

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
CAMPUS POÇOS DE CALDAS – CURSO DE MEDICINA

Davidson Sepini Gonçalves

Lauren Spadotin Penteado

Maria Luisa da Silva

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: uma visão psicanalítica

Poços de Caldas

2021

Davidson Sepini Gonçalves

Lauren Spadotin Penteado

Maria Luisa da Silva

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: uma visão psicanalítica

Artigo científico apresentado ao Fundo de Incentivo à pesquisa da PUC MINAS (FIP-2020/24530-1S), como resultado do projeto desenvolvido de forma voluntária.

Poços de Caldas

2021

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: uma visão psicanalítica

Lauren Spadotin PENTEADO¹

Maria Luisa da SILVA²

Davidson Sepini GONÇALVES³

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, *campus* Poços de Caldas

Modalidade de projeto: FIP

(FIP-2020/24530-1S)

1 INTRODUÇÃO

Nós que desejamos curar as feridas de nossos pacientes, também somos feridos: essa é, afinal, a essência do nosso relacionamento. (HILFIKER, 1999)

A relação médico-paciente constitui uma realidade que transpassa os conhecimentos teóricos fortalecendo-se na prática médica. Mais do que avaliar se deve ser uma relação boa ou má, faz-se necessário perceber que nunca será indiferente. Sua especificidade está justamente na fragilidade causada pela enfermidade, seja ela iminentemente orgânica ou de origem psicossomática.

O avanço tecnológico na formação dos futuros médicos muitas vezes, diante das infinitas possibilidades de intervenções e tratamentos, negligencia, de maneira até mesmo inconsciente, a importância das relações que se estabelecem antes mesmo de qualquer procedimento médico, envolvendo o profissional da saúde e seu paciente.

Considerando-se as particularidades, tanto de um quanto de outro, e levando-se em conta temperamentos e traços de caráter, faz-se necessário investir cada vez mais em estudos que revelem os nós dessas relações visando justamente desatá-los para que a experiência do tratamento seja pensada para além da técnica e do conhecimento científico.

¹ Estudante de Graduação do 5o período do Curso de Medicina da PUC Minas; e-mail: lauuren.sp@gmail.com

² Estudante de Graduação do 5o período do Curso de Medicina da PUC Minas; e-mail: malusilva457@gmail.com

³ Orientador do trabalho. Professor do Curso de Medicina da PUC Minas; e-mail: profsepinipuc@gmail.com

Esse trabalho tem como objetivo lançar luzes ao tema e provocar reflexões iniciais sobre esse grande desafio médico. Num primeiro momento tentou-se traçar um breve panorama do que se pode chamar relação médico-paciente, enfatizando as percepções de Sigmund Freud, médico e psicanalista vienense que viveu como ninguém os desdobramentos dessa relação. Outras referências como Balint e Moreira, ilustram esta reflexão inicial.

Num segundo momento, os conceitos de transferência e contratransferência, essenciais para o entendimento e para a vivência da relação médico-paciente, são trazidos nas percepções de Freud, Lacan, Melanie Klein e Ferenczi, mostrando que não se trata apenas de uma maneira de pensar, e sim de várias, mas com algo em comum, a postura do médico na escuta do paciente.

Por último, o trabalho traz a repercussão da relação médico-paciente na clínica médica, ilustrada por um caso clínico de Freud.

Longe de pretender esgotar o tema, o presente trabalho espera estimular acadêmicos e professores dos cursos de medicina a investirem na elucidação desse tema que cada vez mais, torna-se capital na busca do sucesso nos tratamentos médicos.

2 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Não são poucos os pacientes que saem deprimidos dos consultórios, quando não desorientados, em virtude do que conversam com os médicos (MOREIRA, 1979)

A história da relação médico-paciente confunde-se com a história da medicina. Relação complexa, delicada e desafiadora, provoca reflexões e propõe procedimentos a partir do dinamismo e das transformações das relações sociais de uma maneira geral.

O surgimento da Bioética deu ênfase aos comportamentos e costumes que têm como referência a vida e a partir daí surgiu a Bioética Clínica, vertente que se ocupa das relações entre pacientes e profissionais de saúde. Os quatro princípios bioéticos, apresentados por Beauchamp e Childress (1979): *beneficência, não maleficência,*

autonomia e justiça têm sido pensados como indicadores importantes na relação médico-paciente, mesmo porque apresentam estreita afinidade como o código de ética médica, principalmente em seus artigos que tratam das relações com pacientes e seus familiares.

Uma afirmação de Balint (2007, p. 83) chama a atenção: “Admite-se em geral que pelo menos de um quarto a um terço do trabalho médico consiste em psicoterapia pura e simples.” A questão que se coloca a partir daí é se os médicos estariam preparados adequadamente para enfrentar esse desafio. Os profissionais têm uma visão sobre os resultados de longo prazo a serem alcançados quando se dispense mais tempo com os pacientes para além do diagnóstico e da medicação?

