

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**

Luciana Filgueiras Hourí

**FANTASIAS DE TRANSPLANTE:  
o psicanalista na clínica de transplante de órgãos**

Belo Horizonte  
2014

Luciana Filgueiras Houri

**FANTASIAS DE TRANSPLANTE:  
o psicanalista na clínica de transplante de órgãos**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Profa. Dra. Cassandra Pereira França

Belo Horizonte  
2014

Luciana Filgueiras Hourí

**FANTASIAS DE TRANSPLANTE:  
o psicanalista na clínica de transplante de órgãos**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Profa. Dra. Cassandra Pereira França

---

Cassandra Pereira França (orientadora) – UFMG

---

Riva Satovschi Schwartzman – UFMG

---

Glauco Batista – Santa Casa de Belo Horizonte

Belo Horizonte, 26 de maio de 2014.

*Ao meu amor,  
que este trabalho nos ajude a realizar o nosso futuro.*

## **AGRADECIMENTOS**

A todos que contribuíram para a realização deste trabalho, deixo expresso aqui a minha gratidão.

À Professora Cassandra pela rica contribuição nas orientações e pelos incentivos que tornaram esta monografia possível.

Ao meu amor, que nestes treze anos de parceria, sempre se mostrou ao meu lado, me apoiando em cada etapa da minha vida.

Ao meu pai pelo amor incondicional, suporte e incentivos constantes para o meu crescimento profissional.

À Nina pela luz que trouxe em nossas vida através do seu amor e alegria contagiante.

À minha querida Daisy, que sempre estará viva em minha memória.

À Loliza pela doçura como entrou em nossas vidas, com seu carinho e apoio.

A todos os professores do curso de Especialização em Teoria Psicanalítica da UFMG que trouxeram uma contribuição ímpar para minha qualificação profissional e para o desenvolvimento desta monografia.

Aos amigos e colegas, pelo carinho e torcida.

## RESUMO

A presente monografia pretende apontar a possível contribuição da psicanálise para a clínica de transplante de órgãos e tecidos, mostrando a importância da tarefa do psicanalista ao escutar as angústias daqueles que se submetem ao transplante, uma vez que o incentivo à verbalização da experiência através da associação livre, e a elaboração das questões subjetivas, irá favorecer a integração da relação equipe-paciente-família e o sucesso do tratamento. Partindo da experiência da autora como psicóloga da Clínica de Transplantes de Órgãos e Tecidos da Santa Casa de Belo Horizonte, foram estabelecidas duas fases de investigação bibliográfica, apresentadas nos capítulos desta monografia, a saber: uma discussão sobre a atuação profissional e as fantasias envolvidas nesta clínica específica, e um estudo sobre o conceito de realidade psíquica e fantasia em Freud. Tal temática ganhou destaque neste estudo pelo fato das fantasias representarem uma espécie de rota de fuga, que tanto pode colocar a perder todo o processo do transplante, quanto transformar o insuportável da experiência enigmática em uma realidade mais tolerável para o sujeito.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Hospital. Transplante de órgãos. Fantasia.

## **ABSTRACT**

This monograph is intended to show the possible contribution of psychoanalysis to the transplantation of organs and tissues clinic, showing the importance of the analyst task to listen to the anguish of those who undergo transplantation, since the incentive to verbalization of experience through free association, and the elaboration of subjective questions will encourage the integration of these staff-patient-family relationship and treatment success. Starting from the author's experience as a psychologist in the Transplantation of Organs and Tissues Clinic in Santa Casa de Belo Horizonte, two phases of research literature presented in chapters of this monograph, namely: a discussion on professional activity and the fantasies involved in this particular clinic, and a study on the concept of psychic reality and fantasy in Freud. This issue was highlighted in this study because the fantasies represent a kind of escape route, that can both put to waste the whole process of transplantation, as it can transform the enigmatic of the unbearable reality experience more tolerable to the subject.

**Keywords:** Psychoanalysis. Hospital. Organ transplant. Fantasy.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	8
2. O PSICANALISTA NA CLÍNICA DE TRANSPLANTES.....	11
2.1. A psicanálise no hospital.....	12
2.2. O que escuta o analista na clínica de transplante de órgãos .....	16
3. A FANTASIA EM FREUD .....	27
3.1. A noção de realidade para a psicanálise .....	27
3.2. A noção de fantasia na obra de Freud .....	31
4. CONCLUSÃO .....	42
REFERÊNCIAS .....	45

## 1. INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema desta pesquisa surgiu a partir do trabalho desenvolvido pela pesquisadora na unidade de internação da Clínica de Transplantes de Órgãos e Tecidos da Santa Casa de Belo Horizonte, na qual atua desde 2010. Atualmente a referida instituição realiza transplantes de córnea, rim, rim-pâncreas e células hematopoiéticas (medula óssea), sendo considerada uma das principais referências desta modalidade terapêutica em Minas Gerais. A unidade de internação recebe os pacientes internados para iniciarem os preparativos pré-transplante e posteriormente para a recuperação pós-operatória, sendo também frequente a necessidade de reinternação dos pacientes por motivos diversos, tais como complicações decorrentes da cirurgia e da imunossupressão, infecções e rejeição do enxerto<sup>1</sup>. Em alguns casos especiais, nos quais é possível realizar o transplante a partir da doação de uma pessoa viva, a exemplo do transplante renal e medula óssea, a unidade também realiza a internação do doador.

O trabalho da psicóloga hospitalar na referida unidade se sustenta pela compreensão de sujeito e pelos pressupostos teóricos da psicanálise, em sua aplicabilidade ao hospital geral. A teoria psicanalítica se mostra um importante instrumento à prática clínica que permite identificar e trabalhar junto ao paciente o particular da experiência do transplante, proporcionando assim uma escuta diferenciada para os elementos que escapam ao discurso hospitalar e que apontam para o funcionamento particular do psiquismo de cada sujeito.

O tema que esta monografia pretende discutir nasce da observação recorrente na prática clínica da pesquisadora com os pacientes transplantados, que revelam nos atendimentos as fantasias por eles construídas para significar e sustentar o procedimento e, principalmente, as mudanças de vida que dele serão proporcionadas. É frequente relatos que associam o transplante a uma experiência de renascimento e de cura, contrariando diretamente os persistentes informativos médicos e chegando ao ponto de dificultar a relação com a equipe de assistência.

---

<sup>1</sup> Para auxiliar a leitura do trabalho e evitar eventuais incompreensões, é importante ressaltar que no decorrer da monografia utilizaremos a noção de “enxerto” no sentido empregado pela clínica médica, ou seja, em referência ao órgão transplantado.

Verifica-se entre estes pacientes uma idealização do transplante associada, com frequência, a fantasias psíquicas que, quando não identificadas e trabalhadas pelo psicólogo, pode desencadear transtornos psíquicos e dificuldades na aderência ao tratamento pós-operatório. Em decorrência da força dessas fantasias e da negação da realidade, é comum encontrarmos casos de depressão, conflitos familiares, transtornos de identidade e até mesmo boicote ao uso das medicações essenciais após o transplante. Deste modo, a presente pesquisa objetiva discutir as fantasias na clínica de transplante de órgãos e tecidos a fim de alcançar o que a psicanálise pode contribuir no trabalho junto a estes pacientes.

Apesar de reconhecermos que as modalidades de transplante de órgãos mereceriam discussões sobre suas dimensões particulares (uma vez que existe uma ampla variedade desses procedimentos, tais como transplantes de pele, osso, face, cardíaco, hepático, medula óssea, dentre outros), devido aos propósitos desta monografia, não iremos nos deter nas especificidades das fantasias despertadas em cada modalidade de transplante. No momento, optamos por abordar os transplantes no plural, discutindo as fantasias mais constantes em todos os casos de transplante, e que envolvem a perplexidade diante da experiência enigmática de se receber uma parte do corpo de outra pessoa. Arriscamos dizer que a clínica do transplante de órgãos é, possivelmente, dentre o conjunto de terapêuticas do hospital geral, uma das que mais mobiliza fantasias inconscientes devido ao grande impacto na vida imaginária do sujeito acometido por uma doença incurável, e que afeta, simultaneamente, o seu tempo e a sua qualidade de vida.

Diante do exposto, optou-se por realizar uma pesquisa bibliográfica por considerar a metodologia mais adequada para alcançar o objetivo proposto. Trata-se de um método que, segundo Lima e Mito (2007), se distingue dos demais por abranger uma leitura analítica rigorosa, crítica e contextualizada do tema proposto, permitindo ao pesquisador desenvolver os objetivos traçados, pinçando de sua leitura conceitos e considerações relevantes à compreensão do objeto de estudo. Marconi e Lakatos (1998) ressaltam que esse método não se resume a mera repetição do que já foi publicado sobre determinado assunto, mas supõe uma investigação capaz de propiciar conclusões inovadoras.

O transplante de órgãos e tecidos é uma modalidade terapêutica complexa que é, frequentemente, acompanhada por um discurso médico que traz em si a promessa do aumento da qualidade e da sobrevida daqueles que necessitam do

procedimento, sendo que, para muitos, representa a única chance de sobrevivência. A Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) revela que, infelizmente, o número de doações de órgãos/tecidos não acompanha o crescimento exponencial das filas de espera, o que contribui, significativamente, para o aumento da ansiedade e das fantasias daqueles que aguardam pelo transplante. Diante do exposto, a presente pesquisa pretende contribuir para a formação de profissionais interessados na atuação em clínicas de transplantes e, sobretudo, favorecer o trabalho com pacientes transplantados, ao lançar luz para o sofrimento que está além do corpo, e que escapa ao discurso terapêutico hospitalar.

## 2. O PSICANALISTA NA CLÍNICA DE TRANSPLANTES

Deve renunciar à prática da psicanálise todo analista que não conseguir alcançar, em seu horizonte, a subjetividade de sua época. (LACAN, 1953/1998, p.322).

Relatos sobre a história da inserção do trabalho do psicólogo no hospital geral sugerem que este processo se deu no final do século XIX nos Estados Unidos, aliado à área médica, através de estudos que articulavam aspectos da Neurologia, Psicologia Fisiológica e Patologia (CHIATTONE; SEBASTIANE, 1998). Passado mais de um século do seu advento, a psicologia hospitalar recebeu a influência do pós-guerra e do desenvolvimento de diversas correntes teóricas fundamentadas por diferentes concepções de sujeito.

Angerami-Camon (1994) destaca como principal objetivo da psicologia hospitalar, independente da escolha teórica do profissional, a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, o que implica em uma prática focada no tripé internação-doença-tratamento. Nesse aspecto, a ênfase recai sobre a análise das circunstâncias que permeiam a internação, tais como: distanciamento da família e dos vínculos/compromissos sociais, separação dos pertences pessoais, uniformização em relação aos demais pacientes internados (vestimenta, abordagem pessoal, etc.), submissão a regras de comportamento ou padrões de atendimento (isolamento de contato, alimentação regrada, etc.), perda da identidade pessoal (identificação do paciente através do leito ou diagnóstico), postura frequentemente passiva ou pouco participativa no estabelecimento de planos de investigação e tratamento médico, submissão a exames e intervenções por vezes invasivos, exposição do corpo, sofrimento físico e emocional intenso, defrontamento com notícias difíceis, tempo prolongado de hospitalização, dentre outros. Estas considerações permeiam o trabalho do psicólogo junto ao paciente e seus familiares, e ressaltam a importância da existência de um espaço de trabalho associado a um ideal de humanização, como efeito da atenção ao sofrimento psíquico presente no hospital.

Neste contexto, é frequente nos depararmos com a pergunta “o que pode a psicanálise no hospital?”, tendo em vista que, inicialmente, o hospital parece abranger um ambiente supostamente impróprio à sua prática em virtude da

inexistência de privacidade, do comprometimento do sigilo, do tempo de tratamento limitado ao período de internação, das constantes interrupções por parte da equipe de assistência, do fato do acompanhamento iniciar-se geralmente à iniciativa de um terceiro (pedidos de interconsulta da equipe, busca ativa ou rotina de avaliação do psicólogo) e não por demanda expressa do paciente. Frente a estas e tantas outras dificuldades, é comum encontramos profissionais afirmando ser impossível a prática psicanalítica no hospital.

Sabe-se, no entanto, que já há alguns anos a psicanálise vem extrapolando os muros do consultório, berço do seu nascimento, para adentrar em diferentes instituições a partir da sua contribuição ímpar através da escuta do sujeito do inconsciente e provocando um para além do saber do discurso vigente.

## **2.1. A psicanálise no hospital**

Em investigação sobre a inserção da clínica psicanalítica no hospital geral, Moretto (2001) afirma que este processo não ocorreu facilmente. Afinal, como inserir uma escuta para além do corpo, mas voltada para o sofrimento psíquico do sujeito, em um lugar onde prevalece o discurso médico objetivante? Apesar das dificuldades, a autora salienta que “[...] se o psicanalista encontra um lugar para se situar na casa do médico é porque, antes de mais nada, do ponto de vista do médico, há um lugar para a psicanálise na medicina” (MORETTO, 2001, p.66). O psicanalista ocupa uma posição oposta à do médico, isto porque, atento para a subjetividade do paciente, ele se volta para o ponto de exclusão do discurso médico. Isto é, o psicanalista surge no momento em que o paciente se interroga para um saber que está além do que pode ser devidamente visível e diagnosticável.

O caráter objetivo do discurso médico é incapaz de abranger o aspecto subjetivo do sofrimento do paciente. Trata-se de um discurso que estabelece a ciência como verdade, atendo-se, portando, à classificação nosológica da dor e dos sintomas através de manuais específicos e tratamentos correspondentes.

O discurso médico tem uma função silenciadora em que a fala do sujeito é ouvida para ser descartada. Os médicos prestam muito pouca atenção ao que dizem os pacientes a respeito de seus sintomas, imaginando que não podem tirar nenhum proveito disso [...] porque o discurso medido não teria como codificar o sofrimento subjetivo do sintoma, o lugar em que o sintoma ocupa no psiquismo [...]. Já o psicanalista tem um posicionamento inverso.

O seu discurso [...] promove a proliferação da fala do sujeito, pois tendo um outro referencial teórico ele sabe que essa seria, talvez em lugar dos sintomas, uma via possível de acesso do desejo. (MORETTO, 2001, p.69).

A grande reviravolta da psicanálise, proporcionada através da descoberta do inconsciente por Freud, foi evidenciar que o homem é incapaz de possuir pleno conhecimento e controle sobre si. Uma descoberta que provocou uma ferida narcísica na sociedade e aponta para um sentido absolutamente contrário à posição do discurso médico de que “tudo sabe” sobre o adoecimento do paciente. Alinhado a esta perspectiva, Moraes, Rei e Nicolau (2013) destacam que o psicanalista não pode ocupar um lugar de saber perante o sujeito que sofre, mas deve se situar como um estranho a tudo isto, tendo em mente que só assim o sujeito será porta-voz da sua singularidade. “No momento em que a medicina fosse atingida por uma falha no saber [...], a psicanálise surgiria como um apoio, um auxílio na tentativa de entender o que não poderia ser compreendido e explicado aos seus olhos” (MORAIS; REI; NICOLAU, 2013, p. 3). Somente a partir desta postura é possível alcançar os efeitos e as fantasias particulares inerentes ao sofrimento e adoecimento. Para Moretto (2001), é precisamente esse o lugar que o psicanalista deve ocupar no cenário hospitalar, na medida em que ele jamais poderá ser incluído na cena médica, mas sim na cena ligada ao sofrimento e ao desejo inconsciente de cada sujeito.

Torezan e Rosa (2003, p.86) destacam que o adoecimento e a hospitalização tem como efeito o afloramento da angústia da castração, devido à associação inconsciente com as intervenções sobre o corpo e às perdas decorrentes disto: “a angústia nesses casos é tão intensa que é capaz de promover uma desarticulação da capacidade simbólica, gerando quebras e descontinuidade nos encadeamentos significantes nos quais o sujeito está inscrito”. Segundo os autores, este tipo de situação marcou a necessidade de delimitarmos uma clínica inserida na prática analítica, a chamada clínica de urgência, cuja práxis busca recuperar o ancoramento simbólico da articulação significativa para, somente então, viabilizar a formulação de uma demanda e a possibilidade da clínica do inconsciente.

Agora que destacamos a posição que o analista deve ocupar no hospital geral, cabe discutir como se dá sua aplicabilidade clínica neste cenário. A respeito da viabilidade da psicanálise no hospital geral, Soares (1996) ressalta que as questões envolvidas no *setting* analítico, apontada pela Psicologia Hospitalar como intransponíveis, são re-significadas pela perspectiva psicanalítica como produtos de

uma cena ensurdecidora. Isto porque ela impede a expressão do sujeito e indica a necessidade de uma escuta diferenciada. Ao falarmos sobre a psicanálise aplicada ao hospital geral, estamos dizendo de:

[...] uma escuta analítica de um Sujeito Suposto Saber e de um desejo do analista que pode levar o paciente a elaborar e lidar melhor com a situação traumática vivida. O trabalho analítico é aquele que propicia a articulação significante, possibilitando o alívio da carga pulsional ao transferi-la para a cadeia significante. (SOARES, 1996, p. 58).

Entretanto, como articular os princípios da clínica psicanalítica em um *setting* tão diferenciado, onde não há qualquer esboço de privacidade, e ainda manter a transferência, condição essencial para o tratamento analítico?

Sabe-se que a utilização da escuta analítica está estreitamente associada ao manejo da transferência, considerada como pressuposto fundamental para a sua ocorrência. Isto porque quando falamos em relação paciente-analista não estamos nos referindo a uma relação qualquer, mas sim sustentada pela transferência. Esta, por sua vez, trata-se de uma noção cunhada por Freud (1915/1996) em referência aos afetos infantis revividos pelo paciente e inconscientemente projetados à figura do analista, inaugurando um momento onde o mesmo passa a ser incluído nas associações psíquicas do paciente. Apenas então é possível vislumbrar os processos psíquicos e as fantasias particulares do sujeito em análise. Deste modo, o analista, no intuito de proporcionar uma elaboração do sujeito sobre seu sintoma, torna-se capaz de intervir sobre o que foi dito ou atuado em análise. É por este motivo que a transferência é considerada o pilar do método psicanalítico e a principal via de acesso ao inconsciente.

A respeito das limitações para o estabelecimento e manejo da transferência no hospital geral, devido à especificidade do *setting* neste ambiente, é interessante observar que Freud já havia se atentado para a interferência do contexto na escuta analítica. No artigo “A dinâmica da transferência” (FREUD, 1912/1996) ele ressalta que em instituições onde o tratamento prevalecente não é o analítico, as relações transferenciais apresentam-se de formas mais intensas e variáveis. Por isto não se pode pressupor que o paciente apresentará nos primeiros contatos com o analista uma demanda de análise. No hospital, é frequente que o paciente esteja inicialmente transferido com o saber médico e, por isto, represente inicialmente o analista como

uma espécie de extensão deste profissional, ao pressupor-lhe um saber sobre aquilo que o acomete.

Ciente disto, o analista deve estar atento ao seu lugar e jamais responder à sedução de ocupar uma posição de que “tudo sabe” sobre o sofrimento do paciente.

Contudo, se o analista souber se situar no lugar de um sujeito suposto saber, o paciente, ao se dar conta de que pode ser escutado mais do que espera, pode associar livremente e, com isso, perceber que possui uma demanda de análise. [...] não será a instituição hospitalar em si que servirá de impedimento à atuação do psicanalista, pois o obstáculo será o próprio analista. (MORAIS; REI; NICOLAU, 2013, p.7).

É possível, então, que exista transferência analítica em um ambiente hospitalar? Acreditamos que sim. Segundo Moretto (2001), se o sujeito quer saber sobre si, ele irá provocar enigmas e demandar um suposto saber do analista aonde quer que ele esteja. Por isso acreditamos que as contingências que permeiam a clínica psicanalítica no hospital geral se apresentam como dificuldades, ao contrário de impedimentos para a sua prática. Através da transferência, a demanda por saber, inicialmente endereçada à representação imaginária do analista como extensão do saber médico, será transformada em enigma, isto é, em uma interrogação sobre os aspectos singulares vigentes no adoecimento e sofrimento.

Além do *setting* analítico, outra dificuldade no estabelecimento e manejo da transferência no hospital geral refere-se à limitação do tratamento ao tempo de internação. A respeito disso, Figueiredo (1997) ressalta que o tempo de análise não corresponde ao tempo cronológico, mas sim ao tempo do inconsciente. Este, por obedecer a uma lógica própria de funcionamento, trata-se de uma instância atemporal, no qual passado e presente convergem simultaneamente nas associações e representações construídas pelo paciente. Assim sendo, a atemporalidade do inconsciente favorece a escuta analítica, além de permitir que o paciente sinta os seus efeitos posteriormente à internação e produza novas construções de sentido sobre seus sintomas. Não é raro que, após a internação, o paciente procure o analista no ambulatório do hospital ou ainda em consultório particular com demandas de análise.

Neste raciocínio, a prática psicanalítica no hospital geral se mostra um instrumento singular de investigação sobre o sujeito e seu sintoma, contribuindo decisivamente para o processo de cura, uma vez obedecidos os critérios teórico-metodológicos que regem a sua práxis. A oferta da escuta e o acolhimento ao

sofrimento particular do paciente, possibilita que o mesmo re-signifique sua relação com o adoecimento através de novas construções de sentido, tendo como efeito a transformação do sintoma.

## **2.2. O que escuta o analista na clínica de transplante de órgãos**

Há séculos a medicina, preocupada em desenvolver mecanismos que possibilitem o tratamento de órgãos e tecidos com funcionamento deficitário através de outros sadios, estuda a possibilidade de troca de partes do corpo humano. O transplante de órgãos evidencia a escalada evolutiva da ciência contemporânea na promoção da sobrevivência de pacientes crônicos e terminais, nos quais o tratamento convencional já não é mais eficaz. A principal característica desta modalidade terapêutica, que a distingue dos demais procedimentos cirúrgicos, é a necessidade de um doador que opte pela transmissão gratuita de parte de seu corpo em vida ou após a morte, com o intuito de auxiliar uma pessoa em estado de sofrimento físico.

As doações em vida são restritas a parentes relacionados (até quarto grau) ou mediante autorização judicial, sendo apenas possíveis de serem doados: um rim, parte de fígado e medula óssea. Já algumas modalidades de transplantes somente são viáveis através de órgãos e tecidos provenientes de doadores falecidos, mediante consentimento familiar, tais como coração, pâncreas, pulmão, intestinos, córneas, osso e pele.

Trata-se de uma modalidade terapêutica complexa que é ofertada ao paciente depois de esgotadas todos os recursos possíveis sem, no entanto, haver retraimento da doença. Neste contexto, encontramos pacientes apresentando profundo sofrimento psíquico, com um histórico de submissão a tratamentos longos e invasivos, e confrontados com uma doença grave cuja evolução é, na maioria das vezes, fatal sem o transplante.

