



Revista Affectio Societatis
Departamento de Psicoanálisis
Universidad de Antioquia
revistaaffectiosocietatis@udea.edu.co
ISSN (versión electrónica): 0123-8884
Colombia

2022

Maico Fernando Costa & Gustavo Henrique Dionísio

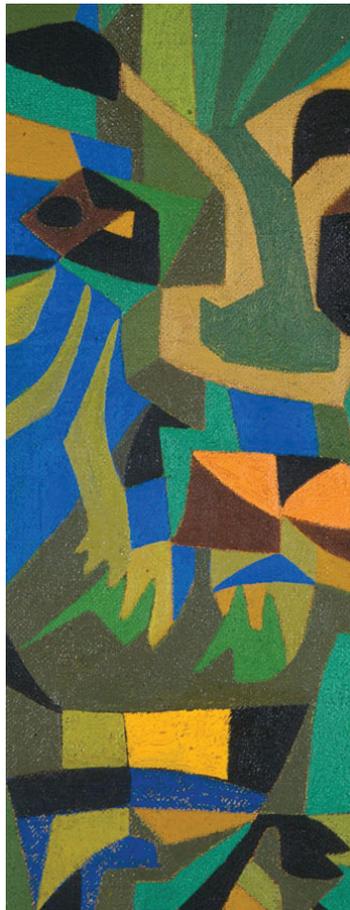
O “prelúdio às entrevistas”: um tratamento prévio às entrevistas preliminares

Revista Affectio Societatis, Vol. 19, N.º 36, enero-junio de 2022

Art. # 11 (pp. 1-27)

Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN



O “PRELÚDIO ÀS ENTREVISTAS”: UM TRATAMENTO PRÉVIO ÀS ENTREVISTAS PRELIMINARES¹

Maico Fernando Costa²
Universidade de São Paulo, Brasil
maicofernandodd@yahoo.com.br
<https://orcid.org/0000-0001-6540-774X>

Gustavo Henrique Dionísio³
Universidade Estadual Paulista, Brasil
guhendio@yahoo.com.br
<https://orcid.org/0000-0003-3449-2595>

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v19n36a11>

Resumo

Conferimos ao “prelúdio às entrevistas” um relevante dispositivo de tratamento em Psicanálise. O objetivo deste artigo é propor, por meio da apresentação de vinhetas clínicas e elaboração teórica acerca dos casos atendidos, um dispositivo de tratamento prévio às entrevistas preliminares. O caminho percorrido para a escrita do texto foi construído a partir

da prática clínica de um psicólogo, orientado pela Psicanálise, em uma Santa Casa de Misericórdia. As referências bibliográficas utilizadas para a teorização da práxis foram extraídas da obra e do ensino de Sigmund Freud e de Jacques Lacan, além de psicanalistas contemporâneos, comentaristas dos primeiros. Sendo assim, designamos o prelúdio às entrevistas

-
- 1 O artigo é resultado de financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), processo número: 2017/06805-1.
 - 2 Psicoanalista y analista practicante, afiliado a la asociación Analyse Pratique Psycho-Sociale (Paris-França). Doctorado en Psicología y Sociedad por la Universidad Estadual Paulista (FCL-UNESP-Assis/SP). Psicólogo del Acolhimento Integrado por la Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
 - 3 Psicoanalista. Doctorado en Psicología Social por el Instituto de Psicología de la Universidad de São Paulo (IP-USP). Profesor adjunto del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Estadual Paulista (FCL-UNESP-Assis/SP).

como a maior contribuição da práxis no contexto das urgências hospitalares, demonstra-se, neste sentido, uma ferramenta profícua para a prática da Psicanálise nas instituições.

Palavras-chaves: Psicanálise; entrevistas preliminares; prelúdio às entrevistas; hospital.

EL “PRELUDIO A LAS ENTREVISTAS”: UN TRATAMIENTO PREVIO A LAS ENTREVISTAS PRELIMINARES

Resumen

Conferimos al “preludio a las entrevistas” un dispositivo de tratamiento relevante en psicoanálisis. El objetivo de este artículo es proponer, mediante la presentación de viñetas clínicas y la elaboración teórica sobre los casos referidos, un dispositivo de tratamiento previo a las entrevistas preliminares. El camino recorrido para la escritura del texto fue construido a partir de la práctica clínica de un psicólogo, orientado por el psicoanálisis, en un hospital del complejo de Santa Casa de Misericordia. Las referencias bibliográficas utilizadas para la teorización de la

praxis fueron tomadas de la obra y enseñanza de Sigmund Freud y de Jacques Lacan, además de psicoanalistas contemporáneos comentaristas de aquellos. Así, designamos el preludio a las entrevistas como la mayor contribución de la praxis en el contexto de las urgencias hospitalarias, y demuestra ser, en este sentido, una herramienta provechosa para la práctica del psicoanálisis en las instituciones.

Palabras clave: psicoanálisis, entrevistas preliminares, preludio a las entrevistas, hospital.

THE “PRELUDE TO THE INTERVIEWS”: A TREATMENT PRIOR TO THE PRELIMINARY INTERVIEWS

Abstract

We confer to the “prelude to the interviews” a relevant treatment device in psychoanalysis. This paper

aims to propose, through the presentation of some case reports and the theoretical elaboration on the

referred cases, a treatment device prior to the preliminary interviews. The path for writing the text was built from the clinical practice of a psychologist, guided by psychoanalysis, in a hospital of the Santa Casa de Misericórdia complex. The bibliographical references used for theorizing the praxis were borrowed from the work and teaching of both Sigmund Freud and Jacques Lacan, as well as from contemporary psy-

choanalysts commenting on them. Thus, we designate the prelude to the interviews as the major contribution of the praxis in the context of hospital emergencies, and it proves to be, in this sense, a beneficial tool for the practice of psychoanalysis in institutions.

Keywords: psychoanalysis, preliminary interviews, prelude to the interviews, hospital.

LE « PRÉLUDE AUX ENTRETIENS » : UN TRAITEMENT PRÉALABLE AUX ENTRETIENS PRÉLIMINAIRES

Résumé

Le « prélude aux entretiens » est un dispositif de traitement pertinent en psychanalyse. L'objectif de cet article est de proposer un dispositif de traitement préalable aux entretiens préliminaires, à travers la présentation de vignettes cliniques et l'élaboration théorique sur les cas évoqués. Le parcours pour l'écriture du texte a été élaboré à partir de la pratique clinique d'un psychologue, guidé par la psychanalyse, dans un hôpital du complexe Santa Casa de Misericórdia. Les références bibliographiques utilisées pour la théorisation de la

praxis sont tirées de l'œuvre et de l'enseignement de Sigmund Freud et de Jacques Lacan, ainsi que de psychanalystes contemporains qui les commentent. Ainsi, nous désignons le prélude aux entretiens comme l'apport majeur de la praxis dans le contexte des urgences hospitalières et il s'avère être, en ce sens, un outil convenable pour la pratique de la psychanalyse en institution.

Mots clés : psychanalyse, entretiens préliminaires, prélude aux entretiens, hôpital.

Recibido: 13/04/2022 • Aprobado: 5/10/2022

Introdução

Conferimos ao “prelúdio às entrevistas” um relevante dispositivo de tratamento em Psicanálise, voltado tanto para as práticas institucionais quanto para os casos que, de início, não manifestam uma demanda explícita referente a uma escuta propriamente analítica ou até mesmo “psicológica”. Diante disso, o esforço em nossa práxis, no contexto – de uma Unidade hospitalar – em que nos encontrávamos a fim de extrair dados para construção de uma tese em psicologia clínica (Costa, 2021), foi explorar os caminhos para uma escuta psicanalítica, multiplicando as suas possibilidades de alcance e acesso aos sujeitos em um local diverso do consultório privado-liberal, não sem deixar de levar em consideração a realidade apresentada pelo Estabelecimento institucional em jogo.