Levando-se em conta os casos em que não há comprovação de uma base orgânica para a queixa do paciente, o impasse médico pode estar muitas vezes em tranquilizar o paciente, informando-lhe a ausência de doenças e até mesmo receitando algum medicamento que ajude a inibir os sintomas ou aprofundar-se nas causas das queixas e dos sintomas produzidos.

Percebe-se que, em qualquer um dos casos, não há como negar o estabelecimento de uma relação terapêutica que extrapola a prática médica para que o médico tenha sido tradicionalmente preparado, ou seja, o não encontro de um correspondente orgânico para a queixa e para os sintomas.

Nesse sentido, o desafio do médico é apresentar uma resposta que ajude o paciente a entender sua experiência sintomática e queixosa sem cair na armadilha comum do aconselhamento, mas também sem navegar por águas profundas da psicoterapia onde talvez não se sinta tão à vontade.

Aqui entra o discernimento e o entendimento de que a própria experiência relacional entre médico e paciente seja suficiente para encontrar soluções plausíveis, ou seja, é preciso que o médico aceite a realidade psíquica do paciente e estabeleça um vínculo terapêutico para além dos papéis usuais em que o médico é ativo em suas observações e o paciente é passivo em suas cooperações.

Surgem as questões: seria possível nessas condições que médicos e paciente tenham como referência a própria relação? O que esperar, portanto, de uma relação médico-paciente para além de uma anamnese tradicional e de exames físicos?

Sem dúvida, a que se pensar na escuta. Aprendizado complexo, mas implementador de relações mais profundas que visem, na sutileza de sua prática,

descobrir elementos fundamentais para a evolução de qualquer tratamento. (BALINT, 2007).

A reflexão de Basbaum (in: ISMAEL, 2002, P. XIII) é provocativa:

Eu costumo dizer que, além de remédios, o médico tem de se receitar, isto é, fazer parte integrante do processo do tratamento, como se ele próprio fosse, quem sabe, o mais poderoso remédio que prescreve. Penso que o médico possui um extraordinário poder de cura apenas com sua presença.

Freud falava de *atenção uniformemente suspensa* ou *atenção flutuante* como ficou posteriormente conhecida a técnica de abandonar-se à escuta, pela própria escuta, sem ater-se às especificidades ou mesmo selecionar informações ou impressões que venham da fala do paciente.

Nos dizeres de Freud:

Pois assim que alguém deliberadamente concentra bastante a atenção, começa a selecionar o material que lhe é apresentado; um ponto fixar-se-á em sua mente com clareza particular e algum outro será, correspondentemente, negligenciado, e, ao fazer essa seleção, estará seguindo suas expectativas ou inclinações. Isto, contudo, é exatamente o que não deve ser feito. Ao efetuar a seleção, se seguir suas expectativas, estará arriscado a nunca descobrir nada além do que já sabe; e, se seguir as inclinações, certamente falsificará o que possa perceber. Não se deve esquecer que o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente. (FREUD, 1987, p. 149)

Nesse sentido, a escuta diz respeito não só ao que se diz, mas ao não dito, às lacunas, contradições, distorções, entre outras. Cabe ao médico entender que a criação da realidade pelo paciente, muitas vezes incongruente, pode revelar em algum momento o seu desejo. Aqui a prática clínica apresenta sua condição transferencial e contratransferencial de maneira contundente. Ao deixar fluir o inconsciente do paciente através da fala livre, ou seja, para além da anamnese direcionada e dos questionamentos diretos, o médico deixa também fluir o seu inconsciente através da *atenção flutuante*.

Nesse momento, o médico percebe que, para além de seus conhecimentos técnicos-científicos, o sucesso de seus tratamentos e seu êxito profissional como um todo, passam pela sua capacidade de se relacionar adequadamente com seus pacientes, lidando com suas angústias de maneira segura, o que o leva a crer que tal relação, fruto do uso de sua personalidade a favor de seu conhecimento torna-se um processo terapêutico. (MOREIRA, 1979).

Assim, faz-se necessário desfazer a dicotomia razão/emoção ou conhecimento científico/intuição. A complementariedade potencializa o tratamento uma vez que, o investimento do médico na capacidade de relacionar-se terapêuticamente com o paciente tende a ajudar ambos a oferecerem o melhor de si para o sucesso do tratamento.

Há que se destacar que os projetos pedagógicos oferecidos pelas mais distintas instituições – algumas delas mais enfáticas na formação humanista enquanto outras se mostram focadas unicamente em quesitos mercadológicos – normalmente, não são critérios para a escolha da universidade.

