é um fenômeno derivado do jogo de forças que organiza as sessões clínicas, forças que tendem a buscar as representações reprimidas e forças opostas a essas buscas. Mezan (1991, p. 49-50) afirma que:

Freud fala da transferência no registro do deslocamento e no registro da resistência, ou seja, da resistência sendo a face visível do processo de repressão que, por sua vez não faz mais do que deslocar afetos das representações a eles adequadas, para outras aparentemente inadequadas. Apesar disso, Freud neste momento, em 1895, ainda não considerava a transferência um traço essencial do tratamento psicanalítico.

Em 1900, Freud escreve “*A Interpretação dos Sonhos*”, sua grande obra e, juntamente com “*Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade*” (1905), contribui significativamente para o conhecimento humano. Neste período de construção da psicanálise, no qual Freud busca especificar o campo próprio dessa nova ciência, na seqüência da descoberta da fantasia de sedução, ele vai afastando-se dos acontecimentos da realidade externa e penetrando no caminho obscuro dos sonhos, desvendando assim, a dinâmica psíquica dos processos inconscientes. Nesse caminho, ele se depara com o infantil e o sexual humano. Reconhece estes como constitutivos do aparelho psíquico e como determinantes etiológicos do fenômeno psicopatológico (DIAS, 2007, p.30).

No tratamento de Dora, aliás, na interrupção deste tratamento por iniciativa da própria paciente, que Freud em “*Fragmento da análise de um caso de histeria* ([1901]1905)”, demarcou o fenômeno da transferência no tratamento analítico. Freud (1905, p. 114) afirma que “a transferência [...] parece predestinada a agir como maior obstáculo à psicanálise e torna-se seu mais poderoso aliado, se sua presença puder ser destacada a cada vez e explicada ao seu paciente [...]”.

Assim, Freud se vê obrigado a falar de transferência, pois, esclareceria as especificidades do caso Dora. É neste particular, para Dias (2007, p. 43), que Freud, observa a transferência de sua paciente, a qual não conseguiu dominar a tempo e, esse caso lhe ensina o valor do amor transferencial e sua importância no processo terapêutico da psicanálise.

Podemos observar que, é no posfácio do *Caso Dora* ([1901]1905, p. 113), que Freud introduz uma modificação significativa em sua concepção da transferência e afirma:

As transferências são as novas edições ou fac-símiles, dos impulsos e fantasias que são criados e se tornam conscientes durante o andamento da análise; possuem, entretanto, esta peculiaridade que é característica de sua espécie, substituem a figura anterior à pessoa do médico.

Vários psicanalistas debatem o que aconteceu na relação de Freud com sua paciente Dora como veremos.

Mezan (1991) ao comentar o posfácio do caso Dora, faz alusão à transferência apontando para um possível erro técnico de Freud, em não haver notado que as palavras de Dora sobre Herr K (pai de Dora), tinham um segundo sentido dirigido a ele, o terapeuta. Talvez Freud devesse ter perguntado a ela: “O que em mim lhe lembra Herr K?”, como não o fez, conclui Mezan, Dora atuou uma parte de suas fantasias, em vez de reproduzi-las verbalmente nas sessões de análise. Interpretar a transferência seria, neste caso, estabelecer qual seria o caminho associativo que permitira à Dora colocar Freud no lugar de Herr K., e fugir dele como fugira de Herr K. O fato é que [...] seria possível que Dora permanecesse em análise, se esse caminho tivesse sido descoberto, assim, quem sabe, pudesse continuar a falar sobre Herr K.[...] (MEZAN, 1991, p.51-52).

Birman (1985) se apóia na opinião de que Freud não achou necessário comunicar esta interpretação porque Dora falava com fluidez, trazendo associações e representações em abundância. Na óptica freudiana daquele momento, isso indicava que suas resistências não eram tão intensas. Foi desse “sono dogmático”, que Dora despertou Freud ao abandonar a análise, mostrando que esta não se desenvolve apenas no plano das representações coerentes, mas que a própria situação analítica pode funcionar como “campo associativo substitutivo”, impedindo a emergência do cenário inconsciente na e pela linguagem. Enfim, Birman (1985) argumenta que, esta descoberta tem conseqüências muito significativas e de grande alcance. A idéia de “sistema de representações” se torna mais complexa porque o espaço analítico pode funcionar como “contra representação”, como aquilo que impede a emergência da história do sujeito no plano discursivo. E, por fim, afirma Birman, a interpretação transferencial se torna um instrumento essencial para o percurso analítico, na medida em que o espaço transferencial se revela constituinte do campo das representações – a lembrança da história não decorre espontaneamente do trabalho sobre as resistências – ela é precedida pela vivência transferencial que a indica nas entrelinhas.

Da dissolução da transferência, depende o surgimento da recordação em lugar da qual

se produzira a transferência e, é esta recordação recuperada, afirma Mezan (1991), que possibilita que o paciente se convença das interpretações de seu analista. Como o conjunto dessas interpretações repousa sobre uma “predição do passado”, através da interpretação daquilo que se anuncia sem se enunciar na transferência, esta se torna o precioso aliado que o analista deve saber aproveitar em seu trabalho. Mas, ocorre que Freud, com essa convicção, abre as portas para algo indesejável – a problemática da sugestão, velha sombra que circula desde suas origens na prática hipnótica. Com risco de que a eficácia da análise se baseie em formas sofisticadas de sugestão, vai surgir um aspecto novo e fundamental na transferência, esta sem deixar de ser uma “falsa ligação”, portanto um fenômeno pontual no transcurso do tratamento, em tese interpretável e redutível, passa a ser também algo obscuro e indefinível, mais ameaçador, um veículo da alienação do paciente ao analista, na medida em que vem denotar a natureza da relação global entre ambos (MEZAN, 1991, p.54).

O método psicanalítico consegue neutralizar ou diminuir a sugestão que provém do analista, mas tem que enfrentar a disposição à sugestão que o paciente traz consigo, e, que se manifesta na transferência. É para elucidar a origem desta disposição para sugestão, que Freud apura suas observações e constrói os chamados “*Artigos sobre a técnica*” (1911-1915[1914]), não sem antes ter elaborado a teoria das pulsões na forma original dos “*Três Ensaios*” (1905), e percebe, a importância da agressividade pela análise, entre outros pacientes, do “*Homem dos Ratos*” (1909).

Daí em termos gerais, afirma Mezan (1991, p. 55)

[...] a transferência será encarada como um destino pulsional, mais do que como exemplo “diurno” dos mesmos processos que estruturam os sonhos. Este era o quadro inicial das elaborações freudianas, na medida em que o processo analítico era pensado primordialmente sob o prisma do sonho. O paradigma da interpretação dos sonhos era transferido para interpretação dos sintomas. A questão agora passaria a ser em torno de sobre quais objetos infantis o analista tornar-se-ia substituto graças à transferência? E de que modo a transferência presentificaria este objeto ao mesmo tempo em que bloquearia o acesso a ela?

Estas questões se dirigem ao texto freudiano sobre “*A dinâmica da Transferência*” (1912). O que chama a atenção de Freud é o caráter exagerado do investimento transferencial em que o analista se insere. O paciente transfere para ele a libido insatisfeita. Esse aspecto deve vir dos elementos hostis ligados à infância. Porém, a transferência se presta muito bem às finalidades da resistência, comenta Mezan (1991), e aponta que os protótipos infantis exercem uma atração sobre as vivências presentes e que o tratamento vai liberar a libido acorrentada a estes protótipos que opõem resistência, pois na transferência o paciente resiste,

reproduzindo uma forma infantil de amar/odiar, investir nos objetos. A transferência obedece às finalidades conservadoras da vida psíquica infantil e se põe à serviço da resistência porque o tratamento remobiliza as paixões elementares da infância.

4.2 A TRANSFERÊNCIA EM FREUD

Retomamos o texto de 1912 “*A dinâmica da transferência*”, em que Freud se depara com a forma de como cada um conduz sua sexualidade e afirma que cada indivíduo, em decorrência de influências inatas e adquiridas nos primeiros anos de vida, irá estabelecer um modo específico de conduzir a vida erótica, o qual será constantemente repetido, no decorrer, da sua vida. Com isso, Freud (1912, p. 134) ressalta que:

pela realidade, a cada nova pessoa que se aproxime, as idéias libidinais serão antecipadas. Parte dos impulsos libidinais está dirigida à realidade de forma consciente, e acha-se à disposição da personalidade do indivíduo. A outra parte destes impulsos, retida no curso do desenvolvimento, encontra-se no inconsciente. Desta forma, as escolhas amorosas são regidas por impulsos libidinais conscientes e inconscientes, inserindo o objeto amoroso em uma série psíquica antecipada e se a necessidade não for satisfeita.

Baseando-se nesta afirmativa, Freud (1912) ressalta que o psicanalista não está imune deste investimento libidinal, uma vez que o paciente constantemente transfere seus afetos à figura do analista. Entretanto Freud aponta que existem pontos na relação transferencial, os quais são de interesse específico para a psicanálise. O primeiro ponto diz respeito à intensidade da transferência, a qual segundo suas observações, apresenta-se de forma mais intensa nos indivíduos neuróticos em análise do que nas demais pessoas. Entretanto, o que aparentemente se apresenta como uma desvantagem pode ser utilizada com sucesso como método analítico, posto que seja uma característica da neurose. O segundo ponto de interesse permanece enigmático, pois, em análise, a transferência surge como a resistência mais poderosa ao tratamento, enquanto que, fora deste, a relação transferencial pode ser um veículo de cura (FREUD, 1912, p.135).

Para entender como a transferência aparece na análise como resistência, faz-se necessário compreender como ocorre o desencadeamento das psiconeuroses.

A gênese das neuroses está correlacionada ao processo denominado de *introversão*, que consiste na regressão inconsciente da libido. Desta forma, com o tratamento analítico, ocorre o rastreamento desta libido, a fim de torná-la acessível à consciência e,

conseqüentemente, útil à realidade. Ao passo que, a investigação analítica acessa tais conteúdos que outrora estiveram retidos no inconsciente. Inicia-se um combate entre todas as forças que fizeram a libido regredir, que se erguem como resistências ao trabalho da análise (FREUD, 1912, p.137).

Todavia, o analista trabalha não somente com as resistências oriundas desta fonte, mas também contra a atração de seus complexos inconscientes sobre a libido. Desta forma, o trabalho psicanalítico, consiste, ainda, em liberar a repressão das pulsões inconscientes e de suas produções que provocam o adoecimento e que comprometem a vida psíquica do indivíduo.

Freud (1912, p. 138) ressalta que a resistência acompanha o tratamento passo a passo, “[...] cada associação isolada, cada ato da pessoa em tratamento tem de levar em conta a resistência e representa uma conciliação entre as forças que estão lutando no sentido do restabelecimento e as que se lhe opõem [...]”.

Diante do conflito ou como chamava Freud, do “complexo patogênico”, desde sua representação consciente, seja ele óbvio ou sob forma de sintoma, ou completamente indiscernível até sua raiz no inconsciente, ingressamos numa região em que a resistência se faz tão presente, que a associação seguinte tem de levá-la em conta e aparecer como uma conciliação entre suas exigências e as do trabalho de investigação. É nesse ponto, segundo Freud (1912, p. 138) que a transferência entra em campo e pontua:

Quando algo no material complexo serve para ser transferido para a figura do médico, essa transferência é realizada; ela produz a associação seguinte e se anuncia por sinais de resistências — por uma interrupção, por exemplo. Inferimos desta experiência que a idéia transferencial penetrou na consciência à frente de quaisquer outras associações possíveis, *porque* ela satisfaz a resistência”.

Como vimos, entre as resistências e a investigação analítica é que a transferência ocorre como uma tentativa de satisfazer a resistência, através da penetração desta na consciência antes que qualquer outra associação provocada pelo processo analítico. Assim, a transferência ocorre inúmeras vezes durante a análise, posto que, toda vez em que há a aproximação de um conflito ou complexo patogênico, a parte desse conflito capaz de transferência é dirigida em primeiro lugar para a consciência. Depois que a transferência for vencida, a superação das outras partes do complexo patogênico pouco se apresentarão.

Entretanto, no tratamento analítico há de se considerar a existência de dois tipos de transferência, afirma Freud (1912), a “negativa” que é caracterizada pela transferência de sentimentos hostis à figura do analista e a “positiva”, composta de duas partes; a primeira,

admissível à consciência, refere-se à transferência de sentimentos amistosos e afetuosos ao analista e, a segunda diz respeito ao prolongamento destes sentimentos no inconsciente, os quais remontam fontes eróticas, ou seja, vinculadas à sexualidade. Freud (1912, p.140-41) afirma:

E somos assim levados à descoberta de que todas as relações emocionais de amizade, simpatia, confiança e similares, das quais podemos tirar bom proveito na vida, acham-se geneticamente vinculadas à sexualidade e a se desenvolveram a partir de desejos puramente sexuais, através da suavização de seu objetivo sexual, por mais puros e não sensuais que possam parecer à nossa autopercepção consciente. Originalmente, conhecemos apenas objetos sexuais, e a psicanálise nos mostra que as pessoas que muitas vezes em nossa vida real parecem simplesmente admiradas ou respeitadas, podem ser objetos sexuais para nosso inconsciente.

A transferência, ressalta Freud (1912), enquanto recurso da resistência ao tratamento só ocorre quando se refere à transferência “negativa” ou de transferência “positiva” de impulsos eróticos recalçados. Se ocorrer a remoção destes dois componentes transferenciais inconscientes, resta apenas a transferência “positiva”, admissível à consciência, tornando-se esta um veículo de sucesso ao tratamento psicanalítico. Entretanto, nas formas curáveis de psiconeuroses, Freud (1912) aponta que a transferência “negativa” se encontra simultaneamente com a transferência afetiva dirigida à mesma pessoa, provocando o que Bleuler (1911), em uma conferência, pronunciou pela primeira vez o termo que denominou de *ambivalência*, o qual segundo Freud, até certo grau é considerada normal, mas em alto grau, certamente é peculiar aos neuróticos. (FREUD, 1912, p. 140-141)

A ambivalência nas tendências emocionais dos neuróticos, afirma Freud (1912), é a melhor explicação para sua habilidade em colocar a transferência a serviço da resistência, e considera que:

[...] uma pessoa em análise, assim que entra sob o domínio de qualquer resistência transferencial considerável, é arremessado para fora de sua relação real com o analista, permitindo o desprezo da regra fundamental, estabelecida por tudo o que vier a cabeça, propiciando o esquecimento das intenções com que se iniciou o tratamento e a indiferença diante de argumentos e conclusões lógicas. Tais reações se originam da situação psicológica em que o tratamento coloca o paciente (FREUD, 1912, p. 142).

No processo de procurar a libido que fugira do consciente do paciente, penetramos no reino do inconsciente. As reações revelam características que conhecemos a partir do estudo dos sonhos, e [...] os impulsos inconscientes não desejam ser recordados da maneira pela qual se faz no tratamento, esforçam-se para reproduzir-se de acordo com a atemporalidade do inconsciente e a sua capacidade de alucinação, tal como acontece nos sonhos (FREUD, 1912,

p. 143).

Desta forma, segundo Freud, o paciente procura colocar seus afetos em ação, ignorando a situação real. Diante disto, o analista visa ajustar tais impulsos emocionais ao tratamento e à história de vida do paciente, a submetê-lo à consideração intelectual e a compreendê-los à luz de seu valor psíquico. Portanto, afirma Freud (1912, p. 143), “a transferência é [...] caracterizada justamente pelos conflitos estabelecidos entre o analista e o paciente, entre o intelecto e a vida pulsional e entre a compreensão e a procura de ação. É neste campo que a vitória tem que ser conquistada, cuja expressão é a cura da neurose [...]”.