Entretantes, o objetivo deste artigo é propor, por meio da apresentação de vinhetas clínicas e elaboração teórica acerca dos casos atendidos, um dispositivo de tratamento prévio às entrevistas preliminares. Ressaltamos que o “gatilho” para esta reflexão foi a experiência de um psicólogo, advertido pela Psicanálise de Freud e Lacan, em Unidades hospitalares. Trata-se de uma Santa Casa de Misericórdia, Hospital Geral de um município localizado no Interior do Estado de São Paulo. As referências bibliográficas utilizadas para a teorização foram extraídas da obra de Freud e Lacan, além de psicanalistas contemporâneos, eventualmente comentadores dos primeiros. Durante o artigo escolhemos adotar nomes fictícios na exposição dos fragmentos clínicos, como modo de assegurar o sigilo dos trabalhadores e das pessoas atendidas.⁴

A definição do conceito de “Prelúdio às entrevistas”

A expressão “entrevistas preliminares” é introduzida por Lacan (2011/1971-1972) como uma entrada possível para uma análise. Portanto, pensamos que as entrevistas preliminares fazem parte da aná-

4 Plataforma Brasil, foi aprovada em um Comitê de Ética: número de parecer: 4.977.508.

lise e não estão separadas dela, a primeira como um dos elementos componentes da última. O operador da Psicanálise está incumbido de recomendar o mínimo suficiente para que o sujeito continue falando, isto é: o tratamento é que é dirigido e não o sujeito (Carneiro *et al.*, 2016; Fink, 2018; Freud, 1996/1913; Lacan, 1998/1958; Lacan, 2011/1971-1972; Quinet, 2005; Recalcati, 2004; Wachsberger, 1989). O desígnio é a ocasião de elaborar uma hipótese diagnóstica: a escuta analítica conciliada à singularidade do sujeito em seu estilo subjetivo, seu modo de gozar: por recalçamento (histeria/fobia, obsessão), renegação ou forclusão (melancolia, paranoia e esquizofrenia) (Fink, 2018).

Para Wachsberger (1989), assim como para Carneiro *et al.* (2016), ambos na esteira de Lacan, a relevância das entrevistas preliminares está no encontro entre corpos, com a oportunidade de abrir o campo da transferência. Nela, como se sabe, há uma ligação libidinal do sujeito ao dispositivo analítico, uma atualização da realidade sexual, inconsciente, na figura do analista. Esta etapa é prévia e necessária a ser transposta, para que o sujeito ocupe o lugar do trabalho e intensifique o seu sintoma antes generalizável (sem expressão substancial) em sintoma crítico-analítico.

Chegamos a hipótese construída em forma de pergunta: “se estamos em um Equipamento hospitalar e os sujeitos que aqui estão não vieram para se analisar com um psicanalista, seria apropriado assegurar que aqueles que foram escutados estiveram em entrevistas preliminares?”. Os testemunhos atestados nos certificam responder “não” e “sim”. Não, porque embora possamos considerar que os sujeitos escutados viveram algo do que teria sido efeito de uma análise em entrevista preliminar, o “tratamento psíquico” que começaram foi de outra ordem, representava uma espécie de *anterioridade lógica*⁵ à análise propriamente dita. Sim, por outro lado, já que os mesmos parâmetros clínicos, éticos e teóricos utilizados em uma análise foram

5 Interpretamos este conceito, forjado por Costa-Rosa (2013), conforme os nossos interesses. Costa-Rosa o utiliza para abordar o enlaçamento das formações sociais e inconscientes no fazer humano, no que diz respeito a divisão do trabalho operada na instituição de saúde.

transformados, para então serem conduzidos nos contextos da urgência e da emergência hospitalares.

A percepção da diferença de manejo do “método”, para fins de diálogo com as equipes plantonistas, e de rigor com o conceito, motivou-nos a mudar a locução “entrevistas preliminares” na Clínica da Urgência; em seu lugar, escolhemos nomear os encontros de “entrevistas terapêuticas”. Não se trataria de uma análise nos cânones vastamente conhecidos entre os psicanalistas, embora tais entrevistas sejam baseadas nos mesmos pilares de uma análise propriamente dita. O termo entrevistas terapêuticas teve a finalidade de ser provisório, servindo apenas de código de registro dos atendimentos nos prontuários. O que não deixou de produzir certo embaraço, no sentido de nos livrarmos, em algum momento, do significante “terapêuticas” a fim de encontrar uma terminologia mais fidedigna e, ao que se espera de uma Psicanálise de Freud e Lacan, equivalente às entrevistas preliminares. Recomendamos a locução instrumental-teórica *prelúdio às entrevistas*, sob a cautela de não nos limitarmos a simplesmente transportar o *setting* analítico do consultório para a instituição. Intenciona-se igualmente, a partir do trabalho junto ao sujeito do sofrimento, um para além da Unidade hospitalar no tratamento pela palavra.

Se por um lado o prelúdio às entrevistas ecoa como um trabalho a ser feito e que portanto antecede, ou enseja as entrevistas preliminares, em contrapartida é um mecanismo de impulsão à implicação subjetiva que pode ser independente do dispositivo analítico e que, ao mesmo tempo, engloba o tratamento de ensaio no sentido freudiano (1996/1913). O sujeito que dele participa pode nunca vir a recorrer a uma análise. A sua principal característica é ser uma porta de entrada, uma oferta transferencial, uma vez que, a princípio, os sujeitos que vivenciam o prelúdio às entrevistas não possuem uma demanda formalizada ou ainda nunca experimentaram qualquer tipo de contato com um psicólogo ou psicanalista. O significante “prelúdio” também remeteria à teoria musical, caracterizado por um ensaio de voz ou de instrumento que vem antes do momento de cantar ou de tocar. Por outro lado, o prelúdio na música não tem a prerrogativa obrigatória de introduzir uma canção, pode ser uma peça musical regida e de caráter livre.

Aproveitamos as raízes semânticas de prelúdio e, associadas à sonoridade e à voz, para revigorar o conceito de "pulsão invocante", inaugurado por Lacan (2008/1964). O grande Outro responde aos gritos do pequeno *infans*, traduzindo as suas necessidades de fome, de sede e de incômodos fisiológicos em demanda de amor, de presença ou de ausência. Conforme sugere Vivès (2009), o circuito da pulsão invocante declina-se nos três tempos seguintes: o "ser chamado"; "se fazer chamar"; e um "chamar".

Mas, para chamar, é preciso dar voz. [...] Para que isso ocorra, é preciso que o sujeito a tenha recebido do Outro que terá respondido ao grito. [...] É preciso também que, [...] ele a tenha esquecido, [...] [e possa] dispor de sua própria voz sem estar saturado de voz do Outro (Vivès, 2009, p. 330).

Em um paralelo com a Clínica da Urgência, o prelúdio às entrevistas pretenderia estar circundado pelo que se apresenta com a pulsão invocante. O trabalhador advertido pela Psicanálise escuta o pedido de socorro em urgência e vai ao encontro do sujeito. Em outras palavras, a escuta convoca o sujeito a instrumentalizar sua voz, ele é chamado a *dizer* e sua queixa não é reduzida a uma resposta saturada. O chamado ao prelúdio, em respeito a práxis das urgências, é a escuta que possibilita ao sujeito chamar e obter uma tradução do seu grito em forma de demanda. Cabe notar que a vocalização do sofrimento sem o tamponamento da angústia poderá permitir a geração de um significante representativo da insondável perda do ser, reintroduzindo o sujeito na sua cadeia de associações.

Na idealização do prelúdio às entrevistas nos referenciamos em Recalcati (2004), no seu artigo "A questão preliminar na época do Outro que não existe". Ali o autor alerta que a época do discurso capitalista impõe à clínica contemporânea a produção de uma anulação do sujeito, predominando por parte das pessoas uma demanda imaginária de objeto. A supressão do sujeito do inconsciente em determinados casos e a exigência de o fazer existir novamente comporiam uma questão preliminar levantada pela Psicanálise. Diante disso, o investimento é em uma Psicanálise que possa propor um programa de ação no campo social, de modo a lutar pela existência do sujeito

do inconsciente e resistir ao laço social capitalista. Nomeia esse posicionamento de tratamento preliminar, o que na prática seria um tratamento específico da *demanda*. É ofertada uma “escuta analítica que prepara a inclusão do analista no próprio conceito de inconsciente enquanto constitui, dele, o ‘endereçamento’” (Recalcati, 2004, p. 4). Com essa manobra transferencial, o objetivo atingir uma dupla intensificação da demanda: retificando a relação com o Real e histericizando o discurso. Somente neste caminho o sujeito lograria em questionar a causa daquilo que o faz sofrer.

De outro modo, na urgência hospitalar, o discurso médico ocupa o lugar de um Outro não barrado, empanturrando a incompletude das certezas do sujeito do desejo, capturando-o como objeto de suas investidas científicas. Basta lembrar o que diziam alguns de nossos colegas da medicina e da enfermagem na Santa Casa em relação aos sujeitos mais resistentes ao tratamento: “aqueles pacientes são muito boca-suja, mal-educados, até parece que eles não sabem que dependem de nós para sobreviver”. No que diz respeito a nossa técnica, em casos em que a menção é ao encontro do sujeito com o Real, requer-se uma operação analítica que encarne um Outro faltoso capaz de supor um sujeito mesmo onde ainda não o haja, não abafando-o, excluindo, atormentando, silenciando, preenchendo ou sufocando-o (Recalcati, 2004; Zucchi, 2007).

Nas tramas que se desenrolam no hospital o sujeito está desprovido da palavra, restando-lhe a angústia por ter sido apanhado pela imprevisibilidade do Acidente e o imponderável risco à sua vida. Isto posto, por que então recuarmos de estar no lugar de sermos os supridores de sua demanda, provocando o seu mergulho numa dependência absoluta? O operador da escuta no prelúdio às entrevistas, em primeiro lugar, conduz o tratamento para que o sujeito seja o porta-voz das suas mazelas, fazendo-se ex[s]istir, reposicionando-se na atribulação vivida e interrogando prováveis outras significações filiadas ao seu mal-estar.

O prelúdio às entrevistas é caracterizado como anterior logicamente às entrevistas preliminares e os seus Quatro Pressupostos de

Ação⁶. Podemos considerar que essas "etapas" da análise são processos que vão se formando na medida em que o prelúdio às entrevistas tem seu movimento, ocorrendo senão por evanescência. Sendo assim, a base para essa especificidade de práxis nas urgências é assentada em três aspectos: 1) a convivência com os colegas de equipe na instituição; 2) a construção de um campo transferencial de trabalho; e por fim 3) o emprego do Estabelecimento como fonte de tratamento e interlocução com os demais pontos de Atenção da Rede. A nosso ver, sua ausência inviabilizaria uma articulação das outras três dimensões que compõem a construção de uma urgência subjetiva: 1) a precipitação dos sujeitos no estabelecimento hospitalar, 2) a recepção-escuta da demanda e 3) a continuidade de tratamento psíquico no território.

A construção do prelúdio: o contexto de trabalho e a equipe

A relação amistosa com os trabalhadores, colegas de equipe, unida à confiança depositada em nosso trabalho, possibilitou uma quantidade razoável de encaminhamentos de casos das equipes plantonistas. Eram indicados aqueles que, na concepção dos enfermeiros e dos médicos, supostamente poderiam se beneficiar de uma escuta psicanalítica, embora a maioria dos sujeitos não soubesse que seria escutada por um psicólogo, e muitos deles nem mesmo sabiam do que se tratava.

6 São eles: a) a linguagem e a sua possibilidade de fala; b) a resignificação do acidente; c) do sintoma como resposta para o sintoma como enigma; d) localização e esboço de implicação [retificação] subjetiva. Acreditamos que para acompanhar os movimentos dos sujeitos em seus trabalhos subjetivos, necessariamente os pressupostos de ação devem estar articulados ao funcionamento das entrevistas preliminares (Costa, 2019). Corroborando a leitura de Quinet (2005), as entrevistas preliminares se dividem nas funções sintomal, transferencial e diagnóstica. Elas compõem um tratamento prévio a toda a entrada em análise, ou seja, é o equivalente ao "Tratamento de ensaio" em Freud (1996/1913). Nesse momento o diagnóstico estrutural é construído como finalidade de dar início a uma direção possível de análise.

Os caminhos aos novos atendimentos passavam pela indicação das equipes e pela procura espontânea de familiares dos sujeitos do sofrimento. Os acompanhantes decidiam recorrer a nós depois de ouvir o depoimento daqueles que atendemos em sessões, ou mesmo depois de nos assistirem atendendo as pessoas no leito ao lado. Eram todos despertados pela curiosidade de se depararem com um tipo de tratamento diferente do habitual.

No contexto em que nos encontrávamos, a oferta de um tratamento pela palavra era uma marca bastante presente no manejo do prelúdio às entrevistas. A aproximação junto aos sujeitos, com frequência realizada em quartos com mais de um leito, não era aleatória. Direcionávamo-nos àqueles que logo na entrada nos fixavam seu olhar e sua atenção, ou àqueles que estavam isolados em um canto sem acompanhante, transparecendo um semblante abatido. Antes de entrar nos quartos, em muitas ocasiões olhávamos os prontuários à disposição, e costumávamos eleger os sujeitos sobre os quais repousava o diagnóstico de estresse e pressão alta, por exemplo. Eram pessoas com diagnósticos indefinidos ou com “doenças” ditas psicossomáticas. Sobre os casos cuja informação garantia a sua permanência por um tempo no hospital, as sessões com um mesmo sujeito eram realizadas ao longo da semana. Em relação aos que estavam para receber alta nas próximas horas, trabalhávamos com eles na forma de sessões entrecortadas, operávamos a partir de várias sessões em um mesmo dia.

A técnica das sessões entrecortadas que utilizamos se assemelhou ao método da “análise fracionada”, adotado de 1920 a 1938 nas policlínicas de Berlim e de Viena. As policlínicas, ou clínicas públicas, foram uma experiência de Psicanálise em alguns países europeus, incentivada por Freud, e que consistia na oferta de tratamento gratuito e formação em Psicanálise para as pessoas que não podiam arcar financeiramente com os gastos. A “análise fracionada” foi um experimento clínico de Freud, consistia em um tratamento ajustado de acordo com as condições de vida das pessoas, embora houvesse uma duração pré-estipulada para ser finalizada ou interrompida; era, fundamentalmente, uma análise que visava efeitos terapêuticos (Danto, 2019).

Assegurado esse período inicial, incluindo a técnica utilizada, a movimentação no campo e a compreensão do método, o prelúdio às entrevistas foi nutrido por uma regra (ética) fundamental: situávamos-nos acompanhando as singularidades dos estilos sintomáticos, enquanto o enlace transferencial procedia para que fosse despertado nos sujeitos o seu desejo de analisar(-se).

O enlace transferencial: queixa sem demanda e demanda de análise

Operávamos com o prelúdio às entrevistas de modo que conseguíssemos provocar um enlace transferencial das demandas com o dispositivo analítico. Nestes termos, a transferência é o fenômeno pelo qual se principia todo tratamento em Psicanálise. Em Freud (1996/1912), lemos a transferência como a reedição de um investimento libidinal antes dirigido a um familiar, ou ente amado, para a figura do analista - a análise começaria, neste momento, quando a transferência fosse desfeita. Não obstante, se por um lado a transferência era resistência, a dificuldade do sujeito de entrar em contato com o recalçado da história e de se separar dos ideais de estatuto Imaginário, por outro lado ela é em si o motor para a análise.

Partindo de Lacan (2008/1964), preferimos simplesmente dizer que a transferência é instalada quando se produz por meio do dispositivo analítico o "sujeito suposto saber", este, por sua vez, é o que pode se verificar por *efeito, a posteriori*:

Quem, desse sujeito suposto saber, pode sentir-se plenamente investido? Não é aí que está a questão. A questão é, primeiro, para cada sujeito, de onde ele se baliza para dirigir-se ao sujeito suposto saber. De cada vez que essa função pode ser, para o sujeito, encarnada em quem quer que seja, analista ou não, resulta da definição que venho de lhes dar que a transferência já está então fundada. (p. 226).

Nestes termos, é importante destacarmos que a suposição de saber de um sujeito na posição do analista, bem como a suposição de que

há um saber inconsciente que emerge por meio da fala do sujeito analisante, são os motores para a constituição do dispositivo transferencial. A contribuição lacaniana a essa assertiva clínica é a de que não cabe ao analista se confundir com o saber a que lhe é suposto, logo, se há uma resistência em jogo no processo analítico é a do analista, segundo ele, que não pôde avançar o suficiente em sua própria análise.

Em inúmeros casos, não houve sequer um prenúncio de produção de trabalho transferencial por parte dos sujeitos. Conquanto com os sujeitos que engatilharam estabelecer uma transferência com o dispositivo analítico no contexto hospitalar das Urgências, julgamos que as funções de pontuação e escansão, ou corte, habitualmente exercidas pelo operador da escuta numa análise clássica, adquiriram um papel de significativo valor. A pontuação consiste em sublinhar, ou assinalar, os significantes que surgem no discurso. A pretensão é repetir uma ou mais palavras, incluindo interjeições, sons ou mesmo murmúrios, enfatizando as ambiguidades que surgem. A pontuação são relançamentos de sentido, intercessões daquele que está na posição de analista para que o sujeito dê atenção aos elementos inconscientes de seus lapsos, sonhos, chistes. É a insinuação de que nas palavras proferidas há a revelação de sentidos diversos e antes nunca encontrados de outro jeito (Fink, 2018).

Em nossa práxis fizemos uso das pontuações, valendo-nos em conjunto das escansões. De acordo com Fink (2018), a escansão, popularmente conhecida como corte, são as interrupções causadas pelo analista em momentos importantes da sessão, em revelações de fatos, nos relatos de cenas traumáticas e angustiosas, lapsos cometidos e sonhos contados, ou mesmo em silêncios dos sujeitos. A interrupção da sessão, sem aviso prévio, intenciona sugerir uma importância àquele fragmento discursivo enunciado ou retido pelo silêncio. Em nosso ponto de vista, as funções de pontuação e escansão são os artifícios da operação analítica que instrumentalizam a noção de ignorância dousta: o analista deve ignorar o que sabe e saber que é impossível saber pelo outro (Lacan, 2003). Trata-se de uma posição capaz de incitar no sujeito o desejo de se colocar no lugar do trabalho, de protagonista na produção dos significantes que lhe cabem.

Dentro do arcabouço instrumental do prelúdio às entrevistas, a pontuação e a escansão foram empreendidas no manejo da transferência, na especificidade da Urgência hospitalar, a fim de *cifrar o gozo*, ou, ainda, suturar a angústia com significantes de caráter Imaginário potencialmente simbolizante. Vejamos que essas ações provocavam o *historisterizar* de si mesmo, tal como proposto por Lacan (2003), ao incitar o sujeito a inscrever uma história e a se introduzir nas cenas. A emergência do não-sabido, as indagações, ocorriam por consequência, tudo isso junto à intensificação da queixa em formulação de demanda para trabalho de análise: o sujeito era capaz de construir uma questão para si (neste instante inicial), guiada à função ocupada pelo trabalhador advertido pela Psicanálise. Definitivamente, a perspectiva neste trabalho é a introdução de sentidos que não obstaculizem a produção de significações e que possam abrir trajetos para a *ressignificação do acidente*. Para ilustrar o que seria esse manejo da transferência na Clínica da Urgência, o Algoritmo da transferência se escreve da seguinte forma:

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

Figura 1. Algoritmo da transferência (Meirelles, 2012, p. 128).

Acima da barra o S é o significante da transferência, produzido por aquele que fala, o protagonista na emissão da palavra. Este significante está direcionado por uma seta a um significante-qualquer (S^q). O S^q é a produção discursiva que posiciona a presença do operador da escuta como um lugar de investimento pulsional do analisante – representa uma coisa qualquer para o sujeito no seu inconsciente. O s, em sua vez, é a resultante do S adicionado ao S^q ao se ordenar num plexo de significantes, formando o saber inconsciente. O s é a articulação dos significantes constituídos pela instauração da transferência – o mecanismo impulsionador de elaboração de uma questão de análise –, a movimentação da cadeia signifiante (Lacan, 2003; Quinet, 2005; Meirelles, 2012).

O algoritmo da transferência, portanto, representa a criação do sujeito suposto saber e a entrada do sujeito na análise. Defendemos que no prelúdio às entrevistas, em alguns casos, alcançamos efeitos

de produção de transferência equivalentes à entrada nas entrevistas preliminares em uma análise, por exemplo, o sujeito chega a atribuir uma suposição de saber àquele (seu analista) que supostamente detém um saber sobre a sua agrura (Carneiro *et al.*, 2016; Lacan, 2011; Quinet, 2005; Wachsberger, 1989). Essa suposição, por exemplo, está distinguida de outras devotadas à religião e à medicina por supor a existência de um saber inconsciente; ela é distinta para o sujeito da sua sensação de carência de uma resposta absoluta que dê conta de um incômodo.

Sobre o manejo da transferência, recuperemos os fragmentos clínicos do atendimento de Marilena. No setor “Clínicas”, entramos em um dos quartos e encontramos uma mulher de aproximadamente 90 anos acompanhada da filha, Marilena. A mulher tinha um discurso confuso. Segundo esta, poucos dias atrás sua mãe foi ficando confusa, acreditava que “estava com *Alzheimer*”. Marilena nos disse que também tinha “problemas” e que o psicólogo da sua Unidade Básica de Saúde (UBS) contou que o seu “problema” devia ser encaminhado à neurologia.

Marilena relatou também que era muito nervosa e, depois da morte do filho, tinha constantes desmaios. Embora neles permanecesse consciente, sabia o que se passava em sua volta. Disse que tinha quatro filhos. Sublinhamos, supondo que ela omitia o filho morto: “Quatro?”. Respondeu: “Eu tinha cinco, mas um morreu, ficou quatro”. Pontuamos: “Então você tem cinco!”. E Marilena concordou, falando que não superou a morte do referido filho. Convidamo-la para irmos a uma sala (um consultório médico vazio), de modo que tivéssemos maior privacidade e sigilo, com o que concordou e arguiu somente que precisava esperar sua irmã chegar para ficar de acompanhante em seu lugar, próxima à sua mãe. Dissemos que iríamos esperá-la na recepção, ela então pediu o nosso número de telefone e falou que iria nos ligar quando estivesse “desocupada”.

Alguns minutos depois, enquanto conversávamos com colegas de trabalho recebemos um telefonema de Marilena. Ela não demora a chegar, e fomos direto a uma das salas que estava vazia. Apresentamos com um gesto onde ela deveria se sentar, e solicitamos que continuasse de onde parou, podendo falar livremente. Marilena começa a discorrer sobre o filho que morreu e chora intensamente; quando nos viramos

para lhe oferecer papel toalha, de modo que pudesse enxugar as lágrimas caso desejasse, escutamos um forte barulho: ela havia desmaiado. Fomos a seu encontro, a fim de segurá-la pelos braços, apoiando sua cabeça em nosso antebraço esquerdo. Percebemos que ela mexia os olhos de alguma forma, ainda que estivessem fechados, e dissemos: "Você pode se levantar, é possível". Ela foi recobrando os sentidos, segurou em nossa mão e se levantou para se sentar. Estava muito abalada, calada, tinha um choro tímido, porém, bastante intenso. Em um ato resolvemos abraçá-la. Marilena então, resolveu falar: "Parece que eu tô abraçando o meu filho que perdi". De imediato, como forma de nos mantermos na posição de analista, porém, sem sermos insensíveis a este lugar em que ela nos colocou, não confrontamos o seu dito, simplesmente sentamos na cadeira e destacamos a ela, convidando-a a continuar a falar: "Perdeu o filho. E você caiu!". Respondeu:

Eu não saio de casa, moro no sítio, cuido da minha mãe há quatro anos e antes cuidava do meu pai, até que ele morresse. Meu pai sofreu muito até morrer, da parte do seu corpo pra baixo ele ficou cheio de buracos, foi muito sofrimento.

Marilena revelou que não teve vida própria, que sua vida se resumiu a cuidar do pai e da mãe. Disse que há quinze anos sofre de dores musculares no nervo ciático e, recentemente, estava com o lado esquerdo do seu corpo paralisado. Sua massagista lhe revelou que era estresse. Seu último psicólogo advertiu-a, à sua maneira, que somente um neurologista conseguiria tratar do seu caso. Não titubeamos: "suas questões podem ser trabalhadas em análise". Ficou nos olhando com surpresa e emendou: "Sou muito nervosa, é meu emocional, é muito forte. As pessoas me dizem que eu sou como uma planta fincada numa terra, não saio de casa, fico fincada na terra e não saio". No que diz respeito às nossas intervenções junto aos sujeitos nestes contextos, elas vão na direção de despertar neles o seu interesse no inconsciente, o desejo de quererem saber que em suas queixas há um dizer que pode estar apontando para uma demanda de serem escutados e de se escutarem. Outrossim, de início, neste processo provocamos o sujeito a falar de si, buscando despertar nele, por intermédio da condução do tratamento, o desejo de compreender cenas de suas histórias até então nunca reconhecidas como meritórias de atenção.

Em continuidade aos “dizeres” de Marilena, ela contou que o seu marido era um “bêbado”, mas que com a morte do filho parou de se embriagar: “Perdi meu filho, e meu marido que bebia muito, para não nos separarmos, porque eu não aguentava mais, parou com a bebida”. Disse que seu pai também era um bêbado. Narra sobre seu cuidado com os outros e sobre o filho que é nervoso também. O significante “também” veio para se referir ao marido que era como o pai e ao filho que era nervoso como ela. Marilena comentou incessantemente sobre as pessoas com quem se preocupava. Intercedemos: “É, importa-se muito com os outros!”. Marilena respondeu: “E eu, não me importo comigo? Eu faço tudo pelos outros e não tenho vida, não saio de casa, não distraio, não me divirto, minha vida é pelos outros”. Encerramos a sessão nesse momento e asseveramos que continuar com o seu tratamento psíquico era oportuno. Perguntou-nos se iríamos atendê-la, respondemos que sim (apostando na transferência, para que ela retornasse) e que depois de alguns encontros ela poderia continuar a sua análise com os psicólogos de nossa confiança, na Unidade de Saúde de seu Território. Combinamos um dia e ela disse que retornaria.

Achamos este caso típico, no qual percebemos que, para Marilena falar, mais do que palavras, foi preciso literalmente emprestar o nosso corpo, praticamente traduzindo para ela que o seu apagamento era uma resposta obtida do confronto com uma impossibilidade, manifesta em uma dificuldade de dizer, e que por isso a convocamos para se levantar. Naquele momento, acreditamos ser importante que ela pudesse sustentar seu discurso minimamente. Mencionar o filho morto há quarenta anos realmente lhe parecia difícil, “sem contar” que a perda deste ainda lhe era muito presente. Por outro lado, após se recolocar na cadeira notamos o seu desejo em querer exprimir-se, em reaver a sua “pulsão de vida”.

De sua segunda sessão, gostaríamos de ressaltar duas coisas. Primeiro, os elementos que ela trouxe nos fizeram pensar em atendê-la algumas vezes mais no hospital. Segundo, sobre as dores no corpo, ela trouxe pelo menos duas cenas que viveu e que a partir destas passou a sentir as tais dores pelo corpo. Na primeira cena, ao discorrer sobre a morte do sogro do seu filho, e que muito a impactara, contou

que a situação lhe provocou uma lembrança do período em que estava no hospital acompanhando-o (o sogro): no instante em que o viu de fraldas sentiu uma dor no lado direito do corpo. Sobre outra cena, disse que estava com a sua massagista: "senti dores no lado direito do corpo, de novo no momento que ela me fazia a massagem, acho que é o 'nervoso', o 'emocional'. Eu quase não tenho relação sexual com o meu marido porque sinto dores no corpo".

Revelou que depois da última sessão foi como se tivéssemos sido colocados no lugar do seu filho que morreu, por isso nos mandou mensagem pelo *Whatsapp*. Relatou que o filho só viveu dois meses, não pôde nem mesmo escutar o seu choro. Disse que quando se percebia angustiada sentia uma "tremedora", uma coisa no corpo que não sabia explicar o que era. Contou que tinha medo de sua mãe morrer, estava preocupada com ela e acreditava que foi "por Deus que entramos no quarto e a encontramos". Confessou não querer fazer terapia no seu bairro e que queria continuar nossos encontros. Expressou que para não se angustiar se "apegava" a algo. Encerramos a sessão e, à porta, perguntou se podia nos abraçar. Pedimos que voltasse ainda mais uma vez na próxima semana. O fato de ela nos ter colocado no lugar de saber na transferência, mesmo que pela via de ocupar o lugar do filho, em princípio, por conta da peculiaridade do caso, fez-nos pensar sobre a possibilidade de atendê-la algumas sessões mais, antes de trabalhar o seu encaminhamento para a Rede.

Marilena veio diferente à entrevista seguinte, e isso em dois sentidos: no primeiro, ela estava visualmente diferente, usava batom e parecia estar com um semblante mais alegre, disse que estava melhor, que "estava bem", depois que começamos a atendê-la. No segundo sentido, veio se perguntando mais, diferentemente das outras sessões, e não hesitou em iniciar a sessão com o discurso dirigido ao filho, Augusto, que morreu quando possuía dois meses de idade: "Augusto era o meu segundo filho, era o segundo mais velho. Estive pensando durante a semana e em meu pensamento veio: será que eu matei o meu próprio filho?". Julgamos que esta sua pergunta tenha sido importantíssima, foi a chance para que ela pudesse entender este evento de um outro ponto de vista, podendo inclusive se dar conta de que não teria sido a responsável, vias de fato, pela morte do filho e ao

mesmo tempo perceber o porquê de seu mal-estar repentino à cada vez que visitava aquele hospital.

Em seguida, disse que quando estava grávida tinha muitas dores, foi então que uma vizinha lhe sugeriu tomar um remédio, Marilena seguiu as dicas e tomou. Revelou que quando o filho nasceu ele chorava muito. Calou-se e ficou em silêncio por uns minutos. Resolvemos destacar que parte da intenção de um trabalho de análise era a compreensão. E Marilena retomou o que comentava sobre o filho falecido, disse que em um dado dia ele chorava muito, e como não parava o levaram à Santa Casa. Na consulta o bebê foi examinado, porém, na saída do hospital ele foi ficando com as bochechas roxas, de forma que ela retorna correndo para o médico, que, ao vê-lo, desabotoou o seu “macacãozinho” e fez massagem no seu peito. Segundo Marilena, foi em vão, pois Augusto já estava morto; agarrou-o com força, mas o retiraram dos seus braços. “Por isso eu me sinto mal aqui. Eu lembro do meu filho”. Disse que em sua vida era muito sofrimento, contou que assistiu a morte do pai no hospital o acompanhando em sua doença.

Revelou que se casou cedo, com pouco mais de vinte anos. Entretanto, quando tinha os seus dezesseis anos foi praticamente estuprada. Tinha um caso com um rapaz, certa vez, estavam todos os jovens conversando no sítio, o rapaz a convidou para um lugar mais escuro e ela aceitou. No instante em que estavam juntos foram surpreendidos pela sua mãe. A mãe do rapaz a levou em um médico, este foi convencido a dizer que ela não havia perdido a virgindade. Todavia, depois de casados, o marido descobriu que Marilena não era mais virgem e ficou muito desapontado com ela. Em seguida, mencionou a mãe novamente, disse que voltou a morar com ela após o seu marido ter descoberto que não era mais virgem.

Decidiu comentar sobre a sua mãe novamente: “dias atrás minha mãe me disse pra aproveitarmos a sua companhia, pois logo poderia morrer”. Neste momento se perguntou porque se sentiu mal ao estar com a mãe na Santa Casa. Solicitamos que formulasse melhor a pergunta e ela respondeu: “Por que quando eu estava com a minha mãe aqui eu me senti pior do que quando o meu filho morreu?”. Após ter reformulado a pergunta, Marilena então grita em tom de desespero,

estendendo-nos as mãos para que a segurássemos: "Me ajuda, me segura. Eu não vou conseguir!". Encerramos a sessão, pontuando que poderíamos continuar depois. Na saída ela deu um suspiro, olhou-nos profundamente nos olhos e agradeceu.

Acreditamos que o encerramento desta sessão neste instante foi necessário, a intenção não era mergulhá-la ainda mais na angústia, mas, oferecer a isso um ponto de basta, de modo que pudesse compreender esta interrogação que havia se produzido por efeito de seu tratamento pela palavra. Por outro lado, de um ponto de vista da relação transferencial, entendemos que diante das recordações das mortes que viveu, dos seus lutos, ligar-se a nossa imagem havia sido uma saída. Não identificamos isso como um problema, no manejo da transferência compreendíamos que em um primeiro aspecto seu não consistia em nos confundir com o lugar no qual estávamos sendo colocados por ela: filho-salvador. E em segundo, a dimensão imaginária da transferência nos inícios de tratamento não é mero acaso, soa como uma condição de momento para o sujeito: ligar-se ao dispositivo por meio da pessoa que o escuta para depois prescindir de sua figura e se vincular a análise propriamente dita.

Pedimos que voltasse para mais uma sessão na semana seguinte. Nesse ínterim, entramos em contato com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para perguntar se não poderíamos utilizar uma sala do Estabelecimento para atendê-la. A psicóloga com quem conversamos no telefone disse que levaria a demanda para a reunião de equipe. Discutimos que atenderíamos no CAPS por uma sessão e depois debateríamos o seu caso com a equipe, assim ela poderia dar continuidade ao tratamento no próprio Estabelecimento público de Saúde Mental com uma psicóloga ou psicólogo de referência.

Marilena ligou para dizer que não poderia vir na segunda-feira e perguntou se poderia vir na quarta-feira. Respondemos que sim. Ela ficou em silêncio. Perguntamos como estava e ela respondeu que a sua mãe acabara de falecer, e que, portanto, estava mal. Declaramos que a estaríamos esperando na segunda-feira de qualquer forma, caso pudesse vir. Respondeu que iria tentar e que pensou na quarta porque provavelmente estaria cansada para vir na segunda-feira, mas

que tentaria vir. Ao término da conversa, concluímos que ter sustentado a sessão na segunda e não na quarta-feira teria sido a melhor opção mesmo, visto que era o momento oportuno para ela se expressar, inclusive podendo falar sobre a morte da sua mãe, caso desejasse.

E Marilena veio à sessão na segunda-feira, tinha boa aparência. Disse que estava superando a morte da mãe, não sabia como seria daqui há alguns dias, porém, no momento sentia que estava superando. Diante da nossa hipótese de que se tratava de um intenso luto vivido pelo sujeito, procuramos desta vez não convidá-la a falar somente sobre as mortes do filho e da mãe, referências nas quais Marilena era muito ligada. Procuramos sublinhar os significantes que a conduziam a discorrer sobre objetos outros com os quais se conectava: os outros filhos, os sobrinhos, o marido, as amigas e a igreja. Ratificando o que Lacan (2012/1971-1972) dizia a respeito dos sujeitos “unianos”, por hipótese os depressivos, muito presos ao tempo do narcisismo, escutávamos em Marilena, relacionado a tudo o que ela se referia, um forte teor Imaginário em seus laços fraternos ou de amizade.

Marilena comentou que a sobrinha tinha desmaios como ela, com a diferença que nos desmaios a sobrinha não lembrava de nada, simplesmente apagava. Marilena, por outro lado, disse que em seus desmaios - por duas vezes mencionou o episódio que ocorreu conosco -, não perdia os sentidos. Procurava se “agarrar” em pessoas próximas, conhecidas, e quando sentia que iria desmaiar, visava fazê-lo perto destas pessoas. Interessante como o significante “agarrar” apareceu muito em seu discurso. Perguntou-nos o porquê ao nos ver sentiu que parecíamos com o seu filho. Notamos nessa ocasião uma sutil mudança na transferência, ela se posicionando de uma forma diferente em relação à posição em que nos colocava. Esboçou um choro e insistiu na interrogação, disse que foi como se o seu filho estivesse presente no instante em que pela primeira vez nos conhecemos, era como se o seu filho tivesse crescido. Marilena indagou pela terceira vez, repetindo a pergunta. Respondemos: “essa é uma questão importante, Marilena, a lembrança do teu filho”. Decidimos frisar o significante “lembrança”, pois, ao longo de todas as sessões o principal impasse era não conseguir discorrer sobre as lembranças, ou ela desmaiava ou caía em prantos.

Permaneceu nos olhando com ar de espanto e então optamos por encerrar a sessão, para em seguida lhe fornecer os contatos dos psicólogos que partiam do mesmo posicionamento ético e clínico-teórico que o nosso e que atuavam na Saúde Pública ou em consultórios do município. Sabendo ela que atendíamos também em consultório, perguntou se poderia partilhar com a sua nora nosso contato. Contou que de tanto comentar com a nora sobre os atendimentos, ela queria ser escutada. Alguns meses depois Marilena nos enviou uma mensagem, querendo informar que havia parado com os medicamentos antidepressivos e que estava em análise com um psicanalista do município, sendo ele um dos nomes que tínhamos indicado.

Descrevemos o enlace transferencial com Marilena por meio do algoritmo da transferência. As pontuações atinentes a quantidade de filhos que Marilena admitia ter, interrogando-a se eram quatro filhos, marcando que ela teria recalcado o quinto (que teria sido o primeiro, falecido com dois meses de idade) e após o seu desmaio, assinalando o que ela disse antes de desmaiar e nomeando o seu apagamento, visavam à edificação de uma transferência de saber.

A composição da transferência com a escuta psicanalítica foi inaugurada com a oportunidade do dizer sobre um sofrimento, derivado de um filho que há 40 anos estava morto (S). O encontro com o psicólogo, orientado pela Psicanálise, propiciou a produção de um significante quando pôde ser escutada em sua angústia: "eu sei que você é o psicólogo, mas, quando você entrou pelo quarto você me fez lembrar do meu filho" (S¹). Prosseguiu, tendo por base o dizer orientado ao significante que marcou o psicólogo, enunciando outros significantes que a representavam para outros significantes: "tenho muitos problemas" (s), "sou nervosa. Eu desmaio muito" (S¹), "apego-me nos outros para não me angustiar" (S²), "por que quando eu te vi eu lembrei do meu filho, Augusto?" (Sⁿ).

Recuperamos três escansões: 1^a) Marilena enunciava uma excessiva preocupação com um dos filhos e com o marido, 2^a) ela revelava a necessidade de estar apegada a algo para evitar a angústia e 3^a) perguntava-se porque estar de acompanhante da mãe no hospital a fazia se sentir pior do que quando o seu filho morreu. Esses três cortes em três sessões diferentes a levaram a fluir com a livre-associação, compelindo-a a narrar

para o psicólogo os impasses que sentia ter relação com o saber inconsciente: “sou muito nervosa”, “os meus desmaios começaram quando o meu filho morreu”, “não superei a morte do meu filho”, “tenho dores musculares no nervo ciático e o lado esquerdo do meu corpo vive paralisando”, “faço tudo pelos outros e não tenho vida”, “para não me angustiar eu me apego mesmo em alguém próximo”, “eu me sinto culpada pela morte do meu filho, será que eu não matei o meu próprio filho?”, “acompanhar a minha mãe me faz lembrar do meu filho, do meu sogro e do meu pai, todos eles morreram aqui nesse hospital”.

A produção de sujeito, resultado da junção do S com o S^q, viabilizou a Marilena trocar a necessidade (de resposta rápida à queixa de dor pela morte do filho) pela demanda: “o que há para além dessa dor?”. Assim, a urgência orgânica generalizada é intensificada em urgência subjetiva e o discurso sofre uma leve histericização: “por que sofro? De onde vem essa angústia e por que mesmo após 40 anos eu ainda sinto essa dor?”.

A práxis psicanalítica na urgência tem nos mostrado que a ação é para que haja a transferência com o saber do inconsciente. Noutros teores, este seria um ensaio para a entrada nas “entrevistas preliminares”, em um tratamento com um psicanalista ou trabalhador orientado pela Psicanálise. Os sujeitos poderiam vir a demandar uma escuta analítica a outro psicólogo da Rede ou a psicanalistas que estariam atendendo em seus consultórios. A passagem do *Sintoma como resposta para o Sintoma como enigma*, por exemplo, pôde ser evidenciada na procura de Marilena por uma análise, bem como na *localização e esboço de implicação (retificação) subjetiva*, confirmada na suspensão do uso de antidepressivos e investimento no desejo de analisar(-se). Enfatizamos que os sujeitos somente conseguirão chegar a este ponto da elaboração psíquica porque foi instituída a função do desejo do analista.

O desejo de analisar

No local onde reina o cuidado às feridas físicas e os olhares são todos voltados para a recuperação biológica do corpo e o afastamento da mor-

te, o desejo de analista compõe em nossa teorização uma das funções do prelúdio às entrevistas. A sua participação é primordial no âmbito das urgências orgânicas generalizadas. Neste domínio da Atenção, enfatizamos o desejo de analista considerando o manejo da transferência necessário, como forma de os sujeitos desejarem trabalhar subjetivamente os seus sofrimentos. Sobretudo no início do tratamento, e dos impulsos despertados na relação com o analista, o manejo transferencial proporciona um uso da transferência para serem provocados a associação livre e o questionamento dos sintomas (Meirelles, 2012).

Na práxis sustentávamos o desejo de analista com o desejo de que os sujeitos pudessem desejar analisar(-se) (Fink, 2018). Com os que transpareciam uma demanda de escuta, não deixávamos de sublinhar os significantes dos seus discursos que abriam para sentidos não restritos à doença ou à lesão orgânica (urgência orgânica-generalizada). Pautávamo-nos na Ética do desejo como a única força motriz reveladora das possibilidades do sujeito de *vir-a-ser*, superando a dor pela travessia da angústia (urgência subjetiva). O desejo tem o seu papel decisivo no tratamento analítico por ser ao mesmo tempo a representação de uma pura perda e o que singulariza o sujeito, tornando-o único em sua falta-a-ser. O desvelamento de sua finitude é o justo reconhecimento de que há algo que falta e está no horizonte, existindo enquanto objeto (*a*) - o significante da causa de desejo (Lacan, 2008/1964).

Compartilhamos duas curtas vinhetas clínicas, assim como expomos as circunstâncias em que o sujeito enuncia suas demandas. A função do desejo de analista pretendia, com a direção do tratamento, a emergência do sujeito como efeito do seu deslocamento de estar no lugar de objeto-doença. Na primeira vinheta, Fernanda, uma das pessoas que atendemos, estava internada em decorrência de um acidente de moto, ela discorria sobre as dores que sentia em forma de chistes, zombando de si própria. Em um dado momento, após ela dizer que desse acidente só tinha perdido um pedaço do dedo do pé, com seriedade e ênfase na entonação de nossa voz, sinalizamos que o compromisso ao seu lado era escutar as suas perdas. Em resposta, Fernanda desatou a chorar e passou a demandar mais de nossa presença para escutar qual era o núcleo central de sua verdadeira perda: o pai que havia falecido e a deixou imersa num grande vazio.

No outro caso, a segunda vinheta clínica, atendemos Sávio em diversas oportunidades, ele estava internado por conta de uma pneumonia que se agravara, devido ao seu estado já debilitado por anos de uso abusivo de álcool e cigarro. As cotidianas idas ao quarto coletivo no setor “Clínicas”, convidando-o a falar, obtiveram os seus efeitos. Logo na sessão inicial, Sávio que havia começado com um discurso entremeado a tosses intensas, conforme foi se comunicando as tosses foram cessando e ele inclinava o corpo para se sentar no leito, recusava-se a dialogar deitado. Nas sessões seguintes, ele já solicitava caminhar e ser escutado em uma sala com mais privacidade. Em cada término de nossos encontros ressaltávamos que retornaríamos para continuar depois. Durante as sessões, esclarecíamos a natureza múltipla dos sentidos de alguns significantes sonorizados por Sávio. O desejo era que ele analisasse a ambiguidade semântica que habitava em seus ditos. Com o tempo se interrogou acerca dos limites de seu corpo e da identificação com a mãe. Em uma das últimas vezes que o atendemos, Sávio concluiu o que avaliamos ser a elaboração de uma questão de análise: “Pensando aqui, as palavras que eu digo tem um poder sobre mim. Acho que o meu problema é a falta de propósitos. Qual será então o propósito da minha vida agora?”.

A intercessão na urgência, assegurada no desejo do analista, visou com Fernanda e Sávio que dos desejos de analisar os seus questionamentos pudessem advir as interrogações aos sintomas: quais eram as identificações ao desejo do Outro e quais eram as suas causas de desejo? Concordamos com Lacan (2008), na afirmação de que o sujeito viverá a separação (circunstância que conduz a presentificação da pulsão desejante) na experiência de atravessar o plano da identificação, medida conquistada quando o desejo do analista se contrapõe a este mesmo plano.

Sendo assim, o avanço na análise pessoal foi um dos aspectos determinantes para conseguirmos operar com a função do desejo do analista na práxis. Em contextos hospitalares, nos quais a dor está escancarada em suas vísceras, cruamente, mais do que nunca requer que o operador da escuta possa *des-ser* de seu narcisismo – *to be or not to be*, sou tudo para o Outro e ele é tudo para mim (Lacan, 1999). Não incorrer nos riscos de querer ser imprescindível aos outros e acreditar

que as suas dores estão confundidas às nossas, exige transmutar o desejo de "ser" para o desejo "do...".

Em vista disso, o desejo do analista na urgência é o indispensável agenciador da criação de laço transferencial, buscamos com ele o despertar dos sujeitos para as perdas que lhes eram constitutivas. "O desejo do analista não é um desejo puro. É um desejo de obter a diferença absoluta" (Lacan, 2008/1964, p. 260). Por assim dizer, a manobra da transferência no hospital entende que a diferença absoluta obtida pelo desejo do analista emerge com o sujeito. Os estigmas de "doente", "inválido", "incapacitado", "lesionado" são interrogados por aquele que se encontrava na posição de sofredor, em um tipo de tratamento radicalmente absoluto em sua diferença. Nestes termos, portanto, o enlace da transferência e o desejo de que o sujeito possa vir a desejar se analisar, são cruciais para a formalização do dispositivo "prelúdio às entrevistas", representam a balança necessária da posição de objeto para uma posição de protagonista no lugar de trabalho frente aos impasses, os conflitos psíquicos.

Considerações finais

Designamos o prelúdio às entrevistas como possível contribuição da práxis no contexto das urgências hospitalares. Parafraseando Tenório (2000), o prelúdio às entrevistas teria por pilares a desospitalização da demanda e a subjetivação da queixa em princípio de tratamento, o sujeito podendo se interessar pela dimensão subjetiva da dor que o aflige. Demonstra-se, neste sentido, uma ferramenta profícua para a prática da Psicanálise nas instituições. Em sua *anterioridade lógica*, é prévio a todo início de tratamento e é, em ato, o próprio tratamento. E, enquanto tratamento anterior à entrada nas entrevistas preliminares num Estabelecimento institucional, indica-nos que perceber as filigranas de uma escuta analítica em um hospital revela a necessidade de não aplicarmos simplesmente a «Psicanálise de consultório» na Unidade de Saúde. Antes, é preciso arranjar o espaço institucional para que, quem sabe, a Psicanálise possa nele caber.

Referências bibliográficas

- Carneiro, A. B. F., Pena, B. F. & Cardoso, I. M. (2016). Entrevistas preliminares: marcos orientadores do tratamento psicanalítico. *Reverso*, 38(71), 27-36. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v38n71/v38n71a03.pdf>
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. Unesp.
- Costa, M. F. (2016). *A clínica da urgência na unidade de pronto atendimento: da privatização da saúde a uma aposta no sujeito do inconsciente* [Dissertação Mestrado em Psicologia e Sociedade, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis]. Repositorio Institucional UNESP. https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/148827/costa_mf_me_assis_int_sub.pdf?sequence=6
- Costa, M. F. (2019). *Urgência e sujeito numa unidade hospitalar: ensaios sobre a práxis da psicanálise na instituição de saúde*. Eduel.
- Costa, M. F. (2021). *A clínica da urgência e o prelúdio às entrevistas preliminares: uma práxis entre a luta de classes e as formações do inconsciente* [Tese Doutorado em Psicologia e Sociedade, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis]. Repositório Institucional UNESP. https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/214756/costa_mf_dr_assis_par.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Costa, M. F., & Costa-Rosa, A. (2018). O dispositivo clínica da urgência na atenção hospitalar: sofrimento, escuta e sujeito. *Revista Subjetividades*, 18(2), 45-58. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v18n2/05.pdf>
- Costa, M. F., & Costa-Rosa, A. (2021). Considerações sobre a ampliação da Intensão da Psicanálise numa Unidade de Pronto Atendimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41(spe2), 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219208>
- Costa, M. F., Costa-Rosa, A. & Amaral, C. H. A. (2016). Uma psicologia precavida pela psicanálise: A clínica da urgência na unidade de pronto-socorro. *Revista de Psicologia da UNESP*, 15(2), 35-50. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-90442016000200003
- Danto, E. A. (2019). *As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social, 1918-1938*. Perspectiva.
- Fink, B. (2018). As “entrevistas preliminares”: pedagogia analítica. In B. Fink, *Introdução clínica a psicanálise laciana* (pp. 21-24). Zahar.
- Freud, S. (1996/1912). A dinâmica da transferência. In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. XII, pp. 109-119). Imago.

- Freud, S. (1996/1913). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) In *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. XII, pp. 137-160). Imago.
- Lacan, J. (1998/1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In *Escritos* (pp. 591-652). Zahar.
- Lacan, J. (1999/1957-1958). *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente*. Zahar.
- Lacan, J. (2003). *Outros escritos*. Zahar.
- Lacan, J. (2008/1964). *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Zahar.
- Lacan, J. (2011/1971-1972). *Estou falando com as paredes: conversas na Capela de Sainte-Anne*. Zahar.
- Lacan, J. (2012/1971-1972). *O Seminário, livro 19: ...ou pior*. Zahar.
- Meirelles, C. E. F. (2012). O manejo da transferência. *Stylus Revista de Psicanálisis*, (25), 123-135. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/stylus/n25/n25a12.pdf>
- Quinet, A. (2005). *As 4+1 condições da análise*. Zahar.
- Recalcati, M. (2004). A questão preliminar na época do Outro que não existe. *Latusa Digital*, 1(7), 1-12. http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_7_a2.pdf
- Tenório, F. (2000). Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. In *Cadernos IPUB. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*, 6(17), 79-90.
- Vivès, J-M. (2009). Para introduzir a questão da pulsão invocante. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 12(2), 329-341. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000200007
- Wachsberger, H. (1989). Função das entrevistas preliminares. In M. Motta & B. Irma. *Clínica lacaniana: casos clínicos do campo freudiano* (pp. 26-31). Zahar.
- Zucchi, M. A. (2007). O real do sexo e o inconsciente nos sintomas contemporâneos. *Revista aSEPHallus*, (4). http://www.isepol.com/asephallus/numero_04/artigo_06.htm