Assim, independentemente de sua formação, jovens médicos se deparam constantemente com a temática do cansaço emocional, fruto da complexidade das relações com seus pacientes. Ocorre que, nem sempre esses profissionais se dão conta dessa realidade, até porque tratam-se muitas vezes de processos inconscientes. Normalmente, atribuem seu cansaço ao excessivo número de atendimentos, ao tempo gasto no trânsito, e às condições precárias de trabalho.

Trazer à tona a necessidade da sistematização do estudo da relação médico-paciente parece ser o grande desafio formativo para a medicina contemporânea. Tal sistematização possibilitaria aos profissionais, independentemente das peculiaridades de temperamento, da facilidade de comunicação e até mesmo de características inatas facilitadoras do envolvimento emocional, entenderem e exercitarem a relação médico-paciente com a qualidade necessária para a excelência no tratamento.

Nos dizeres de Moreira (1979, p.22) ao constatar a necessidade de um treinamento para a que o médico entenda a complexidade de sua relação com o paciente:

Tudo isso pode ser aprendido, praticado, treinado e aperfeiçoado para compor e ou mesmo para compensar, em alguns casos, o que possa faltar de bom senso ou de qualidade inatas (...) talvez não seja fácil admiti-lo sem mais, porque, aparentemente, isso significa acrescentar para o médico uma carga que ele habitualmente está isento.

Cabe ao médico reconhecer a importância de se aperfeiçoar no campo das relações humanas, uma vez que tal prática fundamenta o que se entende hoje como humanização da medicina. Se, por muito tempo a ênfase nesse campo foi no médico e posteriormente se deslocou para o paciente, que tal agora reforçar a ênfase na relação, uma vez que contempla as duas partes e ainda acrescenta o elemento

catalizador voltado para a qualidade do encontro entre pessoas com o mesmo interesse, mas com posicionamentos diferentes.

3 TRANSFERÊNCIA

Nossa experiência demonstrou que a relação de transferência, que se estabelece com o médico, é especificamente calculada para favorecer o retorno dessas conexões emocionais. (FREUD, 1937)

Segundo Roudinesco, (1998), o termo transferência vai além de seu significado psicanalítico. Nesse sentido, tudo o que é descolado, transportado ou substituído, preservando-se a integridade o objeto, pode ser considerado um processo transferencial. A psicanálise inaugura o uso da transferência como “instrumento de cura no processo de tratamento” (ROUDINESCO, 1998, p. 767).

3.1 Transferência em Freud

A transferência é um assunto recorrente nas obras freudianas, sendo uma temática que nasce simultaneamente à psicanálise. Para Freud, a transferência é um fenômeno que ocorre principalmente na situação clínica, entre paciente e o analista (no qual também se encaixa o médico), em que os protótipos do inconsciente do paciente, ou seja, fantasias, vivências, situações e comportamentos, são reproduzidos no decorrer do tratamento. Assim, os sentimentos intrínsecos e as experiências psíquicas prévias são revividas e projetadas no analista/médico.

Em *A Dinâmica da Transferência*, Freud (1912) avalia que tais protótipos do inconsciente podem surgir de diferentes modos, desde amor, até ódio ou medo, podendo ser, portanto, positivos ou negativos para a análise. Dessa maneira, Freud distingue a transferência entre positiva e negativa, sendo a transferência negativa a repetição de todos os sentimentos hostis do sujeito para com o médico ou analista, fazendo com que o paciente aja com resistência aos pedidos do médico.

Assim, a transferência negativa aparece como um obstáculo para o tratamento. Já a transferência positiva, é dividida em amistosa e erótica, a primeira funcionando como o motor da cura, enquanto a erótica, assim como a negativa, atuando como

resistência. Em conclusão, observa-se que a transferência deve ser cuidadosamente considerada, pois a repetição pode constituir o motor da cura, servindo como um material a ser entendido e modificado, mas também, pode aparecer como resistência, tornando-se um obstáculo à direção da cura. (BAREMBLITT, 1991).

Nesse sentido, cabe ao médico o manejo da transferência negativa, expediente que pode constituir-se de maneira relativamente simples dada à ambiguidade dos afetos representados, o que significa dizer que toda agressividade carrega uma boa dose de amor e que todo desprezo também traz elementos de admiração. Portanto, é preciso pensar para além da transferência negativa, ou seja, na resistência e em toda a ambiguidade e diversidade que carrega.

Nos dizeres de Robert e Kupermann (2012, p. 38)

O percurso teórico-clínico de Freud permite relacionar essas diferentes formas clínicas de resistência às diferentes maneiras que o sujeito encontra para lidar com as vivências de dor. Nas articulações sobre a clínica da histeria, a resistência aparece como evitação da dor que a admissão na consciência de uma ideia conflitante recalçada pode causar. A clínica do trauma e do masoquismo, por sua vez, aponta para uma resistência que se refere à dimensão traumática do desamparo. Pretendemos demonstrar que o manejo da transferência na clínica freudiana visa criar condições para que o sujeito possa suportar a dor e o desamparo, o que impôs a Freud a criação de estratégias de manejo que levassem em conta a diversidade de resistências apresentadas por seus analisandos.