Freud (1912) afirma, porém, que não se discute que o manejo da transferência consiste na maior dificuldade encontrada pelo analista, entretanto somente através dos fenômenos transferenciais, é possível tornar manifestos os impulsos eróticos, ocultos e esquecidos do paciente.

Neste panorama, Freud faz uma série de recomendações aos “médicos” que exercem a psicanálise, mais especificamente de 1911 a 1915, na tentativa de imprimir um trabalho sistemático sobre a técnica. Nesta seqüência, Freud volta a lembrar as alterações de grandes conseqüências que a teoria psicanalítica vinha sofrendo desde os primórdios. Sob este cenário, já em 1914, surge uma grande novidade que foi o artigo “*Recordar, Repetir e Elaborar*”, em que introduz a idéia de repetição, que implica uma considerável torção ao paradigma da memória. Freud opõe os pacientes que recordam aos que repetem e que atuam no tratamento, seus complexos recalcados, sendo a transferência um fragmento de repetição. A repetição, nada mais é do que a transferência do passado “esquecido” sobre todos os aspectos e dimensões da realidade atual e não apenas sobre a pessoa do analista. Mas, o fundamental, refere Mezan (1991), é que Freud aponta que é tarefa do analista fazer com que o passado se torne efetivamente passado, e que isso é possível através da interpretação e do manejo da transferência.

A recordação assume um posicionamento criterioso na técnica psicanalítica, uma vez que o esquecimento é a expressão máxima dos mecanismos de resistência inconscientes que operam na vida psíquica do sujeito. Diante disto, Freud (1914) destaca que o esquecimento está correlacionado, geralmente, às *lembranças encobridoras*. Para ele, a totalidade do que é essencialmente esquecido, nos primeiros anos de vida, foi retido em tais lembranças que, como o próprio nome sugere, encobriram no inconsciente questões que eram insuportáveis à consciência. Desta forma, o objetivo da análise consiste em extrair tais lembranças, posto que as mesmas representem os anos infantis esquecidos, tão adequadamente quanto o conteúdo manifesto de um sonho representa os pensamentos oníricos.

No que diz respeito aos processos psíquicos, tais como fantasias, referências, impulsos emocionais e vinculações de pensamento, Freud afirma que, como atos puramente internos não podem ser contrastados com expressões e experiências, devem, em sua relação com o esquecer e o recordar, ser considerados separadamente. Nestes processos, [...] é freqüente, ser ‘recordado’ algo que nunca poderia ter sido ‘esquecido’ porque nunca foi em ocasião alguma notado – nunca foi consciente (FREUD, 1914, p.195).

Freud (1914) ressalta que, as experiências ocorridas na infância muito remota são lembranças que, via de regra, não podem ser recuperadas, pois na ocasião não foram compreendidas, mas subseqüentemente foram compreendidas e interpretadas. O conhecimento de tais experiências só é possibilitado através dos sonhos, uma vez que estes são um dos meios mais eficazes encontrados pela pulsão de transpor a barreira do recalçamento. Após um longo período de análise, quando as resistências são gradativamente superadas, o paciente não mais invoca a ausência de qualquer lembrança, de qualquer sensação de familiaridade com elas, como fundamento para recusar-se a aceitá-las.

Para Freud, o fundamento da técnica psicanalítica não está na mera recordação, mas na expressão do inconsciente via atuação – *acts it out* – na psicanálise, o paciente reproduz tais lembranças recalçadas através de ações repetidas vezes, posto que a repetição sinaliza a tentativa psíquica de representar compulsivamente tais conflitos, objetivo este somente alcançado através da atribuição de significado: “[...] podemos dizer que o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas o expressa pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo”. (FREUD, 1914, p. 196)

Sabendo que a repetição, via atuação, é o meio de expressão do inconsciente, verifica-se, portanto a importância que a transferência assume no tratamento psicanalítico, pois através do estabelecimento da relação transferencial será possível que o paciente transfira seus afetos à figura do analista e, com isso, repita seu funcionamento psíquico e seus conteúdos recalçados no ato analítico.

Neste texto de 1914, Freud articula os conceitos de compulsão à repetição, transferência e resistência, analisando o manejo da transferência, instrumento fundamental para recalcar a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar. Esta afirmativa, possibilita identificar na obra freudiana a importância da transferência e da habilidade do analista em saber manejá-la corretamente. A transferência assume o caráter de instrumento pelo qual se espera a apresentação das pulsões patogênicas que se acham imersas no inconsciente.

a) Sobre o Manejo da Transferência no Contexto Freudiano

O principal instrumento para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência, afirma Freud em *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914), e que consiste em fornecer aos sintomas patogênicos, um significado atribuído na relação transferencial e, com isso, possibilitar a substituição da neurose comum por uma *neurose de transferência*, a qual pode ser curada no trabalho analítico. Portanto, o objetivo primeiro da análise é substituir a neurose do paciente por uma artificial, criada no tratamento analítico.

Para Freud (1914), o trânsito entre a doença e vida real só é possível pela transferência. Logo, o estabelecimento de uma neurose de transferência assume todas as características da doença, entretanto com a facilidade de poder acessar com intervenções analíticas em todos os pontos. Na neurose de transferência, as questões conflituosas são igualmente repetidas, mas com a vantagem de serem conduzidas por caminhos familiares até o despertar das lembranças. Desta forma, a neurose artificial propicia a superação das resistências e possibilita com isso, a recordação de alguns conteúdos recalçados.

O primeiro passo da psicanálise na direção da cura consiste em superar as resistências, fato este que é viabilizado pela revelação destas ao paciente, tornando-as conhecidas e familiares. Todavia, o analista deve ser prudente e respeitar o tempo de que o paciente necessita para reconhecê-las, familiarizar-se e, posteriormente, elaborá-las. Assim, a elaboração das resistências é a via que possibilita o prosseguimento da análise, a qual respaldada pela regra fundamental, irá descobrir as pulsões reprimidas que alimentam a resistência. Vale ressaltar que este é o momento de trabalho conjunto – analista e paciente – visando descobrir o material inconsciente que assujeita os pacientes, muitas vezes, a um estado patológico.

Freud (1914) ressalta que a elaboração das resistências é uma tarefa árdua para o paciente em análise e uma prova de paciência para o analista, o qual deve saber manejar a transferência, até chegar a esta finalidade. Entretanto, os efeitos de tal elaboração são recompensadores, pois

[...] trata-se da parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente e que distingue o tratamento psicanalítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão. De um ponto de vista teórico, pode-se correlacioná-la com a ab-reação das cotas de

afeto estranguladas pela repressão – uma ab-reação sem a qual o tratamento hipnótico permanecia ineficaz (FREUD, 1914, p. 202).

Freud refere como ab-reação, ao fato do afeto estar ligado à lembrança de um trauma, por exemplo, e o fato de lembrá-lo, anularia seus efeitos patogênicos.

Na medida em que o estudo metapsicológico da técnica avança, há um apropriar-se da clínica psicanalítica com a compreensão de uma “neurose nova”, como foi referida por Freud, que surge com o tratamento e que veremos a seguir.

Assim, nas “*Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*” (1916-1917), Freud acentua a posição de Ferenczi (1909), reconhecendo a transferência como fenômeno psíquico universal, especificando que, na clínica psicanalítica, esse processo constituía-se na mola propulsora da psicanálise (DIAS, 2007, p. 45-46).

Freud (1916-1917, p. 517-518) faz as seguintes observações sobre a tarefa terapêutica do analista:

Todos os sintomas do paciente abandonam seu significado original e assumem um novo sentido que se refere à transferência; ou apenas tais sintomas persistem por serem capazes de sofrer essa transformação. Mas, dominar essa neurose nova, artificial, equivale a eliminar a doença inicialmente trazida ao tratamento - equivale a realizar nossa tarefa terapêutica. Uma pessoa se tornou normal e livre da ação de seus impulsos instintuais reprimidos em sua relação com seu médico, assim permanecerá em sua própria vida, após o médico haver-se retirado dela.

É importante ressaltar que, a “neurose nova” construída na relação em que Freud se refere, só é possível nos casos de histeria de conversão, histeria de angústia e neurose obsessiva, que são as chamadas *neuroses de transferência*, como Freud denominou em *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise* (1916-1917).

A partir de 1920, em “*Mais além do Princípio do Prazer*”, Freud volta a se surpreender com o caráter repetitivo da transferência apontam: Roudinesco e Plon (1998, p. 767-768)

Freud reafirmando que essa repetição sempre se referia a fragmentos da vida sexual infantil, ligando assim a transferência ao complexo de Édipo, ou seja, ao infantil, sendo a neurose original, substituída, na análise, por uma artificial, ou “neurose de transferência.

Desde a teoria da sedução (1895), abandonada, mas não totalmente, de 1897 até 1920 em “*Mais além do princípio do prazer*”, vinte e cinco anos de intenso trabalho tiveram por resultado que os objetivos imediatos da psicanálise fossem naquele momento, inteiramente diferentes dos que eram no começo. A princípio, o médico que analisava não podia fazer mais do que descobrir o material inconsciente oculto para o paciente, reuni-lo e, no momento

oportuno, comunicá-lo a este.

A psicanálise era então, primeiro e acima de tudo, uma arte interpretativa. Uma vez que isso não solucionava o problema terapêutico, outro objetivo rapidamente surgiu à vista: obrigar o paciente a confirmar a construção teórica do analista com sua própria memória. Nesse esforço, a ênfase principal residiria nas resistências do paciente: a arte consistia então em descobri-las tão rapidamente quanto possível, apontando-as ao paciente e induzindo-o pela influência humana — era aqui que a sugestão, funcionando como ‘transferência’, desempenhava seu papel, a abandonar suas resistências. Contudo, afirma Freud (1920), tornou-se cada vez mais claro que o objetivo que fora estabelecido — que o inconsciente deve tornar-se consciente — não era completamente atingível através desse método. O paciente não pode recordar a totalidade do que nele se acha recalcado e o que não lhe é possível recordar pode ser exatamente a parte essencial. Dessa maneira, ele não adquire nenhum sentimento de convicção da correção da construção teórica que lhe foi comunicada. É obrigado a *repetir* o material recalcado, como se fosse uma experiência contemporânea, em vez de, como o médico preferiria ver, *recordá-lo* como algo pertencente ao passado. Assim Freud (1920, p.31-32) afirma que,

[...] essas reproduções, que surgem com tal exatidão indesejada, sempre têm como tema alguma parte da vida sexual infantil, isto é, do complexo de Édipo, e de seus derivativos, e são invariavelmente atuadas (*acted out*) na esfera da transferência, da relação do paciente com o médico. Quando as coisas atingem essa etapa, pode-se dizer que a neurose primitiva foi então substituída por outra nova, pela ‘neurose de transferência’. O médico não pode, via de regra, poupar ao paciente essa fase do tratamento. Deve fazê-lo re-experimentar alguma parte de sua vida esquecida, mas deve também cuidar, por outro lado, que o paciente retenha certo grau de alheamento, que lhe permitirá, a despeito de tudo, reconhecer que aquilo que parece ser realidade é, na verdade, apenas reflexo de um passado esquecido. Se isso puder ser conseguido com êxito, o sentimento de convicção do paciente será conquistado, juntamente com o sucesso terapêutico que dele depende.

Em “*Dois verbetes de enciclopédia*” (1923), Freud assumiu a transferência como um terreno precioso. Utilizada pelo analista, ela é na verdade “o mais poderoso adjuvante do tratamento”. A partir daí, afirmam Roudinesco e Plon (1998, p. 768), foi o amor transferencial que passou a reter toda atenção de Freud. E pontuam:

com esse termo, ele designou os casos em que o paciente, em geral uma mulher, declara sua paixão pelo analista. Notando que não bastava mudar de analista que o sentimento se repetiria, Freud sublinhou a absoluta necessidade de o analista respeitar uma regra de abstinência, não apenas por razões éticas, mas, sobretudo para que o objetivo da análise fosse perseguido. Nesses casos, com efeito, a resistência à análise reveste-se da forma de um amor: o trabalho passa a ter como objetivo encontrar as origens inconscientes dessa manifestação que invade a transferência.

Com essas novas formulações metapsicológicas, Freud reafirma seu posicionamento, quanto às forças operantes destrutivas que bloqueiam o tratamento e admite que a questão não se refere somente à técnica, como afirma Dias (2007), mas à própria constituição psíquica humana e ao seu imperativo pulsional.

No artigo “*Análise Terminável e Interminável*” de 1937, Freud enfatiza os fatores constitucionais entre as maiores dificuldades enfrentadas pela psicanálise, inclusive sendo um dos fatores que problematizam o término de uma análise, juntamente com outros dois, e diz que “[...] fatores decisivos para o sucesso ou não do tratamento analítico são a influência dos traumas, a força constitucional das pulsões, e as alterações do eu [...]” (FREUD, 1937, p. 256).

É claro que, ao longo de sua obra, Freud cada vez mais considera e reafirma a importância da transferência no processo psicanalítico. Em “*O esboço da Psicanálise*” (1940[1938]), além de reafirmar o pacto à regra fundamental, mostra o compromisso do analista de manter sinceridade e discrição para com o seu paciente, além de firmar a importância da transferência no tratamento, [...] por um lado instrumento de indubitável valor, e por outro, uma fonte de sérios perigos [...] (FREUD, 1940[1938], p. 201).

De fato, a transferência é a mola propulsora da clínica freudiana, e que também como um obstáculo, se tornou um objeto de estudo imperioso para Freud, seus seguidores e todos aqueles que atuam na clínica psicanalítica.

b) Observações sobre a Contratransferência

A questão da contratransferência vem sendo debatida por vários psicanalistas, porém este conceito mais do que o de transferência, causa polêmica nas diversas camadas psicanalíticas. Faremos uma breve exposição do que se faz representativo para elucidação de nosso campo de trabalho, tentando articular com alguns comentadores.

O conceito de contratransferência segundo o “*Dicionário de Psicanálise*” de Roudinesco e Plon (1998) é descrito como um conjunto das manifestações do inconsciente do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente.

Com o tratamento de Dora, que ocorre em 1900 e tem duração de apenas três meses, Freud (1905, p. 7) descreve um fragmento de análise de um caso de histeria através de dois sonhos significativos, em relação à enfermidade de Dora, que sofria de histeria de conversão.

Ao interpretar os conteúdos da análise dos sonhos de Dora, Freud parece ter tocado em algo que fez com que Dora interrompesse seu tratamento precocemente, o que de certa forma foi fundamental para que Freud despertasse para a transferência, como o principal instrumento

no processo analítico.

Roudinesco e Plon (1998, p. 767), ao comentarem o Caso Dora afirmam:

Freud teve sua primeira experiência negativa com a materialidade da transferência. Ele atestou que o analista de fato desempenha um papel importante na transferência do paciente. Ao se recusar a ser objeto de arroubo amoroso de sua paciente, Freud opôs uma resistência que, em contrapartida desencadeou numa espécie de “transferência negativa”, que anos depois ele qualificaria de *contratransferência*, termo que consiste nas manifestações inconscientes do analista relacionadas com as da transferência de seu paciente.

É nessa clínica, afirma Dias (2007, p.43), que Freud se dá conta da contratransferência, ou melhor, de sua transferência evocada pelo caso, reconhecendo que ficou surdo à transferência de Dora.

Em uma carta enviada a Freud em 1908, Sandor Ferenczi, um médico psiquiatra, que neste momento estava muito interessado nos estudos de Freud, revelou a existência de uma reação do analista aos ditos de seu paciente como uma tendência para considerar os assuntos dos pacientes como se fossem seus. Em 1909, Freud utilizou o termo contratransferência, pela primeira vez, numa carta para Jung (ROUDINESCO & PLON, 1998).

Freud se refere pouco sobre a contratransferência em sua obra, mas em 1910, no seu texto “*As perspectivas futuras da terapia psicanalítica*”, ao falar de questões sobre a técnica, Freud (1910, p. 130) aponta para uma inovação da técnica que está relacionada com o próprio médico –analista, dizendo:

Tornamo-nos conscientes da contratransferência, que, nele, surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará. Agora que um considerável número de pessoas está praticando a psicanálise e, reciprocamente, trocando observações, notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas; e, em consequência, requeremos que ele deva iniciar sua atividade por uma auto-análise e levá-la, de modo contínuo, cada vez mais profundamente, enquanto esteja realizando suas observações sobre seus pacientes. Qualquer um que falhe em produzir resultados numa auto-análise desse tipo deve desistir, imediatamente, de qualquer idéia de tornar-se capaz de tratar pacientes pela análise.

Freud nesse momento, começa a questionar a eficácia da auto-análise que sugerira aos iniciantes da psicanálise e, mais tarde, insiste na necessidade de análises didáticas conduzidas por outro psicanalista, para conter os conteúdos contratransferenciais dos analistas.

Retornaremos neste ponto, aos textos em que Freud desenvolveu conceitualmente a transferência e a contratransferência.

Em seus “*Artigos Sobre Técnica*” entre 1911 e 1915, Freud publicou uma série de

seis trabalhos para discutir a técnica psicanalítica e, afirma Figueiredo (2000, p. 11), que o próprio Freud informa que “[...] seu principal objetivo em alguns desses textos, naqueles que têm um caráter mais pronunciado de fornecimento de dicas, codificações de regras e procedimentos, era o de *interditar* ou *dissuadir* certos procedimentos entre analistas inexperientes e afoitos [...]” Nestes artigos técnicos, Freud expõe seu método e sua experiência clínica. (FIGUEIREDO, 2000, p.11)

Dentre as várias recomendações técnicas, nos deteremos no que diz respeito a de como o analista poderá entender e trabalhar tecnicamente, diante dos impasses causados pela dinâmica transferencial e contratransferencial que se estabelecem numa relação analítica.

No artigo, *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912) Freud ressalta que a tarefa do analista consiste em escutar, sem se preocupar se está lembrando alguma coisa, posto que as associações ocorrem no momento em que os elementos são trazidos pelo paciente. Os materiais elaborados ficam à disposição consciente do analista e os elementos que se apresentam desconexos ou regidos por uma ordem caótica, emergem rapidamente quando o paciente evoca algo de novo e que tenha correlação com o que outrora estava vago (FREUD, 1912, p.150-151).

O esquecimento ou confusão do material ocorre nos casos em que o analista está perturbado por questões pessoais e isso prejudica o sucesso do processo analítico. Tais falhas, afirma Freud (1912, p. 151),

[...] sinalizam uma contratransferência de afeto do analista para o paciente e, [...] quando isso ocorre, verifica-se o quanto é importante que o analista se submeta, ou tenha se submetido, à análise para resolver suas questões as quais nada deveriam ter a ver com os materiais trazidos pelo paciente [...].

O bom desenvolvimento do tratamento psicanalítico depende do posicionamento do analista, em que este não deve ter a ambição de convencer ou manipular o paciente, afirma Freud. O ato de evitar tal ambição terapêutica e ter uma postura reservada é benéfico tanto para o psicanalista, que protege sua vida emocional, bem como para o paciente que poderá desvincular-se da relação ao término da análise. O analista não deve se posicionar como um mestre que passará sua sabedoria ao seu discípulo. O discurso do analista deve propiciar a emergência dos processos inconscientes, fato este impossibilitado quando o analista visa julgar ou direcionar a vida do paciente, de acordo com seus preceitos pessoais. Desta forma, todas as recomendações acima citadas convergem no sentido de propiciar o surgimento da regra fundamental da psicanálise, – associar livremente, para o paciente e uma contrapartida

desta para o analista, ou seja, ao mesmo tempo em que o paciente deve revelar, sem censura, tudo o que sua auto-observação possa detectar, o analista deve utilizar de tudo o que lhe for dito com objetivo de interpretar e identificar o material inconsciente. Assim, o analista “[...] deve voltar seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente [...]” (FREUD, 1912, p. 154).

Entretanto, para ser um receptor que propicie a reorganização do inconsciente do paciente a partir dos elementos verbalizados pela associação livre, o analista deve estar atento às suas possíveis resistências inconscientes que podem interferir no tratamento psicanalítico. Para tal, Freud (1912, p. 154-155) afirma:

Mas, se o médico quiser estar em posição de utilizar seu inconsciente desse modo, como instrumento da análise, deve ele próprio preencher determinada condução psicológica em alto grau. Ele não pode tolerar quaisquer resistências em si próprio que ocultem de sua consciência o que foi percebido pelo inconsciente; doutra maneira, introduziria na análise nova espécie de seleção e deformação que seria muito mais prejudicial que a resultante da concentração da atenção consciente. Não basta para isto que ele próprio seja uma pessoa aproximadamente normal. Deve-se insistir, antes, que tenha passado por uma purificação psicanalítica e ficado ciente daqueles complexos seus que poderiam interferir na compreensão do que o paciente lhe diz. Não pode haver dúvida sobre o efeito desqualificante de tais defeitos no médico; toda repressão não solucionada nele constitui o que foi apropriadamente descrito por Stekel (1911) como um ‘ponto cego’ em sua percepção analítica.

Portanto, a experiência de se submeter a um processo analítico, faz-se de fundamental importância para a prática da psicanálise, visto que, somente através da análise pessoal o analista será capaz de identificar os seus complexos que poderiam interferir na escuta de seu paciente. Os benefícios da análise pessoal se expressam através do conhecimento daquilo que se encontra oculto no seu inconsciente, bem como pela insubstituível experiência da análise que facilitará a sua relação com o paciente.

Sobre isso, Freud (1912, p.154) conclui, quando se refere à análise pessoal que “[...], tal experiência em vão seria buscada no estudo de livros e na assistência a palestras [...]”

Ao passar pela análise e descobrir o seu valor, o indivíduo descobrirá que este é um processo interminável e:

[...] todo aquele que possa apreciar o alto valor do autoconhecimento e aumento de autocontrole assim adquiridos continuará, quando ela terminar, o exame analítico de sua personalidade sob a forma de auto-análise, e ficará contente em compreender que, tanto dentro de si quanto no mundo externo, deve sempre esperar descobrir algo de novo. Mas quem não se tiver dignado tomar a precaução de ser analisado não só será punido por ser incapaz de aprender um pouco mais em relação a seus pacientes, mas correrá também perigo mais sério, que pode se tornar perigo também para os outros. Cairá facilmente na tentação de projetar para fora algumas das peculiaridades de sua própria personalidade, que indistintamente percebeu, no campo da ciência, como uma teoria de validade universal; levará o método psicanalítico ao descrédito e desencaminhará os inexperientes (FREUD, 1912, p. 156).

Freud segue suas recomendações técnicas, e nesse ponto em que estamos discutindo a questão da contratransferência, vimos a necessidade de ressaltar um dos maiores obstáculos encontrados pelo analista, que reside na forma de como conduzir a transferência nos diversos casos de enamoramento de seus pacientes

Em seu texto “*Observações sobre o amor transferencial*” (1915[1914]), Freud minuciosamente observa, discute teórico e tecnicamente, o contexto do amor de transferência, que invariavelmente, torna-se a maior dificuldade do analista no manejo da transferência.

Para Freud (1915[1914], p. 211), “[...] certamente não parece que o fato da paciente se enamorar na transferência possa resultar em qualquer vantagem para o tratamento [...]”. Neste ponto, a paciente perde toda compreensão e interesse no tratamento, não falará e nem ouvirá nada que não seja o seu amor, que exige que seja retribuído.

A partir do que Freud recomenda para o analista, o fenômeno do amor de transferência significa um esclarecimento valioso e serve como uma advertência útil contra qualquer investida contratransferencial, uma vez que o enamoramento do paciente é propiciado pela situação analítica e não por seus encantos pessoais, o que deve ser reconhecido pelo analista. Em uma perspectiva do paciente, só há duas alternativas, ou o abandono do tratamento ou a aceitação deste amor como algo impossível de combater (FREUD, ([1914]1915), p. 210).

Freud ([1914]1915, p. 211-212) aponta que o amor transferencial pode ser compreendido como a expressão da resistência, e ressalta que:

[...] não pode haver dúvida de que a irrupção de uma apaixonada exigência de amor é, em grande parte, trabalho da resistência. Há muito notaram-se na paciente sinais de uma transferência afetuosa, e pôde-se ter certeza de que a docilidade dela, sua aceitação das explicações analíticas, sua notável compreensão e o alto grau de inteligência que apresentava deveriam ser atribuídos a esta atitude em relação ao médico. Agora, tudo isto passou. Ela ficou inteiramente sem compreensão interna (*insight*) e parece estar absorvida em seu amor.

O manejo da transferência em uma situação de enamoramento não pode estar baseado em padrões universais de moralidade, posto que a técnica analítica deve sobressair às questões morais. Para Freud, o incentivo ao paciente para que este suprima, renuncie ou sublime suas pulsões, seria uma maneira incoerente de agir de acordo com a perspectiva psicanalítica, pois ocorreria um retorno do recalcado à consciência e, em seguida, suscitaria novamente a repressão. Tal atitude também repercutiria no paciente um sentimento de humilhação e de vingança.

Freud questiona o que aconteceria se o analista retribuísse às investidas amorosas do paciente, uma vez que tal retribuição acarretaria em um grande triunfo para o paciente e uma

derrota completa para o tratamento, posto que este só teria êxito em repetir na vida real o que deveria ser lembrado. Quando estabelecida uma reciprocidade ao amor transferencial, o paciente não conseguiria expressar as inibições e as reações patológicas de sua vida erótica, fortalecendo, com isso, a repressão de tais conteúdos.

É, portanto, tão desastroso para análise que o anseio da paciente por amor seja satisfeito quanto que seja suprimido. O caminho que o analista deve seguir não é nenhum destes; é um caminho para o qual não existe modelo na vida real. Ele tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial, repeli-lo ou torná-lo desagradável para a paciente; mas deve, de modo igualmente resoluto, recusar-lhe qualquer retribuição. Deve manter um firme domínio do amor transferencial, mas tratá-lo como algo irreal, como uma situação que se deve atravessar no tratamento e remontar às suas origens inconscientes e que pode ajudar a trazer tudo que se acha muito profundamente oculto na vida erótica da paciente para sua consciência e, portanto, para debaixo de seu controle. Quanto mais claramente o analista permite que se perceba que ele está á prova de qualquer tentação, mais prontamente poderá extrair da situação seu conteúdo analítico (FREUD, [1914]1915, p. 215-216).

Para Freud, o amor transferencial por ter um caráter de resistência, não pode jamais ser confundido com o amor genuíno. Outra característica que distingue este tipo de amor é que o amor transferencial é composto inteiramente de repetições de situações anteriores, mais especificamente, as vivenciadas na infância. Apesar do amor endereçado ao analista ser artificial, este pode ser bastante útil ao sucesso do tratamento, visto que servirá como via de acesso aos relacionamentos primários do paciente, desvendando assim, tanto suas escolhas objetais infantis quanto as fantasias construídas ao redor delas (FREUD, [1914]1915, p.216).

Como já vimos, o amor na relação analítica, afirma Freud ([1914]1915), é uma expressão da resistência do paciente ao tratamento, posto que a resistência, disfarçada de enamoramento, mostra uma rebeldia e uma teimosia frente às convicções do psicanalista, acarretando com isso, no abandono total do interesse pela análise, visto que o analista é destituído de sua posição por excelência. Logo, o manejo do amor transferencial se torna uma tarefa árdua, posto que o psicanalista deve conduzir o tratamento respeitando os limites prescritos pela técnica e pela ética. Desta forma, o analista não deve nunca perder de vista os objetivos que a intervenção analítica proporciona, afirma Freud, pois assim este profissional visará ajudar o paciente a passar por um estágio decisivo de sua vida, ou seja, o paciente com o auxílio do analista, aprenderá a superar o princípio do prazer, abrindo mão de uma satisfação imediata por outra socialmente aceita (FREUD, [1914]1915, p. 217-218).

Diante do exposto, Freud enfatiza que o analista tem que estar habilitado para saber lidar com a transferência, posto que seu manejo é a chave do tratamento psicanalítico. Para tanto, há de se travar um tríplice batalha: 1) contra as forças pessoais que o procuram afastar

do nível analítico; 2) contra opositores os quais questionam a importância dada à psicanálise para as pulsões sexuais; 3) contra as resistências do paciente que, em um primeiro momento, opõem-se ao tratamento, mas posteriormente revelam a força pulsional que o domina e tenta torná-la cativa de sua paixão socialmente indomada. Para Freud, apesar das possíveis críticas feitas às perigosidades em se trabalhar sobre uma situação de enamoramento, a psicanálise deve conquistar sua liberdade de poder “... manejar os mais perigosos impulsos mentais e de obter domínio sobre eles, em benefício do paciente” (FREUD, [1914]1915, p.220-221).

Fédida (1988) formula a questão da abertura do saber médico à escuta do paciente, como próprio daquele que quer se tornar terapeuta, o que requer uma disposição a tomar o paciente em tratamento, bem como sobre o desejo de falar do paciente como meio de transferência propriamente humana. Na especificidade da psicanálise, o desejo de falar do paciente deve encontrar na escuta do analista uma possibilidade fecunda de construção, tal como nos sonhos, foi concebido por Freud.

Fédida (1988, p. 71) afirma:

Se a contratransferência é entendida globalmente – e de um ponto de vista econômico – como um *pára-excitações*, a particularidade deste seria não apenas a de manter um nível de regulação estável da atenção (dita “equiflutuante”), mas, também a de representar um instrumento de percepção do qual se requer uma fina mobilidade adaptativa. Ninguém duvida que se deva atribuir a este instrumento de percepção a função temporal do pré-consciente capaz de *recepção* e de *transformação* das “informações” provenientes do paciente (de sua vida psíquica) constantemente confrontadas com as “informações” provenientes do próprio analista (grifo do autor).

Deste ponto de vista, a contratransferência equivale a um dispositivo inerente à situação analítica e adequado ao enquadre do tratamento, evitando que o analista se encontre diretamente confrontado com a irrupção violenta dos afetos do paciente e dos seus próprios, permitindo-lhe reinstaurar a situação analítica caso esta esteja perturbada ou momentaneamente destruída, formando o lugar de ressonância e de tradução em palavras de tudo o que pode ser experimentado no tratamento.

A partir do que traz Fédida para nossa discussão, formula-se a proposição de que a formação do analista passa, invariavelmente, pela contratransferência. Fédida (1988) afirma que a contratransferência é um dispositivo econômico que permite ao analista poupar-se de experiências que não deve viver com seu paciente e, muito menos, por ele. A questão da angústia na contratransferência está entre as questões que estão afastadas da técnica psicanalítica propriamente dita. Porém, sem descrever as condições ideais, Fédida reconhece que os testemunhos clínicos que se referem à angústia contratransferencial, supõem uma

prática da relação interpessoal e atribuem a esta prática, uma função que privilegia o eu do analista e sua capacidade de pensamento mais do que o campo da linguagem e à condição da fala. Esta observação é muito importante, e este problema poderia momentaneamente ser reformulado, como sugere Fédida (1988, p. 79-80):

Em relação ao *sinistro da transferência*: as transferências decorrem da vivência de uma experiência do sinistro que a contratransferência tenta teorizar e, assim, tornar pensável com referência à experiência subjetiva de recepção pelo analista. (grifo do autor)

Dentre as dificuldades da prática como analista, não é das menores, afirma Fédida (1988) a de se manter neste *sítio do estranho*, ou como diria Freud, numa cena radicalmente diferente daquela paciente. Ser o *estranho* confere sua plena significação ao *neutro*. O neutro é, portanto, no dizer de Fédida (1988, p. 80), “caracterizado aqui pela *capacidade de recepção* que confere a máxima “chance” de linguagem, instaurado por esta recusa da resposta, pois é a *não-resposta* que dispõe da negatividade constitutiva da linguagem. [...] O neutro-estranho não é um comportamento, mas um lugar fundante das transferências[...]”

O sítio do estranho abre a fala, afirma Fédida e, portanto, para que a fala seja escutada como linguagem. Falar do sítio do estranho para designar não só o lugar do analista, mas os locais que este lugar constitui, faz certamente referência a uma materialidade da dessimetria divã-poltrona e evoca sobretudo, a seguinte questão: “*de que lugar é possível escutar uma fala humana, sofredora e confusa, de tal maneira que ao falar, descubra a receptividade de seu próprio silêncio nos tempos anacrônicos de seus acontecimentos?*” (FÉDIDA, 1988, p.80-81).

Ou seja, o sítio do estranho significa mais uma localidade do que uma espacialidade. Seu conceito topológico é o conceito dos tempos da memória e das transferências. Afirma Fédida (1988, p.81-82):

Se Freud se dá ao cuidado de lembrar-se de ponta a ponta de sua obra que o sonho é, de certa forma, o paradigma teórico da técnica analítica, é segundo esta “vontade” de considerá-lo como o estranho infantil da linguagem que coloca em xeque a fala concebida como instrumento de comunicação. A a-sociabilidade do sonho, seu caráter incompreensível para o próprio sonhador, são os correlatos da mais *secreta intimidade da fala*. Na medida em que funda negativamente o infantil, o estranho configura o único sítio dos lugares possíveis de construção e assim sendo, da linguagem deste infantil. O estranho é a língua fundamental da intimidade do sonho e da fala da qual ele é fonte.

O sinistro *Das Unheimliche*, traduzido como inquietante estranheza está do lado de uma explicação do familiar. Como afirma Freud (1919, p. 277):

A palavra alemã ‘*unheimlich*’ ‘*estranho*’ é obviamente o oposto de ‘*heimisch*’ ‘doméstica’, ‘*heimisch*’ ‘nativo’, o oposto do que é familiar; e somos tentados a concluir que aquilo que é ‘estranho’ é assustador precisamente porque *não* é conhecido e familiar. Naturalmente, contudo, nem tudo o que é novo e não familiar é assustador; a relação não pode ser invertida. Só podemos dizer que aquilo que é novo pode tornar-se facilmente assustador e estranho; algumas novidades são assustadoras, mas de modo algum todas elas. Algo tem de ser acrescentado ao que é novo e não familiar, para torná-lo estranho.

O próprio do que chamamos de transferência, está segundo Fédida (1988), em construir em si um fenômeno *Unheimliche*, pelo seu desencadeamento e pela potência alucinatória dos processos ativados. Freud não faz alusão direta a ela em seu texto “O Estranho”, mas sua interpretação do sinistro esclarece os mecanismos de produção do fenômeno da transferência.

Este capítulo sobre Transferência e Contratransferência nos revela a importância da compreensão destes conceitos diante da técnica psicanalítica, no que Freud, com suas experiências clínicas, nos ilustra com magnitude.

Nosso trabalho está ancorado na escuta de pacientes em estado grave de saúde, hospitalizados em CTI, portanto numa relação em que a transferência e a contratransferência comparecem das mais diversas formas. A psicanálise entra no hospital e, conseqüentemente, o analista entra em cena, com sua escuta fundamentada na posição teórica e técnica da psicanálise, mas voltada para a uma abertura própria de um contexto diversificado como o do hospital, em que temos que lidar com o contexto médico, com pacientes gravemente enfermos, seus familiares e a equipe de saúde, como veremos a seguir.

5 PSICANÁLISE E HOSPITAL: UM ENCONTRO POSSÍVEL?

Sabemos que Freud era médico, neurologista e sua trajetória foi se desenvolvendo em suas pesquisas clínicas que o levaram a elaborar um método de investigação científica baseado em suas experiências que estavam ligadas, no início de sua prática profissional, a pacientes internados em hospitais para tratamento de doenças orgânicas. Ao atender as histéricas e escutar o que elas tinham a falar, Freud deu um passo fundamental que marca a invenção da psicanálise, pois atribuiu um valor científico à “queixa” da paciente. Freud deu voz aos sintomas das histéricas.

A revelia do que a ciência esperava de um neurologista, naquela época, na Europa do final do século XIX, Freud descobre que nos sintomas físicos, havia sintomas psíquicos e que tinham um significado que muitas vezes apareciam no corpo. Uma das primeiras produções de Freud foi o livro publicado em parceria com Dr. Breuer chamado “*Estudos sobre a Histeria*”, escrito em 1893 e publicado em 1895, em que ele começa a tratar destas descobertas.

A histérica então questiona o saber médico, cuja doença aparece e desaparece em função de “algo” que escapa a esse saber constituído, em que a histérica ameaça o médico em sua posição de quem sabe e assegura o seu doente do que ele tem. A histérica é acusada de simular os sintomas e, portanto, não é no contexto médico que ela se situa, pois seus sintomas dizem respeito ao que há de mais subjetivo, de mais particular de cada um. E, foi por isso, “[...] que a palavra da histérica foi a primeira a ser ouvida pelo médico Freud, que a escutando, começou a romper com essa mesma ordem [...]” (MORETTO, 2001, p. 68).

Freud sabia que romperia com essa posição, ao dar ouvido para o que a medicina excluía, a subjetividade. Assim, afirma Moretto (2001):

o que Freud descobre é que as histéricas sofrem daquilo que *não sabem* e que esse sofrimento é tão verdade quanto qualquer sofrimento decorrente de um corte no corpo feito sem anestesia que essa “doença” quer dizer alguma coisa que não se sabe escutar. Assim que ele começa a vislumbrar a existência e a força determinante do inconsciente (MORETTO, 2001, p. 68).

Conciliar a psicanálise com o hospital, não fica assim tão distante, já que estamos falando de Freud no Hospital Geral em Viena, no final do século XIX, em uma tradição clínica com Charcot na Salpêtrière na França e de outros vários médicos que exerciam a psicanálise, como eram designados os psicanalistas na época.

Para entendermos melhor de que maneira se entrelaçam estes dois campos de saber, a

psicanálise e a medicina, se faz necessário fazermos breves considerações sobre a história do hospital, e de como os conceitos da medicina e da psicanálise se dão no contexto hospitalar.

a) O Hospital: Breves Apontamentos

A fim de compreender a especificidade do trabalho psicanalítico nos hospitais, nos apoiaremos nos estudos de Pinheiro e Vilhena (2003, 2007) e Di Paolo e Moreira (2006) que se utilizam da perspectiva foucaultiana sobre a constituição dos hospitais na modernidade, em que Foucault (1986) afirma que nem sempre o hospital funcionou como instrumento terapêutico suscetível de produzir cura, sendo uma invenção relativamente nova, datada em fins do século XVIII.

Relembraremos com Foucault (1986), que antes do século XVIII, o hospital não era uma instituição médica e a medicina não era uma prática hospitalar. O hospital era um lugar de assistência aos pobres e, também, de separação e de exclusão, o pobre se tornava perigoso, poderia ser veículo de contágio. O hospital era o lugar que recebia o pobre que estava morrendo e, por isso, garantia salvá-lo, protegê-lo ou recolhê-lo. O hospital era um instrumento misto de assistência e de transformação espiritual, como também de exclusão em que a função médica não aparece. É como se o hospital fosse um morredouro. As pessoas que cuidavam destes pacientes eram uma espécie de caridosos, voluntários, religiosos ou não, para garantir uma espécie de salvação eterna pela atitude caridosa. E afirma Foucault (1986, p.99-102),

[...] o hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII, e o Hospital Geral era lugar de internamento onde se misturavam doentes, loucos, devassos, prostitutas e outros. Quanto à prática médica, até então, nada havia que se justificasse cientificamente. Esta prática era individualista, corporativista, definida pela iniciação assegurada da corporação dos médicos que compreendia conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas ou públicas, o que excluía a experiência hospitalar da formação ritual do médico, o que o qualificava era a transmissão de receitas e não o campo de experiências que ele teria atravessado, assimilado e integrado.

A intervenção do médico na doença era organizada em torno da noção de crise, este era o momento em que se defrontavam a saúde e a doença do indivíduo, o mal que o atacava. Nesta luta entre a natureza e a doença, o médico devia observar os sinais, prever a evolução, ver de que lado estaria a vitória e favorecer a vitória da saúde e da natureza sobre a doença. A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico. O médico se tornava uma espécie de prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra a doença. Esta espécie de teatro, luta em

que consistia a cura, só era possível se desenvolver em forma de relação individual entre médico e doente. Ou seja, nesta época, nada na prática médica permitira a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização permitira a intervenção da medicina.

Hospital e medicina, portanto, permaneciam cindidos até meados do século XVIII, quando se deu a transformação. Foucault (1986) afirma que é a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que tornará possível a sua medicalização. Assim, vimos que o hospital se constitui como um lugar de cura. E como afirma Foucault (1986, p. 107):

A doença é a natureza que advém de uma ação do meio sobre o indivíduo, de modo que a cura é, nessa perspectiva, dirigida por uma intervenção médica que se endereça não à doença em si, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente etc., constituindo, assim, uma medicina do meio. Dessa forma, o arranjo desses dois movimentos, o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar, constitui o hospital médico.

Assim, se constitui o hospital como um lugar de cura, como um instrumento terapêutico para produzir a cura. O Hospital traz consigo o imperativo do discurso médico e da cura. Então, como posicionar a psicanálise neste contexto? Não pretendemos responder, mas sim situá-la, para que continuemos com questões, já que a inserção da psicanálise nos hospitais vem sendo construída e debatida na contemporaneidade.

b) A Medicina e a Psicanálise diante da Cura, da Queixa e do Sintoma

Vimos de uma tradição da psicanálise em que seu criador que era médico e, transformou o leito em divã. Porém, em sua técnica, Freud cada vez mais se distanciou do biológico, penetrando assim na alma humana, pela via do reconhecimento dos processos inconscientes. Com isso, torna-se importante ressaltar os desdobramentos e os percursos diferentes entre os conceitos fundamentais que compõem a medicina e a psicanálise.

O conceito de cura, por exemplo, é próprio da medicina e está relacionado com o *restabelecimento da saúde, o meio de debelar uma doença, como tratamento preventivo de saúde*, como afirma Holanda (2008).

A medicina regulamenta, normatiza, faz protocolos das doenças, busca padrões, ajusta, e se baseia em estatísticas que giram em torno das incidências de diversas patologias, tudo girando em torno da cura. Os avanços da ciência mostram cada vez mais conquistas neste campo.

A Psicanálise, por sua vez, não tem como propor um modelo ideal, até mesmo porque

não há um modelo de homem normal. E como afirma Freud ([1903]1904, p. 261) em seu texto *O Método Psicanalítico de Freud*:

Da mesma forma que a saúde e a doença não diferenciam uma da outra em essência, estando apenas separadas por uma linha divisória quantitativa que pode ser determinada na prática, do mesmo modo, o objetivo do tratamento jamais será outra coisa senão a recuperação clínica do paciente, na restauração de sua capacidade de levar uma vida ativa e a sua capacidade de desfrutar prazer.

Para a psicanálise o conceito de cura tem outro sentido. Freud (1937, p. 250-251) em *Análise Terminável e Interminável*, afirma:

Uma análise termina quando analista e paciente deixam de encontrar-se para a sessão analítica. Isso acontece quando duas condições foram aproximadamente preenchidas: em primeiro lugar, que o paciente não mais esteja sofrendo de seus sintomas e tenha superado suas ansiedades e inibições; em segundo, que o analista julgue que foi tornado consciente tanto material recalcado, que foi explicada tanta coisa ininteligível, que foram vencidas tantas resistências internas, que não há necessidade de temer uma repetição do processo patológico em apreço”.

Entendemos que a psicanálise possa modificar a relação do sujeito em tratamento com suas pulsões, permitindo o acesso aos conteúdos inconscientes e trazendo-os para a consciência, permitindo outro destino de satisfação das pulsões, decifrando o sentido de seus sintomas.

A medicina aponta o sintoma pela queixa, por exames complementares e tenta removê-los pelos procedimentos, condutas e pelas diversas terapêuticas necessárias para recuperar a saúde e a integridade física do paciente, ou seja, o objetivo é eliminar o sintoma.

Na psicanálise o sintoma é um caminho, um sinal, pois este se coloca como substituto de algo subjacente, visto que, por exemplo, quando uma histerica está com o braço paralisado, não há sinais de lesões neurológicas, [...] mas, o que está lesado é a representação psíquica de seu braço. O que importa à psicanálise é o significado do sintoma [...] (OCARIZ, 2003, p. 31-32).

A Psicanálise escuta, mas não precisa nomear como queixa o que o paciente está trazendo, pois a queixa, ela própria, pode ser um sintoma.

Freud ([1925]1926) em *Inibição, Sintoma e Angústia* afirma que um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de repressão. A repressão se processa a partir do eu quando este — pode ser por ordem do supereu — se recusa a associar-se com um investimento pulsional que foi provocado no id. O eu é capaz, por meio de repressão, de conservar a idéia que é o veículo da pulsão a partir do tornar-se consciente. A análise revela que a idéia amiúde persiste como

uma formação inconsciente. Portanto, a psicanálise aproveita o sintoma, pois este se revela na subjetividade de cada um.

O sintoma em psicanálise pode estar ligado a uma função, a um objetivo. O paciente em situação de usuário de uma instituição possui diversos mecanismos de que necessita e ou, se vê obrigado a submeter-se, na difícil relação saúde-doença, na cultura e na sociedade em que estão inseridos. Muitas vezes, as condições socioeconômicas passam a ser o palco principal da permanência de pacientes em instituições, pois no hospital eles têm garantias de alimentos, remédios, cama, pessoas por perto, ou seja, alguns ganhos secundários na relação com a doença.

Esta afirmação confere com o que Freud ([1925]1926) chamou de *ganho ou lucro secundário proveniente da doença*. Essa recuperação vem em ajuda do eu no seu esforço para incorporar o sintoma, e aumenta a fixação deste último. Quando o analista tenta subsequente ajudar o eu em sua luta contra o sintoma, verifica que esses laços conciliatórios entre o eu e o sintoma atuam do lado das resistências e que não são fáceis de afrouxar. Assim, afirma Freud ([1925]1926, p. 122):

As duas linhas de comportamento que o eu adota em relação ao sintoma estão, de fato, diretamente opostas uma à outra, pois a outra linha é de natureza menos amistosa, visto que continua na direção do recalque. Não obstante o eu, assim parece não poder ser acusado de incoerente. Sendo de disposição pacífica, gostaria de incorporar o sintoma e torná-lo parte dele mesmo. É do próprio sintoma que provém o mal, pois o sintoma, sendo o verdadeiro substituto e derivativo do recalque, executa o papel do segundo; ele continuamente renova suas exigências de satisfação e assim obriga o eu, por sua vez, a dar o sinal de desprazer e a colocar-se em uma posição de defesa.

Podemos pensar que existam outras queixas, sintomas e ou ganhos na vivência e história de cada paciente no hospital. O mesmo paciente pode ser atendido pelo médico e pelo analista. Ele faz as mesmas queixas a ambos. No entanto, o que Freud nos ensinou é que nossa escuta vai para além dos conteúdos manifestos.

Não se trata, em nossos comentários sobre a medicina e a psicanálise, fazer comparativos ou juízos de valor, e sim situar nosso campo e nossa direção de trabalho, que acontecem justamente no interior de um hospital, ou seja, num ambiente em que a priori a urgência é no corpo. A cura no trabalho psicanalítico é de outra ordem daquela apresentada aos pacientes internados nos leitos do CTI e nas enfermarias, pelo saber médico.

Não é porque o psicanalista está excluído do modelo médico que ele não sirva a ele. Ao contrário, se ele está lá, é porque existe demanda, mesmo que o pedido seja por motivos e sintomas “inexplicáveis” dos pacientes, em que se supõe que é da ordem do psíquico,

portanto confrontando com a impotência e com a onipotência ameaçadoras do saber médico.

O modelo médico é um modelo hospitalocêntrico vigente e hegemônico no ocidente. As diferenças não inviabilizam a coexistência do funcionamento de vários saberes no hospital, possibilitando atuações multi e interdisciplinares que certamente buscam benefício aos pacientes, familiares e à própria equipe. Portanto, como vimos é possível o encontro da Psicanálise no hospital, pois o paciente, com sua doença, traz consigo seus afetos, sua história, sua subjetividade.

5.1 A ESCUTA ANALÍTICA NO HOSPITAL

Por mais que a psicanálise freudiana nos forneça pressupostos teóricos e técnicos sob a base de regras fundamentais, em situação de hospitalização, o contexto é bastante peculiar. O paciente se encontra hospitalizado, sob as regras da instituição e da ordem médica, e então, a psicanálise no hospital nos coloca frente a frente com questionamentos e posicionamentos diferentes do que acontecem nos consultórios particulares, em ambiente analítico tradicional.

Possibilitar a escuta no hospital nos conduz a um território que vem sendo explorado, na medida em que as formulações teóricas de Freud se sustentam e surpreendem na prática da psicanálise, nos leitos e ambulatorios de hospitais.

A escuta analítica pressupõe o uso da associação livre, da interpretação e da análise da transferência, como eixo fundamental da psicanálise. Quando nos referimos à peculiaridade da escuta analítica no hospital, estamos também falando de algumas diferenças nas formas de atuação, o que nos leva a pensar na relação transferencial estabelecida neste *setting*, com pacientes graves, em condições adversas. Porém, a psicanálise mantém uma posição, que mesmo diante de outros espaços, conduz a fazer um trabalho acessível ao social, às instituições públicas, com pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em que escutá-los, além de possibilitar o alívio dos sintomas, poderá levá-los ao encontro com sua subjetividade, em desejar saber sobre si.

A oferta de atendimento psicoterápico em ambulatório hospitalar atualmente, afirma Moreira (2006) reveste-se de grande importância por atender a segunda maior demanda por assistência pública em saúde em nosso país, tendo a sua frente apenas o Posto ou Centro de Saúde e, seguida do consultório particular. Assim, Santos e Vilhena (2000, p. 9) afirmam que “[...] é possível evitar o verdadeiro ‘apartheid clínico’ realizado por aqueles que questionam a viabilidade da Psicanálise para populações desfavorecidas [...]”.

No plano psíquico, frequentemente, a dureza das condições de vida de determinada população é vista apenas pela vertente da patologia social, excluindo de seus universos o conflito psíquico e a singularidade que são a marca de todo ser humano, afirma Vilhena (2002, p. 49) “[...] Atribui-se ao pobre apenas necessidades, negando-lhes a condição de sujeitos desejantes. Reduz-se, desta forma, o sujeito único e singular a um número na série dos ‘excluídos’ [...]”.

Freud (1919, p. 210) já chamava atenção para as diferentes escutas em diferentes lugares e afirma:

Presentemente nada podemos fazer pelas camadas sociais mais amplas, que sofrem de neuroses de maneira extremamente grave. Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência analítica quanto tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados profissionais analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres.

Como vimos, Freud já se referia a outros modelos de prestação de serviços, em que a psicanálise poderia beneficiar a uma demanda outra que não à dos consultórios privados, e que poderiam ter analistas preparados para uma atuação mais ampla.

Os profissionais *psi* que compõem as equipes de saúde hospitalares iniciaram a oferta de tratamento psicológico procurando adaptar suas referências utilizadas no consultório particular para a instituição. Contudo, “[...] isto não é simples e fácil, o que trouxe a necessidade de grandes questionamentos e reflexões em cima deste novo projeto que se efetua num novo ambiente com várias camadas sociais da população [...]”. (PINHEIRO e VILHENA, 2003, p.85).

Na instituição hospitalar, tanto nas hospitalizações quanto nos atendimentos ambulatoriais, os pacientes são obrigados a respeitar as normas e as leis que a regem. O vínculo do paciente com a instituição é forte, uma vez que, como afirma Pinheiro (2002), é

para lá que ele se dirige em busca de ajuda para seu sofrimento. Mas, às vezes, esse vínculo também se transforma em um obstáculo, principalmente na rede pública, com atrasos, filas, leitos lotados, falta de medicações, relações hierarquizadas, enfim, uma série de questões que se tem que lidar, tanto como trabalhadores, ou como usuários. Em outro momento, confirma Pinheiro (2002, p.48-49), “[...] o vínculo transferencial se mostra como aquele que dá suporte e amparo ao trabalho como um todo, principalmente porque a instituição oferece ajuda com os seus serviços de saúde, sendo uma referência para os pacientes [...]”.

Nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, a dinâmica transferencial se especifica, demandando do analista, formas de atuação diferentes das dos consultórios privados. O paciente estabelece um vínculo transferencial com o analista e com a instituição. Ambos exercem, cada um a seu modo, efeitos sobre o tratamento, como afirma Pinheiro (2002, p.48-49):

A transferência com o analista permite o avanço psicoterápico, a emergência da subjetividade, material inconsciente, e a resignificação do conflito. O processo analítico se desenrola na medida em que o analista fica atento aos lugares a ele destinados pelos movimentos transferenciais dos pacientes.

Os impasses teóricos e clínicos foram e são tantos que cada vez mais teóricos (PINHEIRO e VILHENA, 2002, 2003, 2006, 2007; MOREIRA, 2005, 2006; MORETTO 2001; MOURA, 2000; FIGUEIREDO, 1997), se debruçam sobre as transformações decorrentes da transferência nos leitos dos hospitais e nos ambulatórios institucionais.

A despeito desta problemática, corroboramos com a afirmação de Freud (1912, p. 136),

Não é fato que a Transferência surja com maior intensidade e ausência de repressão durante uma psicanálise que fora dela. Nas instituições em que doentes são tratados de modo não classicamente analítico, podemos observar que a Transferência ocorre com a maior intensidade e sob as formas mais diversas, chegando a nada menos que uma espécie de servidão e, ademais, apresentando o mais claro colorido erótico.

Freud refere que essas características da transferência não devem ser atribuídas somente à psicanálise clássica, mas sim à própria neurose. O importante é que o analista possa identificar no processo, a dinâmica psíquica do paciente. As formas de relacionamento entre pacientes e equipe de saúde são diversas, mas o que Freud nos diz é que estas relações estão sempre ligadas ao erótico, como uma espécie de assujeitamento do paciente ao “saber médico”.

O paciente hospitalizado tem contato com o médico, com a enfermeira, com toda a

equipe de saúde, portanto a transferência pode acontecer com qualquer membro da equipe, mas é na relação com o analista que se favorece o encontro com o inconsciente, ou melhor, o encontro de inconscientes.

Em seu livro *Ética e Técnica em Psicanálise*, Figueiredo (2000) afirma que o analista deve manter-se no estado da atenção desatenta – ou da desatenção atenciosa– estado no qual as “comunicações entre inconscientes” podem ocorrer.

Figueiredo (2000) acredita que o analista tenha uma ética, uma posição de *implicação e reserva* para com os pacientes. É esta particular posição de escuta e de acolhimento, que permite ao analista ocupar um lugar, sem com isso, impedir o paciente de movê-lo para onde lhe for mais necessário. Assim, afirma Figueiredo (2000, p. 34),

A posição de reserva diz respeito ao analista manter sua atenção reservada, desatenta, para o irrelevante, seu ouvido para o inaudível, sua mente para o devaneio, sua fala reservada para interpretações surpreendentes. Tudo isso é muito difícil diante de certas demandas urgentes, as quais é rigorosamente imperioso responder. Mas, só assim, sustentando a *reserva na implicação* e não na obediência de um conjunto de regras, ao contrário, pela entrega completa das reservas às demandas dos pacientes, que o processo analítico pode enfrentar os diversos casos.

A entrada do psicanalista e dos dispositivos psicanalíticos no hospital é uma realidade que vem se construindo ao longo dos anos. A escuta analítica abre uma porta, pois através da transferência, torna-se possível que o paciente simbolize seus afetos, se situe e se organize melhor, bem como, que ele se implique em seu processo de enfermidade e hospitalização.

Nosso trabalho ilustra justamente esta posição em que no hospital o analista é colocado e convocado a suportar o movimento transferencial do paciente que está em sofrimento físico e psíquico. Deparamo-nos com o vazio da angústia e do desamparo daqueles que padecem de alguma doença orgânica, seja ela aguda ou crônica, que sofrem de uma dor difícil de expressar. Ao escutar, o analista possibilita que o paciente dê voz ao seu sofrimento. Como afirma Berlinck (2000, p. 21),

Pathos não pode ensinar nada, ao contrário, conduz à morte, se não for ouvido por aquele que está fora, por aquele que, inclina-se sobre o paciente e escuta essa voz única se dispondo a ter, junto com seu paciente, uma experiência que pertence aos dois.

A possibilidade de escutar as manifestações do inconsciente e, com isso, fornecer esta escuta como um espelho que reflita a própria fala do paciente deve ser o objetivo do tratamento analítico, afirma Freud ([1914]1915, p. 221) em *Observações sobre o amor transferencial*. E pontua,

É digno de nota que a psicanálise tenha que conquistar para si própria todas as liberdades que a muito tempo foram concebidas a outras atividades médicas. Certamente não sou favorável a abandonar os métodos inócuos de tratamento. Para muitos casos eles não são suficientes. Acreditarmos que a neurose possa ser vencida pela administração de remédios inócuos é subestimar grosseiramente esses distúrbios.

Os efeitos devastadores da neurose só podem ser vencidos pela fala, ao contrário dos que pensam que o uso de medicamentos pode causar tais efeitos. A neurose não pode ser curada com remédios, em se tratando do inconsciente.

Freud (1914) ressalta o quanto é perigoso o trabalho analítico com o amor transferencial e destaca que, nestas circunstâncias, o avanço no tratamento deve ser cauteloso e escrupuloso, afirmando que a psicanálise deve conquistar sua liberdade de poder “[...] manejar os mais perigosos impulsos mentais e de obter domínio sobre eles, em benefício do paciente [...]” (FREUD, [1914]1915, p. 221).

Sabemos que estamos num campo perigoso, em que a transferência se apresenta com armadilhas que devem ser detectadas pelo analista.

A resistência, como arma poderosa da transferência, está presente nas relações, e na instituição não escapa também. Freud em seu texto *A Dinâmica da Transferência* (1912) menciona que os fenômenos de resistência da transferência aparecem mais nos processos psicanalíticos clássicos de atendimentos em consultórios, do que em instituições, porém, afirma que:

estes fenômenos também se apresentam noutras situações e lugares, mas tem de ser identificados como tal. A manifestação de uma transferência negativa é, na realidade, acontecimento muito comum nas instituições. Assim que um paciente cai sob o domínio da transferência negativa, ele deixa a instituição em estado inalterado ou agravado. A transferência erótica não possui efeito tão inibidor nas instituições, visto que nestas, tal como acontece na vida comum, ela é encoberta ao invés de revelada. Mas se manifesta muito claramente como resistência ao restabelecimento, não, é verdade, por levar o paciente a sair da instituição — pelo contrário, retém-no aí — mas por mantê-lo a certa distância da vida. Pois, do ponto de vista do restabelecimento, é completamente indiferente que o paciente supere essa ou aquela ansiedade ou inibição na instituição; o que importa é que ele fique livre dela também na vida real (FREUD, 1912, p. 141).

O que Freud nos ensina, é que trabalhar com psicanálise não é algo simples. Cada paciente vem com seu psiquismo, sua singularidade, sua subjetividade. E, no hospital, o analista escuta o paciente em seu sofrimento psíquico aliado à doença orgânica, o que deixa o paciente vulnerável e inseguro, poiso ambiente hospitalar, o estado regressivo do paciente atualiza sentimentos arcaicos, primitivos, de angústia, de desamparo e de medo da morte. É justamente neste cenário que nosso trabalho consiste, na busca de apaziguar o sofrimento do paciente, pois, como afirma Ceccarelli (2006, p. 115) “[...] somos, por definição,

“insocorríveis” e nada nos ampara na nossa incompletude [...]”. Ser desamparado atesta a condição de insocorribilidade do sujeito humano.

O fantástico avanço da medicina cada vez elimina mais a palavra do paciente, pois se trata, não de ouvir, mas de ver, por exames de imagens. O próprio olhar do médico, muitas vezes, já não se dirige ao paciente, mas ao monitor. O corpo pode ser visitado, internamente por um catéter que filma e diagnostica. A invasão tem conseqüências. As fronteiras entre o interno e o externo, o público e o privado diluem-se. Nesse contexto, o paciente é tratado como criança e sente-se entregue a um outro que detém um poder sobre sua vida, sobre seu corpo. E como afirma Peres (1999, p. 192):

Como uma criança, as suas inúmeras perguntas ficam sem respostas e lhe é dirigido um “não pense nisso”, ou respostas insatisfatórias para a angústia fundamental vivida pelo paciente. Conseqüência inevitável, a remissão a um estado de desamparo, fonte de angústia.

O paciente sentindo-se desamparado, clama pela alteridade, como o bebê chama sua mãe, na impossibilidade que se encontra pelo limite de suas ações, permitindo assim a entrada do analista. Portanto, ilustramos em nosso trabalho, a importância da escuta analítica para que o paciente hospitalizado possa sentir-se suficientemente acolhido para expressar seus afetos, na hora e na medida do que for possível para ele, como vimos nos casos clínicos descritos.

5.2 OS DISPOSITIVOS CLÍNICOS NO HOSPITAL

Considerando a possibilidade de se criar novos dispositivos de atendimento sustentados pela clínica psicanalítica, é no hospital, na escuta do sofrimento psíquico dos pacientes internados em CTI, que desenvolvemos nosso trabalho em busca de contribuir na construção destes dispositivos.

Ancorados na prática teorizada de Freud como referência máxima de nossa atuação, acreditamos que a psicanálise tem muito a contribuir nas mais diversas situações, em todas as camadas sociais e em diferentes lugares.

A psicanálise no hospital está em pleno desenvolvimento, num movimento de construção que vem se ampliando principalmente a partir da década de 90, conservando sua posição teórica, porém acessível às adversidades da demanda que nos é ofertada nas instituições.

a) A Re-descrição da Clínica

Vários teóricos vêm discutindo justamente os chamados dispositivos clínicos no hospital, porém nossa posição se aproxima do trabalho de Vilhena (1998, 2000, 2003, 2005, 2007), Pinheiro e Vilhena (2002, 2003, 2006, 2007), Moreira (2005, 2006), Moretto (2001), Moura (2000), Figueiredo (1997), Santos e Vilhena (2000), Pinheiro (2006), que chamam de “*re-descrição da clínica*”, em que o campo de trabalho psicanalítico se amplia no que se refere que se refere às necessidades de se criarem outras versões de clínica e de se buscarem dispositivos analíticos capazes de atender situações diversas, diferentes das encontradas nos consultórios particulares. Como afirma Pinheiro (2006, p. 34), em seu texto *Visibilidade, Transitoriedade e Complexidade: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar*:

A psicanálise vem se aprimorando, re-criando e reconstruindo seus aportes teóricos e técnicos, de forma a promover um redimensionamento em seu campo de aplicabilidade. Nas últimas décadas, para além dos consultórios, a psicanálise conquistou novos espaços como: hospitais, universidades, postos de saúde, centros de atenção psicossociais, clínicas e ambulatórios públicos e privados.

Como vimos, a psicanálise vem se ampliando, redesenhando o cenário, pois não mais em quatro paredes e um divã, mas sem desvirtuar seus pressupostos teórico-clínicos, alcançando as dimensões sustentadas pelas condições de possibilidades dos diversos *settings*, nas mais adversas demandas.

Santos e Vilhena (2000, p. 24) afirmam que “o [...] compromisso do psicanalista para com o progresso do campo de saber da Psicanálise volta-se exatamente para aquilo que difere e desafia o método instituído [...]”. Ou seja, afirmam Moreira e Di Paolo (2006, p. 4) que só se pode elaborar e aplicar novas formas de atendimento, quando conhecidas as especificidades de um método instituído e quando forem apresentadas questões que o desafiem e propiciem o surgimento de soluções novas, diferentes. Desse modo, é possível não apenas romper com o instituído, mas lançar novas perspectivas a seu respeito.

Para tanto, o ambiente hospitalar deve ser “escutado”, pois, assim, será possível desvelar o que há de particular e de específico neste campo.

Segundo uma perspectiva foucaultiana, corroboramos com a abordagem de Pinheiro e Vilhena (2007) no texto *Entre o Público e o Privado: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar*, em que entendem o hospital como uma instituição disciplinar, marcada pela hierarquia, rigidez, manipulação, controle e falta de cerimônia em desnudar o corpo e a alma dos pacientes, destituindo, deste, qualquer privacidade e intimidade. Simultaneamente,

também o trabalho do psicanalista encontra-se assujeitado ao controle que, através dos mecanismos burocráticos, organizam, avaliam, mensuram e delimitam os caminhos a serem seguidos.

[...] ou seja, no primado da visibilidade e transparência hospitalar, o campo clínico torna-se devassado, abrindo, ao olhar alheio, a intimidade do paciente em análise, impondo-nos a nítida sensação de que estávamos inserindo nosso trabalho em uma casa com paredes de cristal: delicada, valiosa e completamente translúcida [...] (PINHEIRO; VILHENA, 2007, p. 2).

O que a instituição hospitalar nos oferece é este ambiente, em que as informações dos pacientes estão em prontuários. Todos têm acesso e seu tempo de permanência depende puramente da avaliação médica. Um ambiente atravessado de atividades de vários profissionais, vários discursos, intromissões e pouca privacidade. E, é nesse panorama, no hospital público, com pacientes de todas as camadas sociais, no ambulatório, nos leitos, num tempo inesperado e incerto, que o trabalho analítico pode ser oferecido.

Neste contexto, concordamos com Pinheiro e Vilhena (2007) que o hospital é um local privilegiado de visibilidade, uma vez que, através dos mecanismos disciplinares e das técnicas de controle que engendram a organização institucional, a privacidade do paciente é invadida tornando-a um fato compartilhado. Verifica-se, com isso, que o atendimento psicanalítico nas instituições hospitalares, se estrutura em um cenário onde público e privado co-existem sem demarcações.

Com isso, vimos que entraves e impasses se interpõem na dinâmica que permeia a clínica psicanalítica no hospital. Diante desta problemática, alguns autores como Costa (1987; 1989 apud PINHEIRO; VILHENA, 2007) apontaram para a possibilidade de desenvolver a prática psicanalítica nas instituições, contanto que os dispositivos analíticos fossem assegurados independentes da classe social dos pacientes e do local em que seria desenvolvida esta práxis. Desta forma, destaca-se a pluralidade cultural como algo que delimita o processo de subjetivação e constituição de sujeitos.

Sendo assim, aponta-se “[..]. a questão da clínica psicológica institucional deve se voltar para o campo clínico, de forma a promover uma re-descrição do cenário analítico diante da multiplicidade de contextos no interior dos quais a psicanálise se desenvolve na atualidade [...]” (PINHEIRO; VILHENA, 2007, p. 04)

O destaque ao campo clínico impossibilita a restrição à dimensão política, assegurando tanto o olhar crítico à presença da instituição – e os reflexos impostos por esta, como inscreve o trabalho analítico na vertente ética a qual indica que a analisabilidade deve

ser definida a partir da particularidade de cada sujeito.

Dentro desta perspectiva, a visibilidade é considerada o elemento fundamental que organiza a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar, propiciando, com isso, a emergência de duas situações específicas, sendo estas a transitoriedade e a complexidade do campo transferencial.

A transitoriedade é expressa através do controle sobre o tempo, o qual, através de imposições institucionais, delimita a brevidade e a rapidez ao processo analítico. Tal característica repercute nas relações estabelecidas com a instituição. (PINHEIRO; VILHENA, 2007, p. 10).

O campo transferencial também se encontra marcado pela instituição, a qual propicia a transitoriedade e visibilidade dos atendimentos. Tais elementos propiciam vínculos transferenciais frágeis, delicados e peculiares.

No CTI, por exemplo, muitas vezes em condições de impossibilidade de verbalização, o paciente pode estabelecer um vínculo pelo olhar, pela presença do analista que o visita todo dia, pela possibilidade de ter algum contato e se manter ligado à vida. Nossa investigação nos conduz à um campo transferencial, em que o paciente, em seu sofrimento, clama pelo amparo, literalmente pede o socorro. Neste contexto, o analista também se vê capturado, numa relação em que paciente e terapeuta vivem juntos uma experiência de *pathos*.

A contratransferência nesse caso nos parece próxima ao que chamamos de contratransferência visceral, pois o analista se depara não só com o sofrimento psíquico do paciente, mas com feridas, sangue, vômitos, tubos, dentaduras, pus, odores e outras configurações típicas das internações em CTI.

Examinaremos o que nos parece uma proposta de trabalho mais próxima a nossa, na construção de dispositivos clínicos para ambiente hospitalar, entendendo ter muito a ganhar, revisitando a tradição Winnicottiana.

b) A visão Winnicottiana em ambiente hospitalar

Donald Woods Winnicott (1896-1971) era médico, pediatra e se tornou psicanalista. Dedicou-se ao atendimento de crianças em rede pública de saúde inglesa.

Sua técnica analítica, durante um período de grandes controvérsias de 1958 a 1964, afirmam Roudinesco e Plon (1998), confirma à sua posição em tentar elaborar uma concepção pessoal e original sobre a relação de objeto. Segundo ele, era o “bom funcionamento” do laço com a mãe que permitia a criança organizar o seu eu de maneira sadia e estável.

Winnicott dizia que o bebê não existe por si só, mas sempre é essencialmente como parte da mãe, integrante de uma relação. Se a mãe estiver incapaz, ausente ou, ao contrário, demasiadamente intrusiva, a criança se arrisca à depressão ou a condutas anti-sociais, roubos e mentiras, sendo assim, maneiras de reencontrar por compensação, uma “mãe suficientemente boa”, como denominou. Assim, afirmam Roudinesco e Plon (1998, p. 785):

Winnicott nunca foi totalmente de acordo com os padrões psicanalíticos clássicos, pois não respeitava a neutralidade, o tempo das sessões e via na transferência uma réplica do laço materno, oferecendo assim aos seus pacientes um “ambiente” especial.

A partir de uma leitura Winnicottiana, Pinheiro e Vilhena (2007, p. 11) acreditam que as ações terapêuticas desenvolvidas nos hospitais são agentes de transformação tanto da realidade subjetiva como dos padrões institucionais, posto que o campo transferencial é estabelecido de forma tridimensional, abrangendo os vínculos entre paciente, analista e instituição. Desta forma, os autores propõem “... a noção de campo transferencial no qual o analista e paciente, como uma unidade que comporta o múltiplo, estão presentes como sujeitos participantes do jogo transferencial”, possibilitando, primeiramente, o reconhecimento da instituição e, posteriormente, uma ação criativa e transformadora que viabilize ao par analista / paciente o não assujeitamento em relação às questões institucionais.

Uma das propostas de intervenção refere-se ao estabelecimento de um ambiente acolhedor (holding) e seguro que proporcione ao sujeito, se desenvolver emocionalmente e agir criativamente sobre o mundo e de não estar assujeitado aos infortúnios da exterioridade.

[...] Assim, a instituição, ao fazer uma oferta permanente de ajuda, possibilita a construção de uma área de trabalho analítico a partir da qual a transformação subjetiva pode operar no sentido de devolver ao paciente a possibilidade de transformar tanto a realidade interna quanto a externa. (PINHEIRO; VILHENA, 2007, p. 12)

Acreditamos que se torna possível conceber ações terapêuticas que acontecem como transformadoras tanto da realidade subjetiva, quanto da realidade institucional, em um campo transferencial que comporta vínculos ao mesmo tempo entre paciente-analista e instituição.

Nesse movimento, com situações ambíguas, típicas das que envolvem paciente, analista e hospital, se faz necessário analisar a noção winnicottiana de espaço potencial, em que Winnicott (1975) debate a questão da realidade externa e interna, introduzindo uma área intermediária da experiência humana que contribui com as duas ao mesmo tempo. Colocando a relação do sujeito com o ambiente enquanto um movimento criativo, o qual encontra

possibilidades de se firmar a partir da criação de uma área de ilusão em que a criança vai construindo seu mundo interno e externo. A essa área intermediária, Winnicott denominou de espaço potencial.

Analogamente, Winnicott, ao nomear o espaço potencial, definiu como um espaço intermediário entre mãe e bebê, objetivo e subjetivo, o sujeito e o ambiente. Nesse movimento mãe-bebê é construída uma realidade compartilhada. Afirma Winnicott (1975, p. 63):

A fim de dar um lugar ao brincar, postulei a existência de um espaço potencial entre o bebê e a mãe. Esse espaço varia bastante segundo as experiências de vida do bebê em relação a mãe ou substituta, e eu contraste esse espaço potencial (a) com o mundo interno (relacionado à parceria psicossomática), (b) com a realidade concreta ou externa, que possui suas próprias dimensões e pode ser estudada objetivamente, e que por muito que possa parecer variar, pode permanecer constante.

Então, para Winnicott, a experiência de vida não se encontra nem na fantasia nem na realidade objetiva, mas no interior de uma área intermediária, assim os objetos nunca são totalmente externos, “o que [...] torna a percepção de mundo do sujeito fundada na subjetividade”. (PINHEIRO, 2006, p.39)

De acordo com a perspectiva Winnicottiana de espaço potencial e seus derivados – objeto transicional e fenômenos transferenciais, nosso trabalho em hospital em sua complexidade, configura uma realidade inter e trans-subjetiva, pois, pressupõe a relação entre todos, ou seja, paciente, analista e instituição.

Nessa perspectiva, todos os integrantes da instituição, bem como paciente e analista, são participantes como sujeitos do jogo transferencial e contratransferencial que comparecem no trabalho hospitalar, de acordo com as especificidades e peculiaridades apresentadas ali.

Uma contribuição importante de Winnicott, dentre outras, nos faz pensar na instituição como uma referência, um ambiente de segurança. Assim, vimos que na relação transferencial com o paciente, esta variação tem importância, visto que dependendo da forma, o paciente pode sentir-se acolhido, promovendo o que Winnicott chama de *holding* e, que possibilita a instauração do campo transferencial.

Nesse sentido, acreditamos que, ao se sentir acolhido, através do vínculo transferencial, é possível que o paciente perceba que pode transformar seu sofrimento em experiência, levando em conta os seus mecanismos mais primitivos, numa vinculação em que o passado, o presente e o futuro possam comparecer, no sentido de reorganização interna.

O hospital deixa marcas e é vivido de forma singular. Escutar é possibilitar ao enfermo, buscar alternativas de reorganização interna, para que se dê conta de sua própria

vida, e que essa experiência possa dar significado aos seus afetos numa tentativa de sobrevivência e de restituição da dignidade humana.

O processo de hospitalização, a doença e suas implicações não passam em branco na vida das pessoas. Assim, as demandas psíquicas se farão presentes e o analista no hospital poderá encaminhá-los para que, após a alta, tenham uma melhor elaboração psíquica da dimensão do que aconteceu consigo, procurando os atendimentos psicoterápicos em ambulatórios, consultórios ou qualquer outra instituição prestadora desse serviço, que possam ajudar-lhes em busca do autoconhecimento, através do acesso aos processos inconscientes.

Mas, nem sempre o paciente sai de alta. A família e a equipe têm que lidar com as situações mais adversas. Pensamos que a morte ronda o imaginário das pessoas que compõem o hospital, e é nesse panorama que ouvimos o sofrimento psíquico daqueles que ainda estão vivos. Se por fim a morte for o caminho, que também possa ser escutada de forma digna em que o respeito, a sensibilidade e a ética estabeleçam um alicerce que possa sustentar a dor dos que ficam, das famílias que sofrem a perda, e dos profissionais de saúde que, em seu sofrimento, se protegem de várias formas, pois todos, neste processo em que a saúde e a doença se entrelaçam, são chamados a lidar com seus limites.

6- ANÁLISE TEÓRICO-CLÍNICA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Neste capítulo, discutiremos os fragmentos clínicos relatados nos três casos atendidos em CTI. O caso I foi atendido pela pesquisadora desta dissertação, enquanto que os casos II e III foram sob supervisão, sendo atendidos por alunos de estágio de Formação do Psicólogo.

Construímos este capítulo baseados em articulações teóricas freudianas, bem como em outras contribuições tais como a psicopatologia fundamental e a perspectiva winnicottiana. Procuramos trabalhar com alguns conceitos que norteiam nossa discussão clínica, bem como toda esta pesquisa, sendo eles basicamente a transferência e a contratransferência neste contexto, a revivescência de sentimentos de desamparo e angústia e, portanto, o sofrimento psíquico vivido pela experiência de adoecimento e internação, para o qual aqui se propõe que só um ambiente acolhedor como constituinte da transferência permite ao paciente expressar seus afetos e encontrar para eles alguma elaboração, no sentido freudiano.

6.1 – ANÁLISE DO CASO CLÍNICO I

“ANTÔNIO FALAVA COM OS OLHOS”: *A captura do instante*

Capturada pelo olhar arregalado e assustado de Sr Antônio que expressava o horror, o indizível, o irrepresentável do trauma, não tinha como não segui-lo. Na contratransferência, fui fisgada por esse olhar. Seus olhos estavam vidrados, parados e escutei nesse instante um pedido de socorro não dito. Suas expressões pareciam de um bebê numa situação de completo desamparo, em que foi lançado pelo trauma e pela angústia vividos ali. Aproximei-me e chamei pelo seu nome. Ele respondeu a este contato, mesmo sem poder falar. Piscou e saiu daquele ponto fixo, direcionando-se a mim. Na medida em que expressei a seu Antônio onde ele estava, o que estava acontecendo com ele e disse-lhe que sua família estava lá fora, se tornou cada vez mais visível certa expressão de apaziguamento. O trabalho com esse paciente que estava lúcido, mas impedido de falar, exigia a presença de alguém capaz de nomear sua dor e seu desamparo, o que possibilitou alguma organização interna para ele.

A família do lado de fora do CTI, sem saber o que estava acontecendo com o Sr. Antônio, estava angustiada com a possibilidade de perder seu ente querido. Neste caso, foi importante mediar a comunicação entre a família e o paciente e, entre a médica e os familiares para esclarecimento do quadro clínico, facilitando a interlocução entre eles.

Quando no dia seguinte, no encontro com o Sr. Antônio, ele me disse que eu havia salvado sua vida, foi possível observar que ele pôde subjetivar o que aconteceu consigo. Ele achava que estava morto, pois, no momento do trauma, não há representação. Quando se deu conta das minhas palavras de que ele estava vivo, pôde dar significado ao intenso sofrimento psíquico que o paralisava. Identificar a totalidade dos efeitos que as minhas palavras causaram no Sr. Antônio jamais será possível, mas é evidente que um deles foi conduzi-lo a sair da petrificação da morte, para retornar a vida. O encontro com a terapeuta produziu, portanto, um novo sentido para o Sr. Antônio: “eu estou vivo!”, foi aquilo que em um instante capturou seu eu, que antes vagava em dimensões inespecíficas.

Como terapeuta, por minha vez, também fui subitamente surpreendida. A contratransferência se manifestou de forma a causar um misto de estranheza e familiaridade, peculiares àquela situação vivida entre mim e ele. Na intimidade, presenciei seu momento mais frágil, de total dependência, como um bebê que não tem condições de sobrevivência, sem o amparo de um outro e, ao mesmo tempo, senti um estranhamento, ao ser reconhecida por ele e ver que a mim era atribuído o lugar de quem salvou a sua vida. Por um lado, a onipotência e o pensamento mágico aderiram ao meu desejo de salvar a vida do paciente, ilusão comum a todos os que trabalham em situações como esta. Por outro lado, a impotência própria revivida nos segundos em que reeditava meu próprio desamparo diante da morte, marcou muito este atendimento que ainda hoje exige elaboração.

O sentido que o Sr. Antônio atribuiu a essa vivência de sofrimento, despertou-me portanto, sentimentos ambivalentes. Eu me perguntava sobre o significado dessa irrupção de afetos do paciente e dos meus próprios. Deixar que esta questão se formulasse com base na contratransferência, foi fundamental, pois se tratava de um momento crítico de atenção e de acolhimento das angústias do paciente que transbordavam no instante preciso em que cruzava o umbral entre a vida e a morte, *a captura do instante*, como nomeamos.

6.2 - ANÁLISE DO CASO CLÍNICO II

“MILTON DEU UM PASSO PARA FRENTE”: *O maior abandonado*

Logo que a terapeuta entrou no CTI, Milton imediatamente manteve contato, parecia que buscava desesperadamente por alguém. Ela se apresentou ao paciente e disponibilizou sua escuta. Suas expressões faciais e mímicas sinalizavam seu pedido, seu chamado. Ainda estava impossibilitado de falar neste momento, mas parecia evidente que estava pedindo socorro.

Os encontros com a terapeuta foram diários, inicialmente, comunicava-se por gestos, mas, em seu relato, na medida em que Milton pode expressar verbalmente o que sentia, logo se

evidenciou que se dava conta de seu sofrimento psíquico, o que também era acompanhado de visível melhora de seu quadro clínico. Foi um trabalho a quatro mãos, em que a contratransferência da supervisora exigia um esforço de reserva implicada, deixando a aprendiz conduzir o caso ao tempo em que continha seu desejo de curar, que vigorosamente buscava expressão diante de tamanho desamparo em um adulto.

Como relatado anteriormente, Milton era paralítico e sofria de Diabetes, o que ocasionava maiores complicações em seu estado clínico, porém ele nunca se referia à doença física, e sim à falta que sentia de sua família e, bem como ao medo de dormir e de morrer, de nunca mais ver as pessoas que amava. Milton também dizia que sentia uma dor que não sabia onde era. Sempre chorava, parecia muito frágil, tinha reações regredidas, como de uma criança pedindo colo, buscando inclusive o contato físico com as mãos livres, pois seu corpo estava preso a aparelhos e ao leito. Quando a terapeuta encerrava os atendimentos, Milton pedia sempre mais: “*não vá ainda doutora*”, como se a angústia de separação que começasse a invadi-lo denunciasse sua insuportabilidade insuportável.

Comportava-se como um bebê desamparado à procura da mãe. Suas reações de choro recorrentes não deixavam distinguir se eram relativas à dor, que nem mesmo sabia dizer onde era, ou se à angústia, que era visível em sua expressão facial. Talvez dor e angústia se confundissem ao sentimento de desamparo. Pelo menos uma dor era nomeada. Em meio às lágrimas e resmungos dizia: “*Todos me abandonaram*”. Como se revolta e saudade tecessem uma trama que o precipitavam na miserável condição de ‘maior abandonado’. A sua participação nessa condição não parecia ter a menor consciência.

Milton dizia que se sentia abandonado, pois ninguém da família vinha vê-lo. Reclamava da esposa, dos filhos e de todos. A terapeuta pediu que ele falasse o que lhe viesse à cabeça, quando dizia que todos o abandonaram. A partir de então, Milton começou a falar de seu irmão mais velho com ressentimento e chorando muito, ora com raiva, ora com carinho, o que revelava sua ambivalência: “*estou brigado com ele, por causa de dinheiro e também porque me chamou de aleijado, mas ele também já me ajudou muito, quando meu pai morreu, foi ele que me ajudou, ele é como um pai para mim*”. Milton repetia essa última frase constantemente, que revelava sua relação transferencial paterna com esse irmão e que se repetiu com a terapeuta. No momento em que esta interveio no sentido de que ele deveria pensar sobre essa relação muito significativa com o irmão, Milton imediatamente entendeu a fala da terapeuta como uma ordem. Sustentar o tratamento na transferência, neste caso,

permitiu que Milton pudesse dar significado aos seus afetos com relação ao irmão, assumindo seu desejo de reconciliação e sua implicação em promover o reencontro com o mesmo.

Este irmão o criou desde pequeno, quando seu pai morreu. Na briga entre eles pareceu que Milton ficou marcado principalmente por tê-lo chamado de “aleijado”. Para Milton, ser chamado dessa forma, ainda mais por esse irmão, mobilizou um sentimento de impotência em face da ferida narcísica que incidia em seu próprio corpo, confundida com a paralisia das pernas. A relação de Milton com o irmão revelava seu conflito edipiano, marcado pela angústia da castração e pelo ódio paralisante desse “pai - irmão” que teve a ousadia de apontar sua incompletude. Milton não conseguia dar significado ao que sentia, assim, permanecendo queixoso e se colocando no lugar de abandonado por todos.

A hospitalização em CTI proporcionou para este paciente, identificar parte dos processos inconscientes que sobredeterminaram o seu estado clínico. Milton ao expressar seus afetos, pôde resgatar vínculos familiares que o reportaram e que, nesse momento, vieram à tona pelo medo da morte, do abandono e do desamparo. Ao falar, num ambiente que lhe proporcionou segurança, numa relação transferencial de acolhimento (*holding*), Milton pôde ressignificar suas vivências angustiantes e superar o sentimento de desamparo.

Com Milton, estamos longe de pretender ter alcançado uma elaboração mínima do conflito edípico, entretanto, a superação do desamparo teve um importante efeito no sentido de que ele parou de dar vazão ao bebê que dentro dele não cessava de chorar e deu um passo à frente.

6.3 - CASO CLÍNICO III

“SARAH VIROU CRIANÇA”: *Sarah, regredida, sonhava...*

Sarah, desde o início, teve dificuldade no contato com a terapeuta, ora a tratava de forma hostil, ora de forma sedutora e com atitudes infantis, com choros e dengos. Transferencialmente, sua ambivalência era sentida como resistência, pois Sarah, na maioria das vezes, não queria entrar em contato com o que estava acontecendo com ela, negando sua doença e com enorme dificuldade para manter o diálogo com a terapeuta.

Portadora de Lúpus, doença autoimune, Sarah trazia no corpo as feridas com aparência avermelhada e com secreções, que causavam impacto a quem chegasse perto. As reações contratransferenciais eram viscerais, sentidas no corpo da terapeuta, no embrulho do

estômago, no cheiro purulento e ao mesmo tempo, nos sentimentos ambivalentes que Sarah provocava. Estes sentimentos, para mim também, como supervisora, exigiam imperativamente um esforço de elaboração, de análise pessoal de sentimentos de repulsa que ameaçavam impedir que um processo analítico ali se estabelecesse. Levou longo tempo até que esta investigação, agora no contexto desta dissertação, permitisse encontrar as pistas de uma elaboração.

Percebia-se que, com seus familiares algo semelhante ocorria, ora expressavam sentimentos de raiva, ora de muita ansiedade e de preocupação por Sarah, que mobilizava toda a família e a equipe de saúde, sempre exigindo atenção com gritos, choros e uma fala regredida, como se fosse uma criança aprendendo a falar: “*eu que lo convessá viu!*”. Ficar perto dela era estar sempre alerta. Suas atitudes eram exacerbadas, impulsivas, excessivas, dependiam pouco da linguagem verbal. Por isso, considerei regressivas a uma fase muito primitiva de organização interna, caracterizando a relação inicial do bebê com a mãe. Algo ali incidia no corpo, ela reagia aos berros, como um bebê muito assustado, em pânico, se assim se pode dizer. Parecia em pleno desamparo, solicitando a presença de alguém que a livrasse do horror, do medo, das feridas, daquele mau cheiro que prenunciava a terrível ameaça de morte, real, mas muito ampliada nas fantasias de Sarah que já se via no inferno, enquanto internada naquele CTI. De alguma forma, ela tinha razão. E, era muito difícil manter a reserva necessária para que as condições para uma escuta analítica fossem possíveis ali.

Ela própria negava seu diagnóstico, agia como se não soubesse e delegava aos outros o cuidado por ela. Não se implicava e não queria saber o que estava acontecendo, como se, magicamente tudo fosse uma grande mentira urdida por alguém que não se deixava apreender.

Algumas vezes, chamava pela mãe que, naquele momento, estava também doente, sem poder visitá-la, como se soube por seus familiares. Contava que haviam discutido antes de sua internação no CTI e talvez se sentisse culpada por essa hostilidade contra a mãe, que apareceu na briga anterior e retornava agora, enquanto clamava por ela em seu desespero, e esta não vinha.

A presença da terapeuta foi permitindo que recuperasse algo de sua lucidez para enfrentar os conflitos que finalmente ganharam contornos. Parece ter possibilitado um deslocamento de um objeto materno inquietante e exigente para um vínculo ainda primitivo, mas já criativo, com a terapeuta. Aos poucos, Sarah começou a falar de si, que tinha um companheiro, dois filhos e que seus pais, principalmente a mãe, não aceitavam seu relacionamento com este companheiro. E então, Sarah, em pleno CTI, sonhou.

Ao relatar sua impressão sobre o CTI: “*Aqui parece o inferno!*” - associa aos dois sonhos que teve em que o demônio a julgava, pois ela precisava escolher a quem salvar, a mãe e o pai ou, o companheiro. O pequeno fragmento que restou desses sonhos dá conta de como ela estava diante da vivência de seu conflito edípico. Na fantasia, separar-se de mamãe e do papai para seguir uma vida adulta com o companheiro é vivido como uma ameaça sobre a sua própria vida, que estava sob o jugo de um deus das trevas capaz de julgá-la e condená-la. Sair justamente da condição incestuosa, que dá a todo sujeito humano a liberdade para amar e seguir o seu próprio caminho é, para ela, uma ameaça mortífera. Após relatar esses sonhos voltou a falar como adulta e sua terapia ganhou novos direcionamentos.

Supõe-se que na relação transferencial foi possível reviver esses sentimentos e aparecer o bebê que só podia reagir somaticamente ao conflito. Foi na e pela transferência que Sarah pôde sair do estado de desamparo e se reconhecer como mulher, como mãe e como alguém que estava doente, encontrando a forma de se cuidar e sair do estado fantasioso e alucinatório em que vivia mesmo antes de chegar ao ponto de correr risco de vida e ser internada em CTI.

O que aqui merece destaque é a falta de consistência que a relação mãe-bebê pode provocar incidindo, sobre a própria constituição psíquica do bebê. Algo aconteceu e à Sarah não foi permitido ultrapassar as etapas necessárias ao seu desenvolvimento, de modo a dar condições à “criança Sarah” para tolerar a falta de proteção e de garantias, ao ser confrontada com sua incompletude.

Pela via transferencial, esperava-se que Sarah pudesse abrir mão de satisfações de um narcisismo tosco, talvez negativo, muito próximo ao masoquismo, para suportar a angústia de separação da mãe, de onde poderia aceder ao conflito edípico, talvez já mais equipada para superá-lo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desta dissertação foi ancorada em minhas experiências como analista e como supervisora de estágio com alunos em formação do curso de Psicologia. Nestes quinze anos, escutando os pacientes em CTI, defrontei-me com inúmeras situações de angústia e de desamparo vividos naquele lugar, pelos relatos e pelas condições em que os pacientes que se encontravam dependentes, frágeis e debilitados no corpo pela doença, entre a vida e a morte, mostrando-me com suas dores, minha própria condição de desamparo.

A passagem da escuta clínica para a pesquisa foi e é o que marca este estudo, pois muitos como Antônio, Milton e Sarah estarão presentes nos CTIs, à espera de alguém que os escute. Com os fragmentos clínicos dos casos atendidos no CTI, verifiquei a exacerbação do sentimento de desamparo nos três casos analisados e que este afeto aparece ligado a sentimentos primitivos, revividos naquela situação de completa vulnerabilidade. Para tal, debrucei-me sobre a investigação de conceitos fundamentais, objetivando nortear minhas questões, aliados ao estudo sobre os novos dispositivos clínicos capazes de atender a uma demanda em ambiente hospitalar como relatados na literatura.

Ler Freud é um exercício contínuo, necessário e sempre atual. Revisitar os conceitos é imprescindível para a clínica psicanalítica, seja ela no clássico divã ou no leito de um hospital. Sem eles, eu não teria subsídios para a compreensão da demanda nesse contexto. Para isso, percorri minha investigação sobre o desamparo, principalmente nos textos que trazem à luz a construção deste tema na metapsicologia freudiana e que me conduziram em direção ao objetivo de minha pesquisa. Em Freud, busquei elementos para o estudo não só da transferência, como da contratransferência, para sustentar minhas hipóteses. Articular os conceitos freudianos, particularmente, relacionados ao desamparo e à transferência, apontando também para as contribuições de Winnicott, não foi uma tarefa simples. Talvez seja possível falar de uma clínica que parta da junção do pensamento freudiano com as idéias winnicottianas, que certamente não serão originais, mas que foram aos poucos construídas no desenvolvimento deste estudo. Não tenho como pensar o sofrimento psíquico sem as contribuições da Psicopatologia Fundamental, a propósito do *Pathos* como paixão, excesso, desmesura, que marca a experiência vivida pelos pacientes. A discussão sobre os dispositivos clínicos no hospital, suas possibilidades, dificuldades e fundamentalmente suas questões, foram expostas para contribuir na construção e ampliação da clínica psicanalítica neste contexto.

Por meio da escuta do sofrimento psíquico dos pacientes, foi possível a articulação entre o desamparo, a transferência e a hospitalização em CTI. O material clínico relatado em fragmentos veio enriquecer minha discussão, levando em conta o movimento transferencial e contratransferencial nesse campo.

A transferência dos pacientes na relação comigo e com as terapeutas, permitiu a emergência da subjetividade e o trabalho com Antônio, Milton e Sarah, foi o de possibilitar a resignificação do conflito para cada um deles, até mesmo alguma saída para aquele sentimento de desamparo vivido e revivido durante suas enfermidades no CTI. Desprovida da pretensão de ter assimilado o que cada um pôde ter vivenciado, ou que rumo foi atribuído para os conteúdos que vieram à tona, me reservo ao que foi possível. Como aplacar o insocorrível?

Presenciar a “quase” morte do Sr. Antônio, vê-lo sem dentadura, sem roupas, cheio de tubos, bem como imaginar as feridas de Sarah, os braços de Milton marcados por agulhadas e presos ao leito, certamente capturou-me nesse enlace, nessa experiência compartilhada e construída na e pela transferência.

Não posso negar que o trabalho no CTI despertou-me a contratransferência no corpo. Quando acrescentei a palavra “visceral” à contratransferência, referia-me ao sentimento de impacto da doença orgânica exposta, do paciente refletida no meu próprio corpo e que se presentificavam nos enjoos, embrulhos no estômago, odores, feridas e sangue, mobilizando sentimentos ambivalentes de impotência e onipotência entre pensamentos mágicos de dar conta de atender ao socorro e, ao mesmo tempo ter a sensação de total incapacidade, defrontada com minha precariedade diante da condição humana. Mesmo enquanto supervisora, podia sentir também nas alunas-terapeutas, o efeito da contratransferência em seus relatos.

Compreender as manifestações psíquicas do paciente em situação de adoecimento e de hospitalização em CTI foi minha proposta. Nessa perspectiva, defendi a hipótese de que os pacientes atendidos reeditaram um sentimento de desamparo infantil, revivido na condição de enfermidade e internação em CTI, pela dependência e assujeitamento ao outro. Estes sentimentos foram expressos e traduzidos pela transferência, enquanto suporte, ou para usar uma linguagem winnicottiana, no “ *Holding* ”, que possibilitou atribuírem algum significado ao seu desamparo, pelo menos ali em condições críticas de sobrevivência.

O processo de hospitalização em CTI, a doença e suas implicações não passaram em branco para Antônio, Milton e Sarah, que viveram essa experiência de forma singular. Mas, certamente deixaram outras marcas também, pois as famílias e a

equipe de saúde fazem parte diretamente dessa história. A morte ronda o hospital e o medo está no rosto dos familiares que entre uma visita e outra, no CTI, mal conseguem passar minutos perto de seu parente enfermo, presenciando cenas de uma realidade insuportável. As famílias clamam por respostas que, muitas vezes, são dificultadas pela falta de comunicação. São inúmeras as questões que se impõem quando morte e morrer estão em cena. Os profissionais da equipe de saúde em geral, se protegem em suas fantasias onipotentes, mas também sofrem de alguma forma, pois todos neste processo em que saúde e doença se entrelaçam, são chamados a lidar com seus limites, o que fundamentalmente nos remete à confrontação com nosso próprio desamparo.

Antônio, Milton e Sarah também deixaram marcas em mim, porém se transformaram nesta dissertação que chegou ao fim, mas continuará nas perguntas que sempre ficarão, e nas respostas que se transformarão em questões.

REFERÊNCIAS

BERLINCK, Manuel Tosta (org). *A Dor*. São Paulo. Escuta, 1999.

_____. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo. Escuta, 2000.

_____. Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 9, n. 3, p.7-8, 2006.

BIRMAN, Joel. “Repensando Freud e a Clínica Psicanalítica”. *Revista Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro, v.1, n. 70, p.22-29, 1985.

_____. A Dádiva e o Outro. Sobre o conceito de desamparo no discurso freudiano. In: FÓRUM BRASILEIRO DE PSICANÁLISE E DESAMPARO, 5, 1999, Recife. *Anais ...*, Recife: UFPE, 1999. 1ª Parte.

BLEGER, J. *Psico-higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

_____. *Temas de Psicologia. Entrevista e Grupos*. São Paulo. Martins Fontes, 1991.

CECCARELLI, Paulo Roberto. Pesquisa em Psicanálise. In: SIMPÓSIO O HOMEM E O MÉTODO, 1. ENCONTRO DAS ESCOLAS DE PSICOLOGIA DE BELO HORIZONTE, 2. 2001, Belo Horizonte. *Anais eletrônicos...* Belo Horizonte: PUC-MG., 2001. Também disponível em: www.ceccarelli.psc.br. Acesso em: 10 mar, 2006.

_____. O Sofrimento Psíquico na Perspectiva da Psicopatologia Fundamental. *Psicologia Em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722005000300015&script=sci_arttext-54k. Acesso em: 20 nov, 2006.

DELOUYA, Daniel. A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto. In: *A Dor*. São Paulo. Escuta, 1999

_____. *Depressão, Estação Psique: refúgio, espera, encontro*. São Paulo: Escuta; FAPESP, 2002.

DIAS, Helena. M. M. *Contratransferência: Um dispositivo Clínico Psicanalítico*. 2007. 150f. Tese (Doutorado) – Curso de Doutorado em..., Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007

DI BIAGGI, Terezina. M. *Relação Médico - família em UTI: a visão do médico intensivista*.

2001. 180f. Tese (Doutorado) – Curso de Doutorado em..., Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. *A Atuação do Psicólogo Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva – Adultos*. Hospital Brigadeiro, São Paulo. Nemeton.2002. Disponível em: www.nemeton.com.br. Acesso em 5 out, 2005.

EISENDRATH, S.J. Psychiatric Problems in Critical Care. In: SUE, D.Y.; BONGARD, F.S. (Org.). *Diagnoses e Treatment*. New York: Prentice & Hall Int, 1994.

FÉDIDA, Pierre. *A clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo: Escuta, 1998

FERNANDES, Maria Helena. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos*. 4. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, Luis C. COELHO JÚNIOR, Nelson. *Ética e Técnica em Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000.

FOUCAULT, Michel.: *Microfísica do Poder*. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1893-1895). “*A Psicoterapia da Histeria*”. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 2.

_____. (1900). *A Interpretação dos Sonhos*. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 4, 5.

_____. (1904 [1903]). *O método Psicanalítico de Freud*. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 7.

_____. (1905[1901]) “*Fragmento da análise de um caso de histeria*” (Posfácio do Caso Dora). In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v.8.

_____. (1910) “*As perspectivas futuras da terapia psicanalítica*”. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 9.

_____. (1911-1915[1914]) “*Artigos sobre a técnica*”. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 12.

_____. (1912) “*A dinâmica da transferência*”. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 12.

_____. (1913) “*Sobre o início do tratamento*”. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 12.

_____. (1914) “*Recordar, Repetir e Elaborar*”. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 12.

_____. (1915[1914]) “*Observações sobre o amor transferencial*”. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 12.

_____. (1915[1914]). *Reflexões para os tempos de Guerra e Morte*. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 14.

_____. (1916-1917) “*Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*”. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 15.

_____. (1917-1919) “*História de uma Neurose Infantil e outros Trabalhos*” In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 17.

_____. (1920) “*Mais além do princípio do prazer*”. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 18.

_____. (1923[1922]) “*Dois verbetes de enciclopédia*”. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 18.

_____. (1926[1925]) “*Inibição, Sintoma e Angústia*”. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 20.

_____. (1937) “*Análise Terminável e Interminável*”. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 20.

_____. (1940[1938]) “*O esboço da Psicanálise*”. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 23.

_____. (1950-[1895]). *Projeto para uma Psicologia Científica*. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas - (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 23.

_____. *Neuroses de Transferência: Uma síntese* (manuscrito recém descoberto). Organização, notas e ensaio complementares Ilse Grubrich-Simitis; Posfácio à edição brasileira e tradução do alemão Abraam Eksterman. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. *Hemmung, Symptom und Angst*. Einleitung von F.-W. Eickhoff. 3. Aufl. Frankfurt am Main, Fischer: 1992. Tradução livre diretamente do alemão do *Apêndice C - Angústia, dor e luto*, do texto de *Inibição Sintoma e Angústia*, (1926[1925]) pelo Prof. Dr. Ernani Chaves. Belém-Pará, 2005.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. *Freud e o inconsciente*. 15^a edição. Rio de Janeiro: Zahar. 1988

HANNS, Luiz Alberto. *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago. 1996

HOLANDA, Aurélio Buarque de. *Aurélio: Novo Dicionário Eletrônico*. São Paulo: Positivo Informática, 2008. 1 CD-ROM.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean. *Vocabulário da Psicanálise*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

MEZAN, Renato. *A Trama dos Conceitos*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1987.

_____. *Freud, Pensador da Cultura*. 5^a edição. São Paulo: Ed. Brasiliense. 1990.

_____. *A transferência em Freud: Um debate contemporâneo*. In: SLAVUTZKY, Abrão. (Org). *Transferências*. São Paulo: Escuta, 1991.

_____. *A sombra de D. Juan. “Que significa pesquisa em Psicanálise?”*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

MOREIRA, Ana Cleide Guedes. *A Clínica da Melancolia*. São Paulo: Escuta; Belém: Edufpa, 2002.

_____. *Modo de Constituição da Subjetividade na Clínica da Melancolia*. Projeto de Pesquisa. Belém, 2003. Mimeo.

_____. *O conceito freudiano de regressão e a prática da psicoterapia em ambulatório de hospital universitário*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta.2005.

MOREIRA, Ana Cleide Guedes; DI PAOLO, Ângela Flexa. O dispositivo clínico no hospital geral: é possível uma Psicanálise no Sistema Único de Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 8., 2006, Belém. *Anais eletrônico ...* Belém: UFPA, 2006. Disponível em: www.psicopatologiafundamental.com.br. Acesso, dez 06.

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

MOURA, Marisa Decat de. A Prática da Psicologia nos Hospitais. In: ROMANO, Bellkiss Wilma. (org). *O Psicanalista no CTI*. São Paulo: Pioneira, 1994.

MOURA, Marisa Decat de (org). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

OCARIZ, Maria Cristina. O Sintoma e a clínica psicanalítica: o curável e o que não tem cura. São Paulo: Via Lettera, 2003.

OLIVEIRA, Eliane Caldas do Nascimento. O Psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicologia, Ciência e Profissão*. Brasília, v. 22, n. 2, p.30-41. jun. 2002. Disponível em: http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200005&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1414-9893. Acesso: dez. 2006.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. *Pânico e Desamparo*. São Paulo: Escuta, 1999.

ROCHA, Zeferino. *Os Destinos da Angústia na Psicanálise Freudiana*. São Paulo: Escuta, 2000.

PINHEIRO, Nadja Nara B. “Enlaces Transferenciais”: reflexões sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. *Psicologia Ciência e Profissão*. [online]. Brasília, jun. 2002, vol.22, no.2 [citado 03 Junio 2008], p.42-49. Disponible en la World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1414-9893.

PINHEIRO, Nadja Nara B. Visibilidade, transitoriedade e complexidade: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. *Reverso*, Belo Horizonte, v. 28, n. 53, p.33-42, set. 2006.

PINHEIRO, Nadja Nara B; VILHENA, Junia: “*Uma casa com paredes de cristal: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar*”. 2003. 166f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Doutorado Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

PINHEIRO, Nadja Nara; VILHENA, Junia. Entre o Público e o Privado: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 59, p.2-10 , n. 2, 2007.

ROUDINESCO, Elisabeth & PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

RUDGE, Ana Maria. Traumas. In: CECCARELLI, Paulo Roberto (Org.). *Violência e Cultura*. São Paulo: Escuta. 2006.

SANTOS, A.; VILHENA, J. Clínica psicanalítica em comunidades: um desafio contemporâneo. *Cadernos do Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro, SPID n. 32, p. 9-35, 2000.

VILHENA, Junia de. Da cidade onde vivemos à clínica do território. Lugar de produção de subjetividade. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, São Paulo, v. 15, n. 163, p.48-54, nov, 2002.

WIKIPÉDIA. SUS. Disponível em: pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_Único_de_Saúde - 55k

WINNICOTT. Donald, W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALBERTI, Sônia; FIGUEIRADO, A. C. (Orgs). *Psicanálise e Saúde Mental - uma aposta*: Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

CAMON, W. Psicologia Hospitalar-Teoria e Prática. In: SEBASTIANI, R.W . *O Atendimento Psicológico em Centro de Terapia Intensiva*. São Paulo: Pioneira, 1995, p.29-70.

GABBI JR, Osmyr. *Notas a Projeto de uma Psicologia: as Origens Utilitaristas da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

LABAKI, Maria Elisa. *Ao Pão do Doente, um Círculo Terapêutico: Aspectos Metapsicológicos e psicopatológicos do sofrimento frente à morte*. 2001. 180f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MENDONÇA, Lucinda, M. S. *O sujeito, o desamparo e o analista*. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia da Saúde*, v. 1, n. 1. 2005. Disponível em: www.psicopio.com.br. Acesso: abril, 2005.

MEZAN, Renato. *Escrever a Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1998

MOREIRA, Ana Cleide Guedes; PAMPLONA, Cassandra. Dispositivos Clínicos em Hospitais Gerais. *Psicologia Clínica: Revista do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade do Rio de Janeiro*, v. 18, n. 2, p.13-35, 2006.

MOURA, Marisa Decat de. *Psicanálise e Hospital 3. Tempo e Morte. Da Urgência ao Ato Analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

_____. A história da Psicologia Hospitalar. *Diálogos: Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília v. 3, n. 4, 10-16 dez. 2006.

OUTEIRAL, José; GODOY, Luciana. *Desamparo e Trauma: Transferência e Contratransferência*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

RACKER, Heinrich. *Estudos sobre a Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

RUDGE, Ana Maria. Trauma e Temporalidade. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 4, n. 4, p.111-112, dez.2003.

PINHEIRO, Nadja Nara; VILHENA, Junia. De Paciente a Sujeito: A difícil passagem do público para o privado. Reflexões sobre o atendimento psicanalítico em ambientes hospitalares. *Revista Vivências: Revista da Universidade do Rio Grande do Norte*, Natal, n. 30, p 89-99, agosto, 2007.

SAMPAIO, A.. *Patologias Psiquiátricas mais freqüentes em U.T.I.*, em Psiquiatria e Medicina Interna. São Paulo: HCFMUSP, 1988.

TEIXEIRA, E. *As Três preocupações com trabalhos acadêmicos*. Regras atualizadas da ABNT. Belém: UNAMA, 2002.

VILHENA, Junia de; SANTOS, A. Quem cala consente. *Psyche: Revista de Estudos Psicanalíticos*, São Paulo, v. 4, n. 5, p 157-182, 2000.

APÊNDICE

ANEXO I-TERMO DE CONSENTIMENTO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada *Desamparo, Transferência e Hospitalização em Centro de Terapia Intensiva* que, tem por finalidade, investigar a o sentimento de desamparo e o sofrimento psíquico dos pacientes internados em Centro de Tratamento Intensivo do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Esta pesquisa faz parte do projeto *Tratamento Psicológico em Hospital Geral: Contribuições da Clínica da Melancolia e dos Estados Depressivos*, realizado no HUIBB desde 2003, coordenado pela Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira.

Você já está em tratamento conosco e conhece o modo como trabalhamos. Nesta pesquisa o procedimento continuará o mesmo, usaremos apenas o diálogo, a conversação que você está acostumado a manter conosco, que tem a duração aproximada de 20 a 45 minutos e acontece de duas a três vezes por semana.

Você pode participar desta pesquisa se consentir que as observações que temos de seu tratamento psicológico possam ser usadas para escrever trabalhos que venham a ser apresentados nos meios científicos, em congressos, revistas e livros. Neste caso, seu nome jamais será revelado, assim como nenhuma informação que permita identificá-lo.

Você estará contribuindo para o avanço dos estudos relacionados ao sofrimento psíquico dos pacientes com graves enfermidades no CTI, cujos resultados podem proporcionar melhoria no ambiente e humanização do hospital, bem como, contribuir para melhor compreensão dos estados psicológicos e psicopatológicos da subjetividade humana na instituição hospitalar, e debates sobre os dispositivos clínicos no Hospital Geral.

Caso você esteja de acordo assinie abaixo. Mas se não quiser participar da pesquisa seu tratamento continuará a ser conduzido do mesmo modo como tem sido até esta data e, com a mesma qualidade dos demais participantes deste estudo.

Belém, ___/___/___

Assinatura do usuário

Assinatura da Coordenadora / Pesquisadora

Prof^a. Elizabeth Samuel Levy

Fone: (91)32836110 – (91) 91126370

Hospital Universitário João de Barros Barreto - Serviço de Psicologia Clínica e Hospitalar.

Rua dos Mundurucus, 4487-Guamá- Belém- Pará CEP 66 073 000