Antes de chegarem para a clínica, é frequente que o paciente já tenha se submetido a um longo período de tratamento (quimioterapia, hemodiálise, cirurgias diversas) para, depois de constatada a insuficiência do órgão, realizar uma extensa bateria de exames que atestem a necessidade do transplante. Após este processo, ele ainda se depara com uma chance de sobrevivência condicionada a um ato de doação, seja de um completo desconhecido ou de uma pessoa, com quem manterá

um relacionamento pelo resto de sua vida. A espera pela doação do órgão é longa e concorrida, o que também impacta no estado psicológico do paciente. Não é por acaso que encontramos pacientes e familiares tão fragilizados nesta clínica.

Somado a este contexto dramático, também é importante considerarmos que estamos nos referindo a um procedimento que intriga, assombra e mobiliza a população geral, provocando discussões acaloradas sobre morte, os limites da medicina, embates religiosos, dentre outros. O transplante e os critérios para a doação de órgãos, infelizmente, ainda são pouco conhecidos pelo público, o que incrementa temores relativos à: tráfico de órgãos, medo de mutilação do corpo entregue para velório, transmissão de características de identidade do doador para o receptor através do enxerto, julgamentos religiosos, desconhecimento sobre morte encefálica e desconfiança de atestados de óbitos que supostamente favoreçam a doação. São exemplos recorrentes que afetam diretamente a decisão por doação e lentificam ainda mais as filas de espera para transplante.

Houri e outros (2012) destacam a influência significativa de três principais fatores na decisão pela doação de órgãos: conhecimento da posição da religião, opinião do cônjuge e tempo de entrega do corpo para velório. Esses fatores são elementos importantes que permeiam o discurso social sobre o transplante e que revelam o quanto a nossa sociedade pouco conhece sobre esta temática. Vejamos algumas considerações sobre esses fatores.

A religião é considerada uma das principais influências na tomada de decisões pela doação e, apesar de nenhuma delas se posicionar de modo absolutamente contrário, o que se observa, é a escassez de campanhas de incentivo à doação de órgãos. Mas não falta apenas um posicionamento dos líderes religiosos diante da questão, infelizmente, pouco se fala sobre doação de órgãos. Provavelmente porque falar desse assunto implica em falar sobre morte, o que exige do homem um reconhecimento de sua impotência diante de sua própria finitude. Com efeito, observamos durante as abordagens para doação, que os familiares muitas vezes desconhecem o desejo do paciente em vida sobre esta questão, o que dificulta ainda mais o consentimento. Em nossa opinião, a mídia poderia dar uma imensa contribuição se ajudasse a retirar as questões que envolvem o transplante da obscuridade em que se encontra. Seria preciso difundir o que poucos sabem, como por exemplo, que a retirada de órgãos para transplante só pode ser realizada

em casos de morte encefálica<sup>2</sup>, diagnosticada em CTI, após cumprimento de um rigoroso protocolo de averiguação composto por exames específicos e complementares realizados por uma equipe composta por neurologistas e intensivistas. Após a morte encefálica, o coração mantém seus batimentos por algumas horas após a finalização do protocolo, bombeando sangue para os demais órgãos e permitindo que eles sejam aproveitados para transplante. Informações como esta são preciosas, pois é comum encontrarmos famílias temerosas com a possibilidade de tráfico e retiradas indevidas de órgãos no necrotério. Além do mais, a crença da morte relacionada à parada do coração (que simbolicamente representa os afetos, as emoções e a vida), e os rituais ligados ao corpo falecido limitam a possibilidade de adesão à doação e, posteriormente, ao transplante (FERRAZZO *et al*, 2011).

Não podemos pensar que o paciente que necessita do transplante está alheio a este contexto e à opinião pública. A ideia de doação e transplante de órgãos promove um abalo na vida imaginária dos sujeitos, sejam eles pacientes ou cidadãos comuns potenciais doadores de órgãos. Na clínica, observa-se que esta temática promove nos pacientes o despertar de fantasias inconscientes que, quando não identificadas pelo psicólogo, podem ser capazes de comprometer seriamente o processo terapêutico.

Os aspectos emocionais relacionados com os transplantes são complexos, pois envolvem dimensões frente às quais as pessoas não estão adaptadas e não foram preparadas socialmente para vivenciar. Esses aspectos podem variar muito de um tipo de transplante a outro, pois as situações não são homogêneas; vão depender do tipo de órgão transplantado e também do doador, vivo ou morto. Tomemos como exemplo a questão da doação de órgãos. É somente pela doação que as cirurgias de transplantes podem se concretizar. Entretanto, constitui-se ato polêmico no contexto social, visto nos remeter a intensos debates éticos. (CASTRO; FONSECA; CASTRO, 2000, p.434).

Deste modo, o psicanalista na clínica de transplantes deve ser capaz de abordar esta terapêutica em sua totalidade: paciente, doador, suas respectivas famílias e a sociedade à qual pertencem. É fundamental que ele escute e identifique o funcionamento psíquico do paciente, família e, em alguns casos, o doador, estando também atento para as influências do discurso social do grupo a que

---

<sup>2</sup> A morte encefálica é atualmente considerada a definição de morte pelo Conselho Federal de Medicina, por abranger a perda completa e permanente de todas as funções neurológicas.

pertencem. O sucesso do transplante pode ficar comprometido se também não nos preocuparmos com o discurso social, pois ele será determinante no momento de autorizar uma doação ou de decidir em recebê-la. O psicólogo nesta clínica possui uma função primorosa ao visar a elaboração das questões subjetivas envolvidas no processo, favorecendo a integração da relação equipe-paciente-família e o sucesso do tratamento.

Castro, Fonseca e Castro (2000) destacam a doação de órgãos como um dos principais pontos que mobilizam angústia no paciente submetido a este procedimento. Isto porque é amplamente conhecido que todos nós realizamos uma representação imaginária particular do corpo em consonância com os nossos ideais e a formação do ego. Quando falamos em doação para transplante, não nos referimos a um objeto qualquer, mas sim a uma parte do corpo. Submeter-se a tal intervenção cirúrgica coloca o sujeito frente a sua própria finitude, isto é, à certeza inevitável da morte.

O corpo torna-se palco da finitude e da mortalidade do homem, é prova da desintegração ao ser aberto, partido e distribuído para outros corpos. Daí os mais variados temores, angustias e ambivalências frente à doação: medos relacionados com o destino dos órgãos, bem como fantasias de cunho religioso. (CASTRO; FONSECA; CASTRO, 2000, p. 434).

Embora os pacientes à espera pelo transplante anseiem pela doação de um órgão, recebê-lo não é tarefa fácil. Isto porque estamos falando de um ato que irá mudar a vida do paciente, proporcionando sua sobrevivência e melhoria da qualidade de vida. Deste modo, a figura do doador passará a permear a vida psíquica do paciente a partir do transplante. Nos casos de doadores falecidos, a lei é clara ao proibir que qualquer informação sobre a sua identidade e de sua família seja transmitida ao paciente, à exceção do sexo, idade e condições clínicas do órgão. Entretanto, a ausência da presença física do doador não o faz menos presente na vida do paciente transplantado. Ao contrário, o doador morto está constantemente presente na vida imaginária do paciente. É frequente que o paciente necessite de atribuir um sentido através de uma significação imaginária sobre quem foi o doador em vida ou o que levou a família a decidir pela doação, uma vez que estamos nos referindo a um ato transformador de sua vida.

A respeito do doador falecido, é comum encontrarmos os pacientes ansiosos por realizarem este tipo de transplante, seja para preservarem alguma pessoa viva

de fazê-lo ou por não lhe restarem alternativa, como a exemplo de casos de transplantes cardíacos. Porém, este desejo tem um preço na vida psíquica do paciente. Desejar a doação de um órgão se associa a um desejo pela morte de um desconhecido o que, por vezes, gera um dilema entre a expectativa de doação e o sentimento de culpa ou dívida irreparável. Em determinadas épocas do ano, como feriados prolongados (carnaval, semana santa, férias), onde aumentam os índices de mortalidade por trauma crânio-encefálico, não é raro encontrarmos pacientes cheios de expectativas para serem selecionados para transplante. No entanto, a ação da censura e a moral irão cobrar um preço alto por este desejo. Simbolicamente, o doador falecido irá possuir mais força na vida psíquica do paciente do que teria a presença física do doador. Para suportar os efeitos da presença imaginária do doador, o paciente possui apenas como recurso psíquico, a possibilidade de exprimir na clínica suas fantasias a esse respeito (FILHO, 1992).

Ciente disso, a psicologia pode atuar neste momento através do acompanhamento individual ou em grupos terapêuticos com o objetivo de favorecer a elaboração da relação do paciente com o doador e, assim, evitar o desencadeamento de transtornos psíquicos, passagens ao ato ou até mesmo esquiva do procedimento. A escuta analítica pode oferecer uma contribuição ímpar neste contexto, uma vez que permite que o paciente fale livremente sobre seus conflitos e expresse as fantasias inconscientes associadas ao transplante e doador. Deste modo, o analista poderá intervir a partir dos significantes ofertados e manejar, sobre o registro da transferência, os recursos simbólicos que o sujeito dispõe para elaborar esta experiência.

Nos casos de transplantes intervivos, onde a doação se dá a partir de um ato voluntário e gratuito de uma pessoa conhecida relacionada (parente de até quarto grau) ou não (autorização mediante avaliação judicial), o paciente manterá uma relação com o agente da doação que, por sua vez, não escapará dos efeitos deste ato. Apesar da legislação brasileira de transplante determinar a gratuidade da doação, no sentido de impedir qualquer tentativa de comércio de órgãos, vê-se que ela é incapaz de impedir seus efeitos subjetivos. É frequente encontrarmos relatos de sentimentos de uma dívida impagável em relação ao doador vivo. Alguns pacientes, por não suportarem esta "dívida", podem desencadear transtornos psíquicos e conflitos no sistema familiar/social, acompanhados por intenso sentimento de culpa.

É fundamental que o psicanalista esteja atento para a relação que o paciente estabelece com o seu doador, auxiliando-o a elaborar as fantasias em relação a ele e evitando que se torne refém dos transtornos causados por sua própria vida psíquica.

Biologicamente falando, há uma reação imunológica básica de estranhamento do corpo com todo e qualquer organismo que nele entra, seja um órgão, um tecido, uma bactéria, um vírus, etc. Para que um transplante seja efetivado, é necessário a realização de exames rigorosos responsáveis para avaliação do nível de compatibilidade genético-imunológica entre doador e receptor. Apesar da reação natural do corpo de rejeição a tudo aquilo que não lhe é original, caso haja compatibilidade adequada, esta rejeição pode ser controlada através de medicações imunossupressoras específicas. Deste modo, ainda que o transplante seja bem sucedido, o paciente se vê constantemente confrontado com um órgão “estranho”, que não lhe é natural e que necessita de cuidados diários (dieta regrada, medicação controlada) para que não coloque todo o processo a perder.

Pessoas saudáveis não vivem seu dia-a-dia pensando que possuem rins, coração, baço, fígado, etc. Já um paciente, a espera pelo transplante, pensa intensamente em seus órgãos. O estado de degradação física e a doença o forçam a isso e, às vezes, sua saúde é tão precária que tanto a percepção de seu corpo quanto as representações são alteradas.

Normalmente, o corpo nos é familiar, mesmo sendo ainda um pouco estranho. Na doença, esse processo se radicaliza e o corpo torna-se estranho de uma forma inquietante, na sua própria familiaridade. É um outro corpo, quase o corpo de outro, mesmo que íntimo para o sujeito. O órgão que sofre, ou sua representação, passa a ter um forte investimento por parte da pessoa. [...] Uma doença grave questiona as referências que organizam a vida do indivíduo, seu desejo e sua identidade. (CASTRO; FONSECA; CASTRO, 2000, p. 436).

A falência da função de um órgão leva o sujeito a se deparar com um furo no seu narcisismo, com a morte e a perda de suas referências vitais. Como efeito deste encontro insuportável para o sujeito, surgirão rotas de fuga que irão sustentar a criação de fantasias que auxiliarão o sujeito a dar conta de todo o processo do transplante: a espera pelo órgão, a intervenção cirúrgica, a hospitalização e as mudanças de vida que dele decorrerão. Trata-se da formação de uma realidade imaginária que tem como função primordial auxiliar o sujeito a lidar com o trauma

psíquico causado pelo adoecimento e tratamento. Estas fantasias expressam a ação de mecanismos de defesa inconscientes, tais como a regressão, negação e recalque, e são atravessadas por sentimentos como medo da morte, culpa, gratidão e dívida pela doação. Não é por acaso que o acompanhamento psicológico é reconhecido e assegurado por lei<sup>3</sup>, sendo sistematicamente solicitado pela maioria das equipes de transplante.

O paciente em processo de transplante de órgãos recebe acompanhamento psicológico em três fases distintas. A primeira, chamada de pré-transplante, consiste em uma fase inaugural destinada ao preparo clínico, psíquico e social do paciente, enquanto aguarda a doação de um órgão compatível. Neste momento o psicanalista escuta a representação que o sujeito faz de sua doença e do transplante, as angústias envolvidas, os mecanismos de defesa inconscientes em ação, as fantasias associadas ao procedimento e as mudanças de vida que estão por acontecer. O acompanhamento nesta fase inicial mostra-se imprescindível ao sujeito face às exigências do transplante.

É comum encontrarmos pacientes em situações de bastante angústia nesta fase, por temerem o enfrentamento de uma situação desconhecida e, ao mesmo tempo, paradoxal, tendo em vista que muitos expressam simultaneamente seu desejo pelo procedimento e o sentimento de uma escolha forçada, já que se trata de um contexto de vida e morte.

A angústia gerada pode fazer com que o paciente opte inconscientemente por uma das alternativas e se posicione como aquele que não resistirá à cirurgia (a morte) ou aquele que se tornará mais saudável do que antes, inclusive mais feliz. (CASTRO; FONSECA; CASTRO, 2000, p. 439).

A respeito do impacto na vida imaginária do sujeito no pré-transplante, é interessante observar que a angústia, ao mesmo tempo em que é capaz de abalar a

---

<sup>3</sup> Portaria nº 2.933, de 27 de setembro de 2010: Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, o Programa Nacional de Qualificação para a Doação de Órgãos e de Tecidos para Transplantes – QUALIDOTT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Portaria nº 931 de 2 de maio de 2006: Aprova o Regulamento Técnico para Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Portaria nº 2042 de 11 de outubro de 1996: estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Portaria nº 44 de 10 de janeiro de 2001: aprova e regulamenta no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Portaria nº 3.432 de 12 de agosto de 1998: estabelece os critérios de classificação e cadastramento de Unidades de Terapia Intensiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Portaria nº 1.752 de 23 de setembro de 2005: determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

cadeia simbólica e os encadeamentos significantes, também atua como motor para a criação de fantasias que podem comprometer todo o processo terapêutico. Alguns pacientes, em clara negação da evolução clínica da doença, fantasiam que sua condição ficará estagnada. Trata-se de uma esperança idealizada que pode configurar fantasias de cura. Infelizmente, muitos pacientes, por temerem um parecer negativo no pré-transplante, procuram omitir seus medos e angústias do psicólogo, limitando-se a dizer aquilo que supostamente acreditam que ele queira ouvir. Acreditamos que isto se deve ao fato de que o paciente é submetido nesta fase a uma infinidade de consultas que visam avaliar seus aspectos clínicos, sociais, nutricionais e também psicológicos, que podem comprometer sua indicação para o procedimento. Embora não encontramos formalizados na literatura atual e na legislação vigente critérios específicos de contra-indicação psicológica ao transplante de órgãos e tecidos, a psicologia possui um papel de destaque no trabalho, uma vez que a equipe multidisciplinar na avaliação e preparação prévia à intervenção cirúrgica pode atuar decisivamente na continuidade do processo. A respeito da avaliação psicológica, Castro, Fonseca e Castro (2000) destacam que ela busca conhecer as representações que o sujeito estabelece sobre seu adoecimento e transplante, sua relação com o doador, seu esquema psíquico, imagem corporal, bem como seu sistema familiar e social.

Na avaliação psicológica, a técnica empregada pode abranger entrevistas específicas, testes psicológicos, atendimentos ou acompanhamentos terapêuticos. O paciente, ciente da diversidade de avaliações prévias a que deve se submeter, toma o psicólogo como mais um avaliador, porém logo reconhece a capacidade do profissional para acessar as suas angústias, temores e conflitos íntimos. Sabemos que não é fácil para o paciente se abrir emocionalmente, se atribui ao psicólogo o poder de um parecer negativo para o transplante. Por este motivo é comum encontramos pacientes introspectivos, calados, negando a própria morte e a morte do outro. Diante da precariedade simbólica, não é raro identificarmos as fantasias e representações envolvidas através das atuações, como por exemplo, o abandono das consultas para avaliações pré-transplante ou os tratamentos basais para a doença. Mas, essa postura pode, ou não, ser transformada ao longo do pré-transplante. Aos poucos o paciente vai se conscientizando que o espaço proporcionado pela escuta vai além de uma avaliação psicológica, é algo que permite a elaboração dos medos e das fantasias. Assim, mediante o

estabelecimento da transferência e início do processo de elaboração subjetiva, podemos até ser colocados na função de analista.

A escuta da angústia, o incentivo à verbalização e à associação livre são fundamentais para que o paciente possa re-significar o transplante e melhor compreender o procedimento. Após a realização do transplante o paciente geralmente apresenta mais disposição para expor suas fantasias de culpa em relação à morte do doador e sua idealização de cura. Estamos na segunda fase do transplante, mais conhecida como pós-transplante imediato, que compreende o momento de realização da cirurgia e internação hospitalar pós-cirúrgica. Passado o tempo de espera pelo órgão, o paciente transplantado demonstra um rebaixamento das defesas inconscientes e se mostra mais aberto para o analista, relatando sua experiência com sentimento de alívio e satisfação.

O período de internação é, com frequência, vivenciado pelo paciente com euforia e ansiedade. Em análise, observamos que muitos pacientes fantasiam o transplante como uma espécie de troca de órgãos, onde houve a substituição de um órgão deficiente por outro saudável. O medo de complicações no pós-transplante imediato parece ser a única preocupação do sujeito. Neste contexto também é bastante comum encontrarmos uma intensificação da religiosidade, associada à fantasia de que estão curados e negação da possibilidade rejeição do enxerto. A figura onipotente de Deus contrasta com a castração da medicina e das equipes de assistências. Relatos como: “Para Deus tudo pode” (sic), “Primeiro Deus, depois os médicos” (sic), “Estou aqui porque Deus quis” (sic)<sup>4</sup>, revelam a onipotência de uma instância que detém o poder de vida e morte sobre o sujeito, sendo capaz de assegurar o seu ideal de cura.

Os impactos na vida imaginária do paciente observados nesta fase estão alinhados com suas vivências e seu preparo psíquico no período pré-operatório. Ainda assim, é comum encontrarmos nesta fase: pacientes ansiosos pela alta hospitalar, acompanhamentos sistemáticos da evolução clínica, chamados constantes e insistentes pela equipe de assistência, e negação de qualquer possibilidade de rejeição do enxerto. Ao atendimento, relatam novos projetos para a vida futura, sensação de renascimento e alívio profundo. Tais relatos estão frequentemente associados a fantasias inconscientes de que estão curados.

---

<sup>4</sup> Excertos de falas de pacientes recolhidos ao longo do trabalho com pacientes da Clínica de Transplantes de Órgãos e Tecidos da Santa Casa de Belo Horizonte.

A terceira e última fase do acompanhamento psicológico na clínica de transplantes corresponde ao pós-operatório tardio, no qual o paciente realiza consultas médicas ambulatoriais, podendo, em alguns casos, retornar para a internação mediante complicações associadas ao transplante (como rejeição do enxerto, infecções diversas, reações à medicação, dentre outros).

O retorno ao ambiente social e familiar é particularmente delicado para estes pacientes. Isto porque eles vão ter suas fantasias confrontadas com um novo modo de vida, ao qual deverão se adaptar. Trata-se de um choque de realidade muitas vezes traumático e ameaçador para a vida psíquica do sujeito. Pacientes que apresentam fantasias de cura por vezes se tornam resistentes às consultas médicas ambulatoriais e à medicação imunossupressora (fundamental para a manutenção do transplante). Os “esquecimentos” dos remédios e das consultas desafiam os informes médicos de que o transplante não é uma cura, mas uma nova terapêutica para a doença. Com efeito, as internações hospitalares que resultam dos “esquecimentos” são vivenciadas com profunda depressão e revolta pelos pacientes, que passam a questionar a validade de tudo o que vivenciaram.

Encontramos [...] uma certa insatisfação nos pacientes que esperavam ficar “curados”, que o transplante iria resolver tudo e que eles deixariam esse estatuto de doentes. Algumas vezes, a recuperação é tão rápida [...] que os pacientes, atendendo talvez a um desejo inconsciente de apagar a experiência vivida da doença e da cirurgia, deixam de tomar os medicamentos e/ou de comparecer aos controles e exames médicos; geralmente iniciando daí um processo de rejeição, com interrupção brusca das atividades por uma nova hospitalização. Esta última particularmente vivenciada com frustração, culpabilidade e certo constrangimento para com as equipes assistentes. (CASTRO; FONSECA; CASTRO, 2000, p. 444).

Também encontramos nesta fase pacientes que procuram compensar as renúncias que precisaram fazer antes do transplante, tais como dieta e vida afetiva/social controladas, com comportamentos exagerados. São pacientes que nos chegam com ganho significativo de peso, uso abusivo de álcool e fumo, intensificação de conflitos familiares, vida social desregrada, dentre outros.

Preocupações em relação ao doador também são acentuadas após o transplante. A respeito disso, Moretto (2006, p.34) nos alerta que um dos grandes desafios psicológico da clínica de transplantes é o processo de incorporação do enxerto, “[...] pois lembra que os pacientes sentem-se culpados pela morte do doador, contraindo um débito que não vão pagar e desenvolvendo fantasias de que

herdaram as características do doador”. A autora ressalta que o sucesso do transplante depende da integração do órgão, e que esta depende do processo psíquico de incorporação e suas respectivas fantasias, sendo também influenciadas pelo luto da perda do órgão doente.

O órgão e seu doador podem motivar inúmeras fantasias inconscientes: “Como foi que ele morreu?” (sic), “Meu transplante está indo tão bem... tenho certeza que o meu doador foi uma pessoa boa, pra ter cuidado tão bem dele” (sic), “A família dele (doador) foi tão boa! Vou fazer valer a pena, por eles!” (sic)<sup>5</sup>. As fantasias engendradas pelos pacientes expressam todo o sentimento de culpa relacionada ao transplante, pois percebemos que eles não se esquecem do doador. “O órgão transplantado torna-se, então, uma doação de morte e uma culpa de vida” (CASTRO; FONSECA; CASTRO, 2000, p. 444).

As fantasias que permeiam a clínica de transplantes revelam a complexidade desta clínica e nos chamam a atenção para a singularidade desta experiência para cada um que a ela se submete. Elas revelam as angústias de um sujeito que se vê confrontado com a morte e com os mistérios de um procedimento tão complexo e polêmico. Uma terapêutica que nada pode prometer e cujo próprio futuro para o paciente é uma interrogativa, pois a rejeição é uma possibilidade que sempre acompanha o paciente transplantado, cujo último desejo é reviver sua história anterior ao procedimento.

Neste contexto, ao mesmo tempo em que a doação de órgãos é fundamental para a sobrevivência do paciente, paralelamente a escuta terapêutica também é imprescindível para a vida psíquica, pois as fantasias contêm o que há de essencial para que o paciente possa significar os enigmas insuportáveis mobilizados pelo adoecimento e transplante.

---

<sup>5</sup> Excertos de falas de pacientes recolhidos ao longo do trabalho com pacientes da Clínica de Transplantes de Órgãos e Tecidos da Santa Casa de Belo Horizonte.

### 3. A FANTASIA EM FREUD

Freud (1895/1996) havia observado, logo no surgimento da psicanálise, em “Projeto para uma psicologia científica”, a existência de uma realidade psíquica única para cada sujeito (*Realitat*, em alemão). No que interessa a esta pesquisa, constata-se, em “A interpretação dos sonhos” (FREUD, 1900/1996), que o autor vincula a noção de desejo inconsciente estreita e exclusivamente à *Realitat*. Importa para ele a realidade própria do sujeito, morada do desejo inconsciente, que, por sua vez, é passível de ser traduzido na experiência analítica através das tramas discursivas: “a fantasia inconsciente passou a ser considerada como o caminho mais direto de aproximação da realidade, isto é, [...] daquilo que Freud designava como realidade psíquica, *Realitat*” (NICÉAS, 2010, p.87).

#### 3.1. A noção de realidade para a psicanálise

Há uma estreita relação entre as fantasias e os sonhos: “as fantasias também são precursoras mentais imediatas dos penosos sintomas que afligem os nossos pacientes [...]. Nossos sonhos noturnos nada mais são do que fantasias dessa espécie, como podemos demonstrar pela interpretação de sonhos” (FREUD, 1908/1996, p.139). As fantasias inconscientes seriam responsáveis tanto por construir os sonhos como a relação do sujeito com a vida em vigília, isto é, sua realidade psíquica. Durante a vigília, o sujeito aliena-se na fantasia para se esquivar do desprazer provocado pela ausência do objeto. Entretanto, o “pouco de realidade” possibilitado pela tela da fantasia não substitui completamente a satisfação uma vez alcançada com o objeto perdido, fazendo com que ela permaneça como fonte de sofrimento para o sujeito.

Anos após a publicação de “A interpretação dos sonhos”, Freud retoma sua teoria dos sonhos em “Cinco lições de psicanálise”, onde permanece propondo o método da interpretação como forma de “conduzir à consciência o material psíquico patogênico, dando fim desse modo aos padecimentos ocasionados pela produção dos sintomas de substituição” (FREUD, 1910/1996, p.51).

Não se esqueçam de que se nossas elaborações oníricas noturnas mostram de um lado a maior semelhança externa e o mais íntimo parentesco com as criações da alienação mental, são, do outro lado, compatíveis com a mais perfeita saúde na vida desperta. Não é nenhum paradoxo afirmar que quem fica admirado ante essas alucinações, delírios ou mudanças de caráter que podemos chamar 'normais', sem procurar explicá-los, não tem a menos probabilidade de compreender, senão como qualquer leigo, as formações anormais dos estados psíquicos patológicos. (FREUD, 1910/1996, p.47, grifo nosso).

Freud formaliza a noção de realidade psíquica ao constatar a existência de um estado primitivo na formação do sujeito, marcado por uma experiência de satisfação real e pela entrada no mundo social. A entrada de um terceiro elemento na relação mãe-criança traz a perda do objeto de satisfação original que, por sua vez, seria elevado à categoria de imagem. Segundo Freud (1900/1996), tal imagem adquirirá valor ímpar na constituição do desejo de cada sujeito e determinará suas formas de relação com a realidade objetiva. Ela será constantemente reinvestida pelo desejo e estará presente em todas as relações objetais.

Para Maia (2010, p.94), Freud propõe o conceito de realização alucinatória do desejo em termos de identidade de percepção: “a congruência entre a imagem alucinada, pois produzida na ausência do objeto, e a imagem perceptiva do objeto que outrora produziu satisfação”. A primeira realidade do sujeito seria imaginária, ou utilizando a terminologia freudiana, alucinatória. O uso do símbolo advém como consequência do assentimento à impossibilidade de acesso ao objeto original e sua passagem ao plano imaginário: “[...] é a criação do símbolo como efeito da perda do objeto real, que permitirá evocar, daí em diante, o objeto sobre um fundo de ausência, como ele diz” (NICÉAS, 2010, p.90) Essa criação simbólica, que permite presentificar o objeto perdido através de um símbolo que o represente, não é nada mais do que uma forma de satisfação pela fantasia.

[...] quem compreende a mente humana sabe que nada é tão difícil para o homem quanto abdicar de um prazer que já experimentou. Na realidade, nunca renunciamos a nada; apenas trocamos uma coisa por outra. O que parece ser uma renúncia é, na verdade, a formação de um substituto ou sub-rogado. Da mesma forma, a criança em crescimento, quando pára de brincar, só abdica do elo com os objetos reais; em vez de brincar, ela agora fantasia. (FREUD, 1908/1996, p.136).

Para o pai da psicanálise, a realidade que nos interessa não é determinada pela existência material do objeto: “que exista uma imagem dele basta para que

possamos reconhecê-lo” (NICÉAS, 2010, p.90). Ela estaria no reconhecimento fantasmático do objeto feito pelo inconsciente.

Em “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental”, Freud (1911/1996) distingue dois mecanismos na vida psíquica: o princípio do prazer, caracterizado como uma exigência pulsional poderosa, que visa sua realização, e o princípio da realidade, que surge em substituição ao primeiro, visando a regulação da satisfação. Ele esclarece que:

[...] a substituição do princípio de prazer pelo princípio de realidade não implica a deposição daquele, mas apenas sua proteção. Um prazer momentâneo, incerto quanto a seus resultados, é abandonado, mas apenas a fim de ganhar mais tarde, ao longo do novo caminho, um prazer seguro. (FREUD, 1911/1996, p. 242).

Ele destaca que o sentido de realidade é construído a partir da intervenção do princípio da realidade na exigência imperativa das moções pulsionais. Essa intervenção faz com que apenas a imagem do objeto seja investida pelo desejo, o que levará o sujeito a uma busca eterna pela satisfação perdida, para além de toda realização.

Pode-se concluir que o campo de realidade, aquela que importa para o sujeito e, por consequência, à psicanálise, não é dado a priori. Atento a isto, Lacan contribui para a discussão ao teorizar que a noção de realidade precisa ser construída pela renúncia à alucinação e à satisfação auto erótica. A partir dessa perda de gozo, o sujeito buscará na realidade algo que achará apenas em sua fantasia, advinda frente à impossibilidade de apropriação do objeto. Em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (LACAN, 1957-1958/1998), ele pontua que o campo da realidade do sujeito se sustenta pela extração do objeto a, oferecendo seu enquadre na medida em que obturado pela tela da fantasia. A realidade psíquica é, portanto, a realidade fantasmática, determinante da relação do sujeito com o mundo externo, com os objetos da realidade. Lacan segue o raciocínio de Freud quanto à distinção de tipos de realidade, ao mesmo tempo em que situa essa noção à luz de sua teoria. Destaca-se a constatação de que a realidade se define conforme a relação de cada sujeito com a linguagem. Para Lacan, não há realidade fora do discurso, sendo ela dependente da forma como se estrutura a tríade Simbólico, Imaginário e Real. A realidade psíquica é vista a partir de uma perspectiva estrutural, como uma montagem Simbólico-Imaginário construída sobre os efeitos insistentes

do Real, permitindo conceber diferentes tipos de realidade conforme as diversas formas de enlaçamentos subjetivos.

É interessante observar que tanto em Freud, como em Lacan, há uma espécie de interação entre as distintas formas de realidade. Esta interação permeia a referência sobre a distinção entre sonho e vigília, na qual se evidencia a dificuldade de se distinguir o que é sonhado do que é vivido ao acordar. Isto porque o sonho é capaz de demonstrar a verdade do desejo do sujeito, ocultada pelas defesas psíquicas durante a vigília.

A proximidade entre as produções oníricas noturnas e as elaborações na vigília deve-se tão somente à realidade psíquica. Nicéas e Maia (2010) dizem que Freud trabalha com a ideia de que as representações de realidade, a realidade psíquica, reproduz imaginariamente a percepção uma vez obtida do objeto perdido, em um tempo primitivo da constituição do sujeito.

Em “A perda da realidade na neurose e na psicose” Freud (1924/1996) afirma que a realidade objetiva é sentida como fonte de sofrimento tanto na neurose como na psicose. Em ambas, o sujeito renuncia à percepção da realidade, remodelando-a para que lhe seja mais favorável. Na psicose, o fenômeno seria de maior intensidade, já que o sujeito constrói um mundo no qual os aspectos insuportáveis do primeiro são eliminados e substituídos por outros mais adequados.

Poucos anos após a publicação de “A perda da realidade na neurose e na psicose”, Freud menciona em um breve trecho de “O mal-estar da civilização” (FREUD 1929-30/1996) a capacidade dos sujeitos de remodelar a realidade pelo delírio, a fim de atender ao desejo inconsciente:

[...] cada um de nós se comporta, sob determinado aspecto, como um paranoico, corrige algum aspecto do mundo que lhe é insuportável pela elaboração de um desejo e introduz esse delírio na realidade. Concede-se especial importância ao caso em que a tentativa de obter uma certeza de felicidade e uma proteção contra o sofrimento através de um remodelamento delirante da realidade, é efetuada em comum por um considerável número de pessoas. (FREUD, 1929-30/1996, p.88-89, grifo nosso),

Evidencia-se, portanto, que a busca pela distinção da noção de realidade tem como pano de fundo o questionamento do que se pode tomar como “verdade” em psicanálise. Se a realidade pela qual cada sujeito interpreta e se relaciona com o

mundo é fantasística, é impossível qualquer referência à verdade que não seja a do inconsciente, isto é, uma verdade única de cada indivíduo.

### **3.2. A noção de fantasia na obra de Freud**

O conceito de fantasia na obra freudiana surge repetidas vezes e em diferentes momentos comportando diversas significações: fantasias conscientes, pré-conscientes, inconscientes, devaneios diurnos, profantasias, dentre outros. Jorge (2006) delimita os anos entre 1907 e 1911 como o período da obra mais dedicado à elaboração da função e dos mecanismos envolvidos nesta atividade. Denominado de “ciclo da fantasia”, este período se inicia com a publicação de “Delírios e sonhos na Gradiva, de Jensen” (FREUD, 1907/1996) e se encerra com a escrita de “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental” (FREUD, 1911/1996), que trata da metapsicologia do conceito.

Roudinesco (1998) afirma que a noção conceitual de fantasia surgiu em detrimento do abandono da teoria da sedução e, posteriormente, com a descoberta da regência da realidade psíquica. No entanto, este termo já havia sido empregado anteriormente nos primórdios do nascimento da teoria psicanalítica. Desde os “Estudos sobre a histeria” (FREUD; BREUER, 1895/1996), quando o método catártico ainda era vigente, Freud e Breuer já evidenciavam a frequência das manifestações fantasmáticas nas crises histéricas. Neste momento, as fantasias são comparadas com sonhos diurnos inconscientes, produzidos no decorrer de estados de ausência ou hipnoides recorrentes em pacientes histéricas. Roudinesco (1998) assinala diversas cartas de Freud a Fliess que narram seu interesse pelo papel desempenhado pela vida imaginativa no adoecimento das pacientes histéricas. Dentre elas, destaca-se a carta de 2 de maio de 1897, na qual Freud levanta a hipótese que a estrutura histérica seja composta pela reprodução de algumas cenas infantis, sendo que o processo analítico deveria se guiar pelas “fantasias interpostas” a estas cenas para, então, poder alcançá-las. Poucos dias mais tarde, no Rascunho M enviado a Fliess, em parágrafo destinado à “arquitetura da histeria” Freud afirma que algumas cenas podem ser constatadas diretamente enquanto outras só o são possíveis através da análise das “fantasias erigidas à frente delas” (FREUD *apud* MASSON, 1986, p.247). Estas cenas seriam dispostas à consciência conforme a

intensidade da ação do recalçamento. Neste sentido, a fantasia consistiria em uma espécie de subproduto deste mecanismo de defesa, impedindo que o sujeito tenha acesso integral à cena insuportável.

Freud postulou em 1896, como premissa para o desenvolvimento da neurose, a ocorrência de uma sedução sexual por parte de um adulto em uma época remota da infância. Entretanto, mediante o grande número de relatos de pacientes que se diziam vítimas de investidas sexuais dos pais, ele começa a questionar a veracidade das cenas de sedução descritas em análise. Sua posição é clara na carta 69 a Fliess na qual revela não acreditar mais em sua neurótica. Porém, a forte crença de suas pacientes na real ocorrência das cenas de sedução e o evidente sofrimento vivenciado por elas, o leva a reformular sua concepção sobre o que se poderia considerar como verdade na clínica. Freud compreendeu que as cenas de sedução eram fantasias que combinam uma parcela de realidade com adulteração. Ele descobre que estas produções imaginárias são criações do sujeito que não teriam outra finalidade que não a busca por prazer. A partir dessa constatação ele passa a dirigir a atenção para a relevância das produções imaginárias na etiologia das neuroses. A análise passa a ser guiada a partir da fala do sujeito sobre aquilo que o acomete, ignorando-se a realidade material dos fatos traumáticos. O abandono da teoria da gênese da neurose na sedução sexual traumática marca o início de uma nova era na psicanálise que passa a se preocupar com o estabelecimento de uma noção conceitual teórica para as produções imaginárias manifestas em análise, em particular a fantasia.

Freud publica “A interpretação dos sonhos” (1900/1996) numa tentativa de responder às exigências da época sobre a cientificidade da psicanálise, fazendo uma analogia entre a sua teoria da fantasia com a formação dos sonhos, inerente a todo ser humano. Sustenta-se a premissa que os sonhos são uma espécie de mensagem cifrada e sua interpretação é capaz de revelar pensamentos vividos em estado de vigília associados com desejos inconscientes. Esses desejos têm origem na sexualidade infantil recalçada e permanecem ativos no inconsciente, mas necessitam de serem associados a pensamentos de vigília para poder exercer seus efeitos no sonho. Neste sentido, vemos que os desejos infantis inconscientes se constituem no âmago da formação dos sonhos.

As fantasias de desejo reveladas pela análise nos sonhos noturnos com frequência se revelam repetições ou versões modificadas de cenas da infância; por isso, em alguns casos, a fachada do sonho revela diretamente o núcleo real do sonho, distorcido pela mescla com outro material. (FREUD, 1900/1996, p.684)

Ainda em “A interpretação dos sonhos”, Freud se preocupa em distinguir a realidade material – realidade externa impossível de ser atingida em sua originalidade – e aquilo que ele chamou de pensamentos de transição e de ligação: a realidade psíquica. Esta é considerada como o núcleo do psiquismo, de onde provém o registro dos desejos inconscientes dos quais a fantasia é descrita como sua expressão máxima e mais verdadeira. Avançando alguns anos, é possível perceber que em 1917 na “Conferencia XXIII – Os caminhos da formação dos sintomas” Freud (1917/1996) encerra a problemática ao igualar a fantasia com a realidade propriamente dita e enfatiza que esta atitude é a única correta a ser adotada frente às produções mentais do sujeito em análise. “[...] as fantasias possuem realidade psíquica em contraste com a realidade material, e gradualmente aprendemos a entender que, no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva” (FREUD, 1917/1996, p.370). A estreita relação entre a fantasia e o desejo inconsciente vem atestar a importância da produção imaginária para o tratamento analítico, sendo a sua distorção o retrato da operação do recalque.

Após a publicação de “A interpretação dos sonhos”, Freud se debruça no estudo da regência da atividade imaginária na vida psíquica do sujeito e sua relação imediata com os sintomas histéricos. Interessa saber o caminho percorrido pelo desejo camuflado pela fantasia em busca de satisfação através das produções sintomáticas do sujeito. Para tal, destaca-se dentro do “ciclo áureo da fantasia” o ano de 1908 pela publicação dos artigos “Escritores criativos e devaneios” (FREUD, 1908/1996) e “Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade” (FREUD, 1908/1996), dedicados ao exame apurado de suas origens e funções. No artigo, Freud descreve os escritores criativos como sonhadores em plena luz do dia, fazendo uma analogia com a ideia desenvolvida anos atrás sobre a função dos sonhos na satisfação de um desejo inconsciente. Os poetas exemplificariam a capacidade do sujeito de evocar parcialmente seus desejos infantis recalcados numa situação que não a de sono, mas através do que ele chamou de devaneios diurnos. Neles os desejos se apresentam de forma distorcida, mas remetendo a uma vivência primitiva na qual o sujeito pode experimentar satisfação.

Para melhor desenvolver sua teoria, Freud revela que é possível encontrar desde a infância traços de atividade imaginativa, visto que não há qualquer preocupação da criança em esconder ou se envergonhar de suas produções fantasmáticas. O brincar é um claro exemplo disso. Através do brincar a criança cria um mundo próprio reajustando os elementos de seu mundo para satisfazer os seus desejos. Ela é capaz de ligar objetos e situações imaginadas às coisas visíveis e tangíveis do mundo real, sem se perder nesse trajeto. O escritor criativo faz o mesmo, ou seja, cria um mundo de fantasias com muita seriedade utilizando-se de conteúdos inconscientes latentes e, ao mesmo tempo, mantendo uma nítida distinção entre sua criação e a realidade material.

Freud considera o brincar como um trabalho psíquico onde o conteúdo essencial é a realização imaginária de um desejo sem, no entanto, estar em estado de sonho. Ele conclui que é possível alcançar uma forma parcial de realização de desejo na atividade diurna, porém o sujeito não pode utilizar o recurso da brincadeira por toda a vida. O ingressar na vida adulta implica numa renúncia do prazer obtido pelo brincar, porém “[...] nada é tão difícil para o homem do que abdicar de um prazer que já experimentou. Na realidade nunca renunciamos a nada, apenas trocamos uma coisa por outra. O que parece renúncia é, na verdade, a formação de um substituto ou sub-rogado” (FREUD, 1907/1996, p.136). Vemos, portanto, que neste momento da obra freudiana a fantasia é entendida como a herdeira do brincar infantil. “A criança em desenvolvimento quando para de brincar apenas abdica do elo com os objetos reais. Constrói castelos no ar e cria o que chamamos de *devaneios*” (FREUD, 1907/1996, p.136).

Freud reitera que a fantasia é inerente à operação do recalque, visto que a partir dele é impossível ao sujeito o alcance da satisfação plena.

Podemos partir da tese de que a pessoa feliz nunca fantasia, somente a insatisfeita. As forças motivadoras das fantasias são os desejos insatisfeitos, e toda fantasia é a realização de um desejo, uma correção da realidade insatisfatória (FREUD, 1908a/1996, p.137).

Essa atividade na vida adulta é consideravelmente mais difícil de identificar do que a brincadeira infantil, visto que nela operam forças de resistência que fazem com que o sujeito sinta-se envergonhado e procure preservá-las em seu íntimo. A sua eventual exposição provoca o mesmo efeito de embaraçamento, mas não o é

quando apresentada metaforicamente nas produções artísticas/ literárias devido ao grau de alívio da tensão proporcionado pela identificação com a obra produzida.

Freud (1908a/1996), então, relaciona o trabalho imaginário dos escritores com a atividade psíquica da fantasia. É a partir da realidade não satisfatória e inquietante que o escritor passa a sonhar acordado, numa tentativa de superar esse mal-estar imaginando a realização dos desejos infantis ocultos que um dia puderam ser experimentados livremente. Ele postula que durante o processo de criação uma experiência vivenciada no tempo presente se ligaria a uma lembrança recalçada da infância que, por sua vez, encontra correlato em um desejo inconsciente manifesto na realização de uma obra criativa em busca de satisfação. Neste sentido, a obra criativa, assim como o devaneio, também se apresenta como um substituto do brincar infantil, uma vez que o sujeito neurótico jamais abandona uma satisfação experimentada, mas a transforma em substitutos sintomáticos na tentativa de realizar um desejo primitivo.

Alguns meses após a publicação de “Escritores criativos e devaneios”, Freud permanece debruçado no exame detalhado da fantasia e desenvolve um novo artigo intitulado “Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade” (FREUD, 1908/1996), colocando-a no cerne da produção sintomática na neurose ao postulá-las como precursoras imediatas dos sintomas histéricos. Estes, por sua vez, nada mais são do que sua exteriorização através do mecanismo da conversão: “[...] os sintomas histéricos são a realização de uma fantasia inconsciente que serve à realização de um desejo” (FREUD, 1908/1996, p.152). Podemos extrair dessa passagem que a base da produção sintomática reside na vida sexual do sujeito, sendo que sua irrupção encontra-se no intervalo conciliatório de duas forças: a satisfação dos desejos primitivos paralelamente à satisfação que visa a obscuridade desta experiências.

Há dois tipos de fantasias inconscientes, aquelas que podem ter sido sempre inconscientes e aquelas que foram apenas inicialmente conscientes, mas se tornaram ocultas pela ação do recalque. Têm-se, portanto, a possibilidade de diferenciação entre dois tipos de fantasia: as fantasias essencialmente inconscientes – mais conhecidas como originárias ou primitivas – e os devaneios diurnos que passam inicialmente pela consciência, mas tem alguns de seus conteúdos prontamente recalçados.

Observa-se que Freud se detém na análise das fantasias inconscientes e constata que elas possuem íntima relação com a vida sexual do sujeito, chegando a afirmar serem idênticas à fantasia que proporcionou satisfação durante um período de masturbação.

Quando o sujeito renuncia a esse tipo de satisfação composto de masturbação e fantasia, o ato é abandonado, e a fantasia passa de consciente a inconsciente. Se não obtém outro tipo de satisfação sexual o sujeito permanece abstinente [...] estará preenchida a condição para que a fantasia inconsciente reviva e se desenvolva, começando a atuar [...] sob a forma de sintoma patológico. (FREUD, 1908/1996, p.151).

Daí Freud postula como base dos sintomas patológicos histéricos a premissa de uma fantasia inconsciente atrelada a um intenso desejo infantil urgindo por satisfação.

Em 1911 há o encerramento do ciclo áureo da fantasia com a publicação de “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico”. Jorge (2005) ressalta que é precisamente neste artigo que Freud introduz, pela primeira vez em sua obra, a oposição entre o princípio de prazer e princípio da realidade, situando a fantasia como uma ponte localizada entre as duas instâncias.

Sabe-se que o aparelho psíquico apresenta sérias dificuldades em atender integralmente as exigências do princípio da realidade na renúncia total de uma experiência prazerosa primitiva. Logo no início do artigo, Freud revela que toda a neurose sofre uma “perda da função da realidade” em maior ou menor grau, que se dá pelo advento do princípio da realidade atuando contra a realização dos desejos sexuais infantis e seu acesso integral à consciência. Com a introdução desta instância, o aparelho psíquico foi forçado a separar uma atividade de pensamento para atender exclusivamente às exigências do princípio do prazer. “Esta atividade é o fantasiar, que começa já nas brincadeiras infantis, e posteriormente, conservada como *devaneio* abandona a dependência de objetos reais” (FREUD, 1911/1996, p. 281). Em leitura do artigo, Sales (2002) afirma que Freud situa a fantasia na oposição entre objetivo e subjetivo, ou melhor, entre o princípio do prazer – que busca a satisfação por meio da atividade imaginativa – e o princípio da realidade – composto pelas restrições impostas pelo mundo externo para a vida em sociedade.

No decorrer do artigo, Freud chama a atenção dos psicanalistas para um fenômeno importante na análise das fantasias.

A característica mais estranha dos processos inconscientes (reprimidos), à qual nenhum pesquisador se pode acostumar sem o exercício de grande autodisciplina, deve-se ao seu inteiro desprezo pelo teste da realidade; eles equiparam a realidade do pensamento com a realidade externa e os desejos com sua realização – com o fato – tal como acontece automaticamente sob o domínio do antigo princípio do prazer. Daí também a dificuldade de distinguir fantasias inconscientes de lembranças que se tornaram inconscientes. (FREUD, 1911/1996, p. 285, grifo nosso)

Percebe-se que ele se atém novamente na relevância da influência da realidade psíquica na instalação da neurose. Ignorá-la significaria menosprezar a importância das fantasias na formação dos sintomas e, por consequência, contradizer a fala do sujeito sobre aquilo que o acomete.

Anos após a publicação de “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental” (FREUD, 1911/1996), em uma das conferências introdutórias publicada sob o título “Os caminhos da formação do sintoma” (FREUD, 1917/1996), Freud se dedica a esclarecer a importância da realidade psíquica no tratamento analítico e o papel das fantasias na formação dos sintomas. Nesta conferência os sintomas são definidos como um novo método de satisfação da libido produzido mediante um acordo conciliatório da oposição entre o princípio de prazer e o princípio da realidade. A libido insatisfeita é recalcada pela realidade e procura constantemente resgatar a experiência prazerosa uma vez experimentada através de outras vias, sem o reconhecimento da consciência.

Freud (1917/1996) postula que a gênese da neurose estaria na interceptação do ego na realização dos desejos libidinais. Por conseguinte, a libido irá escapar da objeção do ego refratariamente, catexizando-se em pontos de fixação resguardados no inconsciente, referente a atividades e experiências da sexualidade infantil, nas quais a libido havia encontrado satisfação. Nesta conferência, Freud redige a célebre frase sobre o movimento da libido: “(ela) era dócil somente quando a satisfação lhe acenava; mas, sob a dupla pressão da frustração externa e interna, torna-se refratária e relembra épocas anteriores e melhores” (FREUD, 1917/1996, p. 362). O sintoma surge, portanto, como a expressão de uma tentativa de realização de um desejo inconsciente, sendo múltiplas vezes distorcido a fim de que não seja reconhecido pelo ego. Entretanto sabe-se que a satisfação alcançada nunca atende completamente às exigências das pulsões sexuais. Daí a afirmativa freudiana de que os neuróticos estão ancorados regressivamente a um ponto de seu passado, no qual a libido não se privava de satisfação.

O sintoma é, portanto, a própria repetição da satisfação infantil deformado sobre a ação da censura. Esta ação lhe dota de elementos estranhos que dificultam seu reconhecimento enquanto uma tentativa inconsciente de satisfação, pois com frequência lhe auferem sentimentos de incômodo e repugnância. A análise irá se guiar a partir do relato destes sentimentos de repugnância, em outras palavras, a partir da queixa do sujeito sobre o seu sintoma. A partir daí é possível alcançar os desejos infantis às quais a libido encontra-se fixada e das quais se formam os sintomas. A surpresa é que com frequência o relato das cenas infantis não são dotados de realidade material. “[...] as experiências da infância construídas ou recordadas na análise são, às vezes, indiscutivelmente falsas e, às vezes, por igual, certamente corretas, e na maior parte dos casos são situações compostas de verdade e de falsificação” (FREUD, 1917/1996, p. 369). Novamente, chama a atenção para a realidade psíquica, visto que a análise deve ser guiada a partir da fala do sujeito sobre aquilo que o acomete.

Mas então, qual é a relação entre realidade psíquica e formação dos sintomas? Vemos que o ego humano é educado ao longo do desenvolvimento para atender as pressões do mundo externo em contraposição às exigências das pulsões sexuais. Ele é obrigado a renunciar a uma variedade de objetos e fins voltados para a satisfação sexual, mas só é capaz de fazê-lo parcialmente e ainda assim, mediante uma promessa de compensação. Para isso, Freud afirma existir uma espécie de “reserva psíquica” onde todas as fontes e métodos de obtenção de prazer estão protegidos. “[...] na atividade da fantasia os seres humanos continuam a gozar da sensação de serem livres da compulsão externa, à qual há muito tempo renunciaram, na realidade” (FREUD, 1917/1996, p.374). A fantasia se equivale a uma reserva desse tipo, protegida das pressões advindas do princípio da realidade, na qual o sujeito pode recorrer regressivamente em busca de satisfação.

Nesta conferência, Freud acrescenta um item importante para a compreensão da relação das fantasias com a formação dos sintomas ao situá-la como um estágio intermediário na retração da libido. Todos os objetos e tendências prazerosos que a libido foi forçada a abandonar por exigência do princípio da realidade, permanecem preservados nas fantasias. Basta a libido deslocar-se para a atividade imaginária que ela encontrará caminho aberto para as fixações reprimidas. A neurose vai depender da objeção do ego frente à quantidade de libido retraída em direção às fantasias. O alto grau de investimento libidinal fará com que as fantasias gritem por

realização, o que torna inevitável um conflito com o ego. A questão da formação dos sintomas na neurose é saber qual o grau de libido não utilizada uma pessoa é capaz de suportar e também a quantidade de libido que ela é capaz de desviar dos fins sexuais para o fim sublimado.

Anos após o término do ciclo áureo da fantasia, Freud permanece preocupado em detalhar aspectos relativos à origem e função dessa atividade imaginária mediante os exaustivos relatos de cenas fantasmáticas surgidas na clínica. Chama-lhe a atenção a recorrência de relatos de cenas imaginárias que apresentam o mesmo conteúdo, a saber: a observação do coito dos pais, a sedução por parte de um adulto e a ameaça de castração. Ele passa, então, a procurar explicar esta recorrência e afirma que, ainda que estes relatos não sejam dotados de realidade material, alguns de seus componentes estiveram eventualmente presentes na infância do sujeito.

Freud também constata haver vários relatos de pacientes que diziam recordar de cenas primitivas onde uma criança era vítima das agressões de um adulto. “Nada mais sei dizer sobre isso: apenas estão espancando uma criança” (FREUD, 1919/1996, p. 197), era o que lhe diziam. Em 1919, ele publica o artigo “Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais” (1919/1996) no qual analisa a fantasia de espancamento colocando-a no cerne da compreensão das relações objetais estabelecidas na vida adulta.

Observa-se a existência de uma espécie de fantasia muito primitiva provavelmente pertencente a um período preliminar da infância que, tendo sofrido com o processo de recalçamento, surge apenas como um resquício na vida imaginária. Esta fantasia já estaria relacionada com uma excitação genital, sendo o seu prazer vinculado a um sentimento de satisfação encontrado pelo escoamento da libido em atos masturbatórios. “Essa fantasia – ‘uma criança é espancada’ – era invariavelmente catexizada com um alto grau de prazer e tinha a sua descarga num ato de agradável satisfação auto-erótica” (FREUD, 1919/1996, p.196). Freud ainda considera que “essas fantasias subsistem à parte do resto do conteúdo de uma neurose e não encontram lugar adequado na sua estrutura” (FREUD, 1919/1996, p.199). Vemos que o autor se propõe a um desafio quanto à descrição teórica da instalação da fantasia de espancamento, visto que esta se apresenta como uma cena tão primitiva que só poderia ser considerada como um traço primário de perversão. A insistência em alcançar suas origens primitivas deve-se justamente à

proposta do trabalho analítico, que só pode ser considerado como tal “quando consegue remover a amnésia que oculta do adulto o seu conhecimento da infância desde o início” (FREUD, 1919/1996, p.199).

A análise do desenvolvimento das cenas de espancamento pode ser dividida em três fases. A primeira corresponde a um período muito primitivo, indicado pela escassa informação fornecida pelo paciente na sua primeira afirmação: “uma criança é espancada”. Nela, a criança, ou melhor, o objeto vítima das agressões jamais é autora da frase, mas invariavelmente uma outra criança que pode ser representada por um irmão ou irmã. Considerando que o alvo das agressões é outra criança, podemos pensar que esta fase inicial possui traços de sadismo, ainda que o autor das agressões não seja a criança e sim um adulto. Este, por sua vez, aparece inicialmente de forma indefinida, porém pouco depois sua imagem é reconhecida como o pai. Essa primeira fase da fantasia de espancamento é, portanto, representada pela frase: “o meu pai está batendo na criança”.

A passagem da primeira para a segunda fase é marcada por várias transformações.

É certo que a pessoa que bate continua a ser a mesma (isto é, o pai); mas a criança em que está batendo transformou-se em outra e torna-se, invariavelmente aquela que produz a fantasia. A fantasia é acompanhada por um alto grau de prazer e adquire, então um conteúdo significativo [...]. (FREUD, 1919/1996, p.201)

A frase representativa da segunda fase é, portanto, “estou sendo espancada pelo meu pai”, o que denota um prazer intenso de caráter masoquista. Esta é considerada por Freud a mais importante e significativa fase da fantasia já que é totalmente inconsciente para o sujeito, sem jamais ter tido alguma existência real.

Já a última fase se assemelha mais à primeira, por possuir aspectos conscientes para o sujeito. Nela, a criança aparece como um espectador da cena de agressão e não mais como objeto vítima dela. Em vez de uma criança sendo espancada, há agora várias delas. O autor não é mais o pai, passando a ser uma pessoa indeterminada tal como na primeira fase ou um substituto que represente a figura de autoridade, tal como um professor. Entretanto, a característica mais importante que diferencia esta fase das anteriores deve-se ao fato de que a fantasia passa a ser associada com uma forte excitação sexual que irá proporcionar um meio

para a excitação masturbatória. O conteúdo da cena permanece sádico, porém a satisfação alcançada atinge um caráter masoquista.

Vemos, portanto, que as fantasias de espancamento suscitadas em análise revelam as agitações vivenciadas pelo sujeito na infância em meio ao caos do conflito edipiano. Freud afirma que é neste período do amor incestuoso que a criança escolherá prematuramente um objeto. Na altura da fase fálica, os genitais já se encontram no cerne do processo de excitação sexual, porém “chega a época em que esse florescimento prematuro é estragado pela geada. Nenhum desses amores incestuosos pode evitar o destino da repressão” (FREUD, 1919/1996, p. 203). A ação do recalque irá expulsar os desejos libidinais e seus objetos de satisfação da consciência, trazendo como consequência direta da operação o sentimento de culpa.

A fantasia de espancamento é um misto de sentimento de culpa com o amor sexual. “Não é apenas o castigo pela relação genital proibida, mas também o substituto regressivo daquela relação, e dessa última fonte deriva a excitação libidinal que se liga à fantasia a partir de então, e que encontra escoamento em atos masturbatórios” (FREUD, 1919/1996, p. 206). Esta afirmação é evidenciada com clareza apenas na terceira fase do desenvolvimento, na qual a fantasia assumirá a catexia libidinal do conteúdo recalcado juntamente com o sentimento de culpa. Nela, as crianças espancadas correspondem aos substitutos da própria criança, o que já indica efetividade da operação do recalque.

Neste sentido, podemos concluir que a breve análise das principais contribuições alcançadas pela obra freudiana quanto ao papel desempenhado pela atividade fantasmática na vida psíquica do sujeito, permitem uma maior compreensão acerca da sexualidade infantil recalçada enquanto força motriz na formação dos sintomas neuróticos, fundamental para a prática analítica.

#### 4. CONCLUSÃO

A presente investigação iniciou-se a partir da discussão sobre a possibilidade de escuta analítica no hospital geral e na clínica de transplantes de órgãos e tecidos, associada ao estudo das fantasias presentes nesta clínica. Verificou-se que, embora o hospital geral apresente dificuldades ao exercício da clínica psicanalítica (pelas dificuldades no estabelecimento do *setting*, por falta de privacidade e tempo do acompanhamento limitado ao período de internação), sua prática não é apenas possível, mas também fundamental para a emergência do sujeito em seu aspecto mais singular. Bem sabemos que a psicanálise pode ocupar o lugar de porta-voz da singularidade do sujeito do inconsciente e, como tal, ser passível de adentrar nas mais diferentes instituições. Sua escuta para o desejo inconsciente e a angústia provocada pela revivência da castração, desencadeada pelo adoecimento e internação, possibilitam uma prática que vai além do discurso vigente e ruma em direção ao sofrimento psíquico.

O transplante de órgãos e tecidos é, ao nosso ver, dentre o conjunto de terapêuticas presentes no hospital geral, a que possui maior complexidade clínica e psicológica. Os pacientes que necessitam de transplantes, em sua maioria expressiva, possuem um longo histórico de submissão a tratamentos longos e invasivos, sem sucesso no retraimento da doença. O transplante lhes é então apresentado não apenas como sua última chance de recuperação, mas também uma promessa médica de melhora da qualidade de vida. Não é por acaso que escutamos os pacientes representarem esta clínica como o lugar do “tudo ou nada”, isto é, de “vida ou morte”. Não é tarefa fácil para o paciente receber um órgão, um pedaço do corpo de alguém, e se submeter a uma intervenção cirúrgica de altíssima complexidade para poder continuar vivendo.

O paciente em processo de transplante precisa enfrentar não apenas as suas próprias angústias diante de um procedimento complexo, mas também a possibilidade de receber ou não um órgão e, portanto, correr o risco de morte iminente. Tem-se aí um terreno propício para a irrupção das fantasias inconscientes. O sentimento de culpa, de uma dívida irreparável, a preocupação com as condições clínicas do doador, o medo do desconhecido, são alguns exemplos de afetos

comuns no pré-transplante, e que atuarão como motor de muitas fantasias. As fantasias erigidas pelos sujeitos revelam uma espécie de rota de fuga do inconsciente, na medida em que transformam o insuportável da experiência enigmática em uma realidade mais tolerável para o sujeito. Elas permitem a tradução simbólica de todo o processo do transplante: a espera pelo órgão, o período de avaliação, a intervenção cirúrgica, a hospitalização e as mudanças de vida que dele decorrerão. A escuta clínica dessas fantasias é fundamental para ajudar o paciente a elaborar o enigma e a perplexidade causadas pela experiência do transplante. E caso não sejam acompanhadas psicologicamente, aumenta-se o risco de que se perca toda a intervenção cirúrgica, pois no pós-transplante encontraremos relatos clínicos repletos de fantasias relacionadas a um ideal de cura, de renascimento, de troca de identidade com o doador, de religiosidade acentuada, e que podem levar ao descuido das complexas recomendações médicas pós-operatórias. Na clínica com pacientes transplantados observamos, com clareza, esta sobreposição da realidade psíquica sobre a material, fazendo com que apesar dos extensos informativos médicos, muitos pacientes negam tais prescrições por se sentirem curados ou renascidos com o transplante. Estes pacientes são vistos como loucos e geram profundo desconforto na equipe que, por não compreenderem o papel da fantasia no funcionamento psíquico, acabam questionando suas intervenções informativas e terapêuticas. Vemos que reside aí a importância da complementariedade da visão psicanalítica na psicologia hospitalar, apresentando a descoberta freudiana sobre a existência de uma realidade psíquica única para cada sujeito, e na qual reside o desejo do inconsciente. Mostrando também que a realidade psíquica contrasta com a realidade material, e que esta realidade fantasmática é que será determinante da relação que o sujeito estabelece com o mundo externo e os objetos da realidade.

O psicanalista na clínica de transplante de órgãos possui a primorosa tarefa de escutar as angústias daqueles se submetem a este processo. Entretanto, sua entrada na clínica não se dá inicialmente como psicanalista, e sim como psicólogo. É a figura do psicólogo que a equipe e o paciente encontram a princípio na clínica, por isso não é de se estranhar o pedido de intervenções terapêuticas corretivas ou avaliações sistematizadas. O lugar do psicanalista é construído aos poucos e, ainda assim, tal como ocorre nos consultórios, não são todos os pacientes que estabelecem uma transferência terapêutica ou uma demanda de análise

propriamente dita. Por isto afirmamos que ser psicanalista é uma função que o profissional poderá desempenhar conforme a acolhida e a demanda endereçada pelo paciente.

Mais do que uma preocupação com os critérios de indicação ou contra-indicação para transplante, acreditamos que o psicanalista deve se permitir escutar as questões subjetivas que permeiam todo o processo de transplante. É o paciente quem decidirá por ele, mas estará mais consciente e responsável por sua escolha quando acompanhado pelo analista. A avaliação ocorre paralelamente a este processo, em segundo plano, na medida em que o analista identifica os mecanismos psíquicos em ação para, então poder manejar com eles.

O transplante é sempre uma experiência angustiadora e enigmática. Esperamos que esta monografia provoque novas linhas de estudo que aprofundem este tema, e abram espaço para a reflexão acerca das especificidades psíquicas em cada tipo de transplante (cardíaco, hepático, medula óssea, face, etc.) e para os impactos dessas intervenções nas diferentes estruturas subjetivas (psicose, neurose e perversão). Trata-se de uma clínica nova, ainda pouco presente nos hospitais gerais, mas que indica que há carência de profissionais qualificados para a crescente demanda de escuta analítica dos pacientes que se encontram neste processo. Deste modo, a inserção da psicanálise na clínica de transplantes de órgãos e tecidos provoca um novo olhar para além da reabilitação física, mas também da vida psíquica e afetiva.

## REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V. **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira, 1994.

CASTRO, E. E. C; FONSECA, M. A. A; CASTRO, J. O. Dimensões psicológicas e psiquiátricas. In: PEREIRA, W. A. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

CHIATTONE, H. B.; SEBASTIANI, R. W. **Introdução à psicologia hospitalar**. São Paulo: Nêmeton, 1998.

FERRAZZO, S.; VARGAS, M. A. O.; MANCIA, J. R.; RAMOS, F. R. S. Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem**, Santa Maria, set-dez. 2011, p. 449-460. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2790/2410>>. Acesso em: 04 mar. 2014

FILHO, J. M. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

FREUD, S. A dinâmica da transferência (1912). In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII. p. 107-120.

FREUD, S. A interpretação dos sonhos (I) (1900). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IV. p. 39-735.

FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX. p. 205-209.

FREUD, S. Cinco lições de psicanálise (1910). In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XI. p. 17-66.

FREUD, S. Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas (1917). In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVI. p. 361-378.

FREUD, S. Delírios e sonhos na Gradiva, de Jensen (1907). In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IX. p. 15-88.

FREUD, S. Escritores criativos e devaneio (1908a). In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IX. p. 145-158.

FREUD, S. Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade (1908b). In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IX. p. 147-157.

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental (1911). In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.XII. p.233-246.

FREUD, S. O mal-estar na civilização (1929-1930). In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996. v.XXI. p.67-148.

FREUD, S. Observações sobre o amor transferencial (1915). In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII. p. 208-221

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica (1895). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I. p. 335-346.

FREUD, S. Uma criança é espancada (1919). In: FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVII. p. 193-218.

HOURI, L. F. et al. Intentionality of organ/tissues donation for transplantation within a brazilian hospital complex. **Transplantation proceedings**, New York, n. 44, 2012, p. 2272-2275.

JORGE, M. A. C. **A travessia da fantasia na neurose e na perversão. Estudos de Psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 29, set. 2006, p. 29-38.

JORGE, M. A. C. As quatro dimensões do despertar: sonho, fantasia, delírio, ilusão. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. III, n. 2, jul/dez. 2005, p.275-289.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses (1957-1958). In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.537-590.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem (1953). In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 238-324.

LACAN, J. **O Seminário, livro 20: mais, ainda** (1972-1973). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katál**, Florianópolis, v.10, p. 37-45, 2007.

MAIA, M. A. O “pouco de realidade”, o “campo de realidade” e o delírio. In: BATISTA, M. C; LAIA, S. (Orgs.). **Todo mundo delira**. Belo Horizonte: Scriptum, 2010. p.93-98.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2001.

MASSON, J. M. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887-1904**. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2.933**, de 27 de setembro de 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2933\\_27\\_09\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2933_27_09_2010.html)>. Acesso em 17 abr. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2042**, de 11 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://www.pharmanet.com.br/legisla/p2042.htm>>. Acesso em 17 abr. 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3.432**, de 12 de agosto de 1998 Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4d02b9004745871490c4d43fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+3.432-1998.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em 17 abr. 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 44**, de 10 de janeiro de 2001 Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/Gm/GM-044.htm>>. Acesso em 17 abr. 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 931**, de 2 de maio de 2006. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-931.htm>>. Acesso em 17 abr. 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.752**, de 23 de setembro de 2005. Disponível em: <[http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=83&Itemid=>](http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=83&Itemid=>)>. Acesso em 17 abr. 2014

MORAIS, J. L.; REI, V. A. F.; NICOLAU, R. F. A clínica psicanalítica no hospital geral: uma escuta possível. **Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <[http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/coloquios/coloquio\\_metodo\\_clinico/mesas\\_redondas/a\\_clinica\\_psicanalitica\\_no\\_hospital\\_geral.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/coloquios/coloquio_metodo_clinico/mesas_redondas/a_clinica_psicanalitica_no_hospital_geral.pdf)>. Acesso em 22 fev. 2014.

MORETTO, M.L.T. **O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”**. 2006. Tese (doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

NICÉAS, C. A. A realidade freudiana: uma adaptação subjetiva. In: BATISTA, M. C.; LAIA, Sérgio (Org.). **Todo mundo delira**. Belo Horizonte: Scriptum, 2010. p.85-92.

PINTO, J. M. A instituição acadêmica e a vocação científica da psicanálise. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 3, n. 12, p.681-695, 1999b.

ROUDINESCO, E; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SALES, L. S. Fantasias e teorias da sedução em Freud e em Laplanche. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v.18, n.3, set-dez. 2002, p.323-328.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Disponível em: <[http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia\\_de\\_pesquisa\\_e\\_elaboracao\\_de\\_teses\\_e\\_dissertacoes\\_4ed.pdf](http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf)>. Acesso em: 05 jul. 2013.

SOARES, C. P. Uma tentativa malograda de atendimento em um centro de tratamento intensivo. In: MOURA, M. D. (Org.) **Psicanálise e Hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996, p.51-60.

TEIXEIRA, A. **Metodologia em ato**. Belo Horizonte: Scriptum, 2010.

TOREZAN, Z. C. F.; ROSA, A. C. Escuta analítica no hospital geral: implicações com o desejo do analista. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 23, n. 2, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n2/v23n2a12.pdf>>. Acesso em: 04 de março de 2014