Não se trata de uma exigência de que o médico identifique as clínicas psicanalíticas e a partir daí adote estratégias adequadas, mas que possa superar os obstáculos da resistência negativa a partir da percepção de que toda resistência revela certo medo da cura, o que também revela os processos inconscientes promotores das transferências.

Obstáculos são superados permitindo-se que os afetos se mantenham em circulação na relação médico-paciente.

3.2 Transferência em Lacan

Para Lacan, o conceito de transferência não se limita apenas a repetição de comportamentos, situações e sentimentos que se deslocam de uma representação para outra; a transferência é compreendida, também, como um fenômeno que modifica as relações do sujeito com o seu inconsciente, ou seja, alternando-o. Em *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, Lacan (1958) afirma que, na

transferência, o analisando atribui ao analista um sentimento que não lhe pertence, assim, o analista pode interpretar os sintomas do paciente tirando proveito de sua posição como analista, uma vez que a transferência ocorre por meio de uma relação assimétrica, marcada pela alteridade (BAREMBLITT, 1991). Já no *Seminário 11*, Lacan (1964) confirma essa hipótese ao introduzir o conceito do *sujeito suposto saber*, apontando que a transferência está em ação quando o analista é para o paciente um *sujeito suposto saber*, ou seja, o paciente passa a supor o que analista sabe a seu respeito, surgindo a partir de uma “expectativa” de saber no outro.

Conceito altamente aplicável à medicina, o *sujeito suposto saber* acontece desde o momento em que o paciente decide qual médico irá procurar, pois a confiança que ele mesmo deposita no profissional é um suposto saber sobre o desejo e a expectativa inconsciente daquele sujeito de ser curado.

3.3 Transferência em Melanie Klein

Diferentemente de Freud e de Lacan, Melanie Klein entende a transferência como um fenômeno tridimensional, ou seja, presente no eixo espacial e não apenas vinculado ao passado e ao presente do indivíduo; desse modo, um de seus tópicos é que a transferência deve ser interpretada como um fenômeno que está acontecendo estritamente aqui e agora na relação entre o paciente e o terapeuta (BAREMBLITT, 1991).

Nesse sentido, os estudos de transferência segundo Melanie Klein frequentemente partem da infância, pois ela acredita que as brincadeiras com o analista são uma forma de demonstrar o seu inconsciente no momento presente, uma vez que a transferência é fruto das externalizações de relações objetais internas, e pode acontecer em todas as relações pessoais.

Assim, a transferência para Melanie Klein, é a repetição reproduzida em outras situações da vida, não apenas no meio analítico, e pode acontecer nos momentos de fixação nos quais se permanece por falta de desenvolvimento ou pode retornar devido à regressão originada pela frustração (BAREMBLITT, 1991).

Klein, diferentemente de Lacan, dá pouca importância aos sonhos, e foca nas ansiedades, defesas e “fantasmas” dos indivíduos, pois acredita que, na medida em que as ansiedades são registros do jogo instintivo e do sofrimento psíquico, e na medida em que desencadeiam defesas, instintos e ansiedades, se exprimem nos

fantasmas. Analisando os fantasmas, as ansiedades e defesas, consegue-se desmanchar as características adotadas pelo self e os objetos em cada posição, o que torna mais manejável a importância que pode ter, eventualmente, a carga dos instintos em cada uma das posições, especialmente os instintos de morte. (BAREMBLITT, 1991).

Nota-se grande aplicabilidade da teoria de Melanie Klein na relação médico-paciente, levando-se em conta principalmente os medos dos pacientes, que se transformam em fantasmas transfigurados em ansiedades e mecanismos de defesa, prejudicando sobremaneira a formação de diagnósticos assim como a elaboração de tratamentos.

4 CONTRATRANSFERÊNCIA

O termo “contratransferência” foi utilizado pela primeira vez por Freud em "As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica", texto científico escrito em 1910. No artigo, a contratransferência é definida como conjunto de reações emocionais inconscientes do analista frente às investidas afetivas do paciente. Sendo assim, percebe-se que este termo é intimamente vinculado à transferência, visto que sua origem é resultado da influência do paciente. Nos dizeres de Freud:

As outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da "contratransferência", que, nele, surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará. (FREUD, 1910/2006, p. 150).

A partir dessa definição, torna-se evidente que em uma relação transferencial não são apenas os aspectos inconscientes do paciente que definem o processo analítico, mas também, os aspectos inconscientes do profissional. Em conclusão, no contexto terapêