

A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL GERAL: UMA ESCUTA POSSÍVEL

Jamile Luz Morais
Vivian Anijar Fragoso Rei
Roseane Freitas Nicolau

O método clínico psicanalítico, quando inserido no contexto institucional e hospitalar, acaba demandando de nós, psicólogos e psicanalistas, muitos questionamentos acerca da possibilidade de sua aplicação em espaços não tradicionais, fora do consultório particular. Como escutar o sofrimento psíquico fora do *setting* dito “analítico”? Seria possível disponibilizar uma escuta na beira de um leito ou mesmo dentro de um ambulatório sem fugir dos princípios deste método? Partindo do pressuposto freudiano de que a transferência, condição essencial para análise, pode se dar em qualquer lugar, propõe-se, a partir deste trabalho, refletir acerca da aplicação do método clínico psicanalítico no hospital geral. Ao considerar que o ato de clinicar está vinculado a uma atitude de inclinar-se para escutar o *pathos* do outro e não a uma mera questão de espaço, este estudo se baseará na perspectiva da clínica concebida enquanto verbo, ação, a qual pode ser conjugada em qualquer lugar. Pautados na demanda do paciente, na escuta flutuante e no manejo da transferência, elucidaremos as implicações de tais dispositivos clínicos no contexto hospitalar, considerando os impasses e as dificuldades encontradas em situações que vão além do divã do analista.

PALAVRAS-CHAVE: *Pathos*; Hospital geral; Método clínico; Psicanálise; Dispositivos clínicos.

Devemos, por mais cruel que isso soe, cuidar que o sofrimento do doente não encontre, em um grau mais ou menos efetivo, um fim antes do tempo; se ele for reduzido através da decomposição e desvalorização do sintoma, deveríamos, de novo, erigi-lo em outro lugar, como uma carência sensível, senão correríamos o perigo de nunca conseguir mais do que melhoras modestas e não duradouras. (FREUD, 1917/1996).

INTRODUÇÃO

Refletir acerca da inserção da clínica psicanalítica no hospital geral não é uma tarefa fácil. Afinal, como escutar o sofrimento psíquico de um sujeito num lugar predominantemente médico e objetivante? No que tange a essa questão, Moretto (2001) salienta que apesar da contradição existente entre o discurso médico e o discurso do psicanalista, “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” (p. 66). No entanto, quê lugar seria esse?

O lugar do psicanalista no hospital geral, veremos, estará situado numa posição oposta a do médico. Isso porque enquanto o médico visa excluir o aspecto subjetivo da fala de seu paciente, o psicanalista surge no momento em que este mesmo paciente demanda saber algo para além do que pode ser devidamente visível e diagnosticável. Segundo Clavreul (1983), devido à exclusão da subjetividade de quem sofre, o discurso médico, ao deixar de lado o sujeito doente, acaba excluindo também a pessoa do médico, o qual desaparece frente à objetividade exigida pela ciência. Este fato, por sua vez, despossui o doente de sua doença e coloca, tanto o médico quanto o paciente, numa condição de subserviência frente ao “imperativo metodológico” da ciência.

Por outro lado, o discurso do psicanalista, ao resgatar a subjetividade do paciente, convoca que o mesmo fale sobre sua dor, sobre o que lhe acomete. Sobre a diferenciação entre o discurso do médico e o discurso do psicanalista, Moretto (2001, p. 69) afirma:

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 médico 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 não tem uma função silenciadora, mas sim uma função silenciosa, que promove a proliferação da fala do sujeito, pois tendo um outro referencial teórico ela sabe que essa seria, talvez em lugar dos sintomas, uma via possível de acesso do desejo.

Sendo assim, vemos que o discurso médico, ao estabelecer a ciência como verdade, negligencia o caráter subjetivo do sujeito que sofre e, por conta disso, reduz o corpo numa máquina orgânica, negando, conforme Benoit (1989), a existência de uma “vida secreta do paciente”. De fato, não cabe ao médico lidar com *pathos*¹ do seu paciente, pois se assim fosse, ele estaria se desviando do seu real objeto de estudo. Da mesma forma, não cabe ao psicanalista se colocar numa posição “de que tudo sabe” perante ao sujeito que sofre; ao contrário, cabe a ele colocar-se no lugar de um estranho a tudo isso, de que “nada sabe”, tendo em vista que só assim o paciente será porta-voz do SEU sofrimento e de SUA doença

¹ Palavra de origem grega que se refere à paixão, ao excesso e ao sofrimento.

a qual, mesmo podendo se manifestar, a partir de um quadro clínico idêntico, em outra pessoa, terá efeitos diferentes e particulares em cada uma delas.

Foi partindo desta perspectiva que Lacan (1966) na Conferência intitulada “Psicanálise e Medicina” veio a afirmar que o lugar da psicanálise na medicina seria um lugar de subordinação. No momento em que a medicina fosse atingida por falha no saber (a falha epistemo-somática), a psicanálise surgiria como um apoio, um auxílio na tentativa de entender o que não poderia ser compreendido e explicado aos seus olhos. Sobre essa questão, Moretto (2001) salienta que “se a psicanálise é o *lixo* da medicina, o consultório do psicanalista é o lugar pra onde vão seus fracassos” (p. 71). Entretanto, para a autora é exatamente nesse lugar que o psicanalista deve ocupar no cenário hospitalar, na medida em que ele jamais poderá ser incluído na cena médica, mas sim em outra cena; cena esta ligada ao sofrimento e ao desejo inconsciente de cada sujeito.

Dito isto, marcada a posição do psicanalista no cenário hospitalar, o quê ele deve fazer quando “seu trabalho” for solicitado? Como obedecer o rigor do método clínico psicanalítico fora do *setting* dito “analítico”? Seria possível disponibilizar uma escuta na beira de um leito ou mesmo dentro de um ambulatório sem fugir dos princípios deste método?

Partindo do pressuposto freudiano de que a transferência, condição essencial para análise, pode se dá em qualquer lugar, propõe-se, a partir deste trabalho, refletir acerca da aplicação do método clínico psicanalítico no hospital geral. Ao considerar que o ato de clinicar está vinculado à uma atitude de inclinar-se para escutar o *pathos* do outro e não a uma mera questão de espaço, este trabalho se baseará na perspectiva da clínica concebida enquanto verbo, ação, a qual pode ser conjugada em qualquer lugar. Pautados na demanda do paciente, na associação livre, na escuta flutuante e no manejo da transferência, elucidaremos as implicações de tais dispositivos clínicos no contexto hospitalar, considerando os impasses e as dificuldades encontradas em situações que vão além do divã do analista.

OS DISPOSITIVOS CLÍNICOS EM PSICANÁLISE E SUAS IMPLICAÇÕES NO CONTEXTO HOSPITALAR

Como a própria expressão nos leva a crer, os dispositivos clínicos são instrumentos que o analista, independentemente do espaço físico no qual se encontra, pode se dispor para escutar clinicamente o sujeito que ali lhe fala. Em psicanálise, Figueiredo (1997) aponta alguns dispositivos clínicos, dentre os quais se encontram: a **demand**a do paciente ao analista, a **transferência** (ou mais especificamente em seu manejo) e a **análise dos processos psíquicos inconscientes** através **escuta flutuante do analista** e da **associação livre** do sujeito. No que diz respeito aos dispositivos clínicos, Moreira e Di Paolo (2006) dizem que são estratégias de intervenção as quais operam no sentido de viabilizar a prática psicanalítica em outros lugares para além dos consultórios particulares, onde há a reinvenção da teoria e clínica psicanalítica sem descaracterizá-la.

Só que antes de especificamente discutir a aplicação de tais dispositivos clínicos no contexto hospitalar, cabe resgatar uma afirmativa de Lacan com relação à prática do psicanalista: “deve renunciar à prática da psicanálise todo analista que não conseguir alcançar, em seu horizonte, a subjetividade de sua época” (LACAN, 1953, p. 322). A partir dessa prerrogativa, é possível afirmar que se o analista não consegue perceber no hospital o aspecto da subjetividade, ele deve estar em outro lugar que não o de analista; pois, como vimos, cabe a ele identificar essa subjetividade e acolhê-la da maneira como ela se coloca. Portanto, a primeira “tarefa” do analista no hospital seria a de escutar o que o sujeito e não a doença tem a dizer.

Assim, escutando esse sujeito será possível que o analista possa, em algum momento, entrar em contato com o inconsciente que nessa relação pode se manifestar. Entretanto, quando falamos de uma relação entre paciente e analista, não estamos falando de uma relação qualquer, mas de uma relação subsidiada pela transferência, motor do processo analítico.

A transferência, definida por Freud (1915) como a reedição de afetos infantis dirigidos à figura do analista, inaugura o momento no qual o analista passa a ser incluído nas associações psíquicas do paciente, momento no qual o paciente reedita afetos reprimidos e os envia ao analista. Nesta situação, o analista, no intuito de fazer com que o

sujeito possa criar um saber acerca de seu sintoma, torna-se capaz de interpretar o que foi dito ou atuado em análise.

No que diz respeito à transferência, Berlinck (2000, p. 316) pontua que o primeiro pilar que sustenta o método clínico em psicanálise é a transferência, a qual direciona o lugar do psicanalista. Meyer (1993), do mesmo modo, afirma a clínica psicanalítica opera na transferência, uma vez que esta, em psicanálise, é a única via de acesso ao material inconsciente, pois é através dela que o paciente pode falar ao analista (o sujeito suposto saber) do sofrimento que dele toma conta.

A fala do paciente, por sua vez, deve obedecer à regra fundamental da associação livre, regra segundo a qual o paciente deve comunicar tudo o que lhe ocorre, “o que lhe vier à cabeça”, sem crítica ou seleção. Da mesma maneira, o analista deve ter uma “atenção uniformemente suspensa”, isto é, uma atenção flutuante. O analista deve apenas escutar sem se preocupar se está lembrando de qualquer coisa, pois, no momento da análise, deve disponibilizar o seu inconsciente e escutar com ele; como podemos perceber na interessante afirmação de Freud (1912, p. 129):

Ele deve voltar ao seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. Deve ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor. Assim como o receptor transforma de novo em ondas sonoras as oscilações elétricas na linha telefônica, que foram criadas por ondas sonoras, da mesma maneira, o inconsciente do médico é capaz, a partir de derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstituir esse inconsciente, que determinou as associações livre do paciente.

Safra (1993), seguindo o pensamento freudiano, aponta que em psicanálise não existe um saber generalista, capaz de ser aplicado a todos os indivíduos, motivo este pelo qual o analista deve se servir da atenção flutuante, capaz de perceber o original e novo apresentado por cada paciente. Para o autor, é justamente a originalidade de cada atendimento que promove a renovação da teoria e clínica psicanalítica. A análise “[...] trata-se de um processo entre um analista e um paciente, ambos com características singulares” (SAFRA, 1993, p.127). Logo, para que se consiga apreender o inconsciente, é preciso que a única preocupação do analista esteja em escutar o sujeito que sofre; diferentemente do interesse médico-científico, onde a preocupação está na riqueza de detalhes e no desaparecimento dos sintomas.

De fato, a escuta analítica foge completamente de uma escuta positiva, pois ela se dirigirá para onde o paciente não pensa, uma vez que é nessa condição que o sujeito pode aparecer. Moretto (2001, p. 35), em consonância pontua: “o tratamento analítico [...] centra-se no sintoma (re)produzido ali mesmo, na própria relação entre paciente e analista. Isto porque difere nitidamente de um tratamento do tipo médico, em que a cura se dá pelo desaparecimento do sintoma”. Mas, para que o analista consiga disponibilizar o seu inconsciente e saiba lidar com os afetos e sintomas a ele dirigidos, ele não pode desconsiderar o seu próprio psiquismo. Por este motivo, é fundamental que o analista esteja em dia com sua análise pessoal e possa analisar as suas próprias reações psíquicas frente ao seu trabalho com o paciente. Até porque, segundo Freud (1912), ser um analista não implica só conhecer a dinâmica inconsciente do paciente, mas também, antes de tudo, a sua própria. Sobre isso, ele pontua que não basta que o analista seja uma pessoa “aproximadamente normal”. Independentemente disso, ele deve passar “por uma purificação psicanalítica e ficado ciente daqueles complexos seus que poderiam interferir na compreensão do que o paciente lhe diz” (p. 129).

Nesse sentido, o fato de que em psicanálise o objeto de estudo se encontra implicado com a vida psíquica do investigador, é imprescindível a análise pessoal do psicanalista. Com relação a esta questão, veremos que o cenário hospitalar exigirá da subjetividade do analista, já que neste contexto, além do analista estar mais exposto, ele terá ainda que sustentar o seu lugar perante toda a equipe profissional, a qual segue incontestavelmente o discurso da medicina, como nos coloca Moretto (2001, p. 98):

O fato é que seja lá onde estiver situado, o lugar do psicanalista não é um lugar confortável, principalmente quando no contexto o que predomina é a ordem médica. Mas o analista no hospital encontra-se com questões práticas que podem transformar-se, se não bem fundamentadas teoricamente em verdadeiros obstáculos pra a sua atuação, e desta forma inviabilizar o seu trabalho, fazendo desaparecer o seu lugar (p. 98).

Considerando o lugar “desconfortável” que o psicanalista enfrenta no hospital, é necessário que se aponte alguns complicadores que podem dificultar a aplicação do método clínico psicanalítico no hospital geral. O primeiro deles centra-se na transferência. Freud (1912) já chamava atenção para as diferentes escutas em diferentes lugares e afirma que, em instituições onde o paciente é tratado de modo não analítico, as relações transferenciais

apresentam-se mais intensas e de diversas formas, podendo ser manejada inadequadamente como uma espécie de servidão. Este fato faz com que não nos esqueçamos que, geralmente, quando um paciente chega até nós no hospital, ele (ao menos inicialmente), chega pela via da transferência ou com a instituição ou com o saber médico.

Desta forma, o analista não pode ser ingênuo e pensar que o paciente chegará até ele com uma demanda de análise, ao contrário. Na maioria das vezes, o paciente (acostumado e submisso ao discurso médico), chega ao analista em busca de um saber pronto e acabado que vá eliminar a sua dor, na medida em que supõe que o analista tudo sabe sobre o sofrimento que lhe causa. 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. Vemos, portanto, que não será a instituição hospitalar em si que servirá de impedimento à atuação do psicanalista, pois o obstáculo será o próprio analista. Então, “se o sujeito quer saber sobre si mesmo, ele vai demandar isso onde quer que ele esteja, independente do fato de ter algo orgânico ou não” (MORETTO, 2001, p. 98-99).

Com isso, não é difícil deduzir que a prática psicanalítica no hospital geral pode sim ser um *locus* de investigação sobre o sujeito, desde que sejam mantidos os critérios teórico-metodológicos que regem sua *práxis*. Atualmente, Pinheiro (2006) ressalta que o fato da psicanálise vir se desenvolvendo teórica e tecnicamente, isso acaba possibilitando um redimensionamento do seu campo clínico. Diante disto, a referida autora destaca que, para além dos consultórios, a psicanálise conquistou e operou em novos espaços, reconfigurando, com isso, a noção de clínica psicanalítica.

De acordo com Pinheiro (2002), a entrada do psicanalista no hospital é uma realidade que vem se construindo ao longo dos últimos anos. A escuta analítica amplia tal possibilidade, pois, através da transferência, viabiliza-se ao paciente simbolizar seus afetos e se questionar sobre sua existência, uma vez que, por intermédio do manejo transferencial e da repetição, o sujeito pode recordar e elaborar representações recalçadas.

Figueiredo (1997) aponta que a psicanálise conseguiu se difundir através da expansão da área de influência. A fim de analisar a difusão deste saber, a autora ressalta que dois aspectos são de fundamental importância para que a psicanálise pudesse romper

com a exclusividade dos consultórios particulares, sendo estes: a demanda do atendimento e os dispositivos clínicos de tratamento.

Ao falar sobre a constituição de um “*setting* analítico” no hospital, Moretto (2001) adverte que a noção de *setting* proposta por Freud não pode ser equiparada a um manual de “como fazer psicanálise”. Para ela, é necessário entender que o verdadeiro *setting* analítico está na condição intrínseca do sujeito e não do lado de fora, pois se existir a demanda e um alguém que a escute, o *setting* dito “analítico” será constituído. Na afirmação da autora “a psicanálise ultrapassa as fronteiras de um consultório particular bem mobiliado” (p. 101), tendo em vista que o sujeito do inconsciente não está situado num lugar físico, mas num psíquico, de onde fala o sujeito. Portanto, se o paciente demanda um saber, a análise pode naturalmente acontecer num leito de hospital ou mesmo num ambulatório. Enfim, vemos que o *setting* não se restringe a um espaço físico e menos ainda a um manual de “como fazer”.

Já o fator relacionado ao tempo de análise; esse sim, pode ser um entrave à clínica psicanalítica no hospital. Figueiredo (1997), ao tocar na questão do tempo de análise, afirma que este não está ligado a um tempo cronológico, mas sim ao tempo do inconsciente. O tempo do inconsciente, ao obedecer a uma lógica própria de funcionamento, é capaz de fazer com que passado e presente se reinventem, criando novas articulações de sentido.

No hospital, Moretto (2001) nos alerta que se levarmos em consideração apenas o tempo cronológico diremos que realmente não há tempo suficiente para o andamento de uma análise. Mas, se falarmos de um tempo diferente do cronológico, o tempo do inconsciente (ou mais especificamente a atemporalidade do inconsciente), é possível oferecer uma escuta analítica quando, é claro, há demanda. No hospital, mesmo nos casos de internação, ou seja, em casos breves, é possível sim que possa acontecer o começo de uma análise, mesmo que futuramente ela possa ser interrompida; o que não fecha as portas para o fato de que mesmo nas entrevistas preliminares o paciente possa sentir sobre um efeito analítico. Em detrimento disso, o que pode acontecer é que o paciente continue seu processo de análise no ambulatório do mesmo hospital ou até com o mesmo profissional.

Por outro lado, não podemos esquecer que a relação do analista com a equipe multiprofissional, pode, de certa maneira, influenciar no trabalho do analista no hospital.

Em especial relação com o médico, é preciso estar claro para o analista o seu lugar neste contexto. No que tange ao lugar do analista no hospital, citamos Moretto (2001):

Na maioria das vezes, esse lugar que lhe é reservado é o de ajudante do médico, e se o psicólogo aceitar esse lugar, se se colocar nessa posição, se cair “nessa armadilha”, ele não pode vir a se queixar depois [...] a colocação de que o lugar do analista não é o de ajudante do médico é para mostrar que o lugar do analista é no psiquismo do paciente [...] Mas quando se trata de um analista na equipe há essa complicação porque o que direciona o seu trabalho é a ordem médica, ainda que ele tenha sido contratado para se pôr, também, a serviço dela (p. 104-105).

Dessa forma, Moretto (2001) nos fala ainda que não é porque discurso do analista é diferente do discurso médico que ele terá objetivos diferentes do médico e de toda a equipe, pois ele está lá, assim com todos os outros, com a finalidade de proporcionar um bem-estar ao paciente. Isto, por conseguinte, garante o seu lugar no contexto hospitalar.

O aspecto da demanda do paciente, assim como a transferência e seu manejo por parte do analista, é essencial para o processo de análise. Da mesma forma que sem analista não pode acontecer análise, sem a demanda do paciente também. Moretto (2001) nos diz que no hospital quem oferece a escuta é o analista e que isso é fundamental, pois “se há oferta pode surgir a demanda, e se surge a demanda é porque existe, em algum lugar, a possibilidade dela ser escutada” (p. 109). Ao afirmar isso a autora vai além e salienta que, na verdade, esteja o analista em seu consultório particular ou num hospital, ele, por si só, automaticamente e descaradamente se oferece.

Entretanto, adverte que é necessário que o analista esteja disposto a ocupar o lugar desta oferta, ou seja, de estar no lugar de quem oferece, uma vez que, como vimos, independente do lugar, a oferta estará sempre do lado do analista assim como a demanda sempre estará do lado do paciente. Para a autora, o que marca a particularidade do psicanalista no hospital é que, neste contexto, ele vai pessoalmente comunicar ao paciente sua oferta; diferentemente do consultório, onde, por mais que exista a oferta, será sempre o paciente que virá ao encontro do analista e não vice-versa. Portanto, o ato de ir ao leito do doente ou ofertar uma escuta ao paciente via ambulatório deve ser encarado como um primeiro passo para um possível processo de análise, como conclui:

Essa questão de ir ao leito do doente me parece que só pode impedir que a análise se dê se não há um *analista* de fato, e sim uma *pessoa* que se incomoda, que não se sente bem fazer isso e tem medo de ser rejeitada

pelo paciente. Sendo assim, é melhor que não se ofereça mesmo, porque se a partir de sua oferta se criar uma demanda de análise, essa *peessoa* não teria o que fazer com *isso*, nem no hospital, nem no consultório (MORETTO, 2001, p. 112)

Assim, ao dar voz à paixão, o profissional *psi* possibilita ao paciente a transformação do *pathos* em *logos*, ofertando a possibilidade de atribuir sentido ao seu sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade, o hospital se caracteriza como um espaço de cura, onde os demais saberes encontram-se subordinados à prática médica. Verificam-se, com isso, as dificuldades inerentes da inserção da psicanálise nas instituições hospitalares, posto que, em um lugar caracterizado pela urgência somática, muitas vezes questões acerca da subjetividade são negligenciadas. Todavia, a presença do sofrimento psíquico nos hospitais é inegável, fato este que releva a importância da escuta psicanalítica nestes locais.

Como o próprio nome sugere, espera-se que o hospital seja um local onde se possa exercer a hospitalidade, ou, em outras palavras, acolher aqueles que ali demandam escuta. Desta forma, ressalta-se a importância da atitude analítica, a qual se sustenta na oferta da escuta e na função de acolhe (dor) do *pathos* do paciente, visto que a escuta opera como um dispositivo/pilar para a clínica e pesquisa psicanalítica (MOREIRA; DI PAOLO, 2006). Ao dar voz à paixão, o profissional *psi* possibilita ao paciente a transformação do *pathos* em *logos*, ofertando a possibilidade de atribuir sentido ao sofrimento físico e psíquico que ecoam nos corredores dos hospitais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENOÎT, P. **Psicanálise e Medicina** – teoria e casos clínicos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

BERLINK, M. T. **Psicopatologia fundamental**. São Paulo: Escuta, 2000.

CLAVREUL, J. **A ordem médica**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas Confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FREUD, Sigmund (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol.XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1912) A dinâmica da transferência. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1915). Observações sobre o amor transferencial In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1917). Conferências introdutórias sobre a psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

MOREIRA, Ana Cleide Guedes. (2006) e DI PAOLO, Ângela Flexa. O dispositivo clínico no hospital geral: é possível uma Psicanálise no Sistema Único de Saúde. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental**. Disponível em: www.psicopatologiafundamental.com.br. Acesso em: 06 dez. 2007.

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

_____. (1966) "Psychanalyse et médecine". In **Petits écrits et conférences - 1945-1981**. Inédito.

MEYER, Luiz. O método psicanalítico. In: SILVA, Maria Emília Lino da (org.). **Investigação e psicanálise**. Campinas: Papirus, 1993.

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

PINHEIRO, Nadja Nara Barbosa. Visibilidade, transitoriedade, e complexidade: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. **Reverso**. ano 28, n.53, Set. 2006.

PINHEIRO. Nadja Nara Barbosa. "Enlaces Transferenciais": reflexões sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 22, n.2. Brasília. Jun.2002.

SAFRA, Gilberto. O uso do material clínico na pesquisa psicanalítica. In: SILVA, Maria Emília Lino da (org.). **Investigação e psicanálise**. Campinas: Papirus, 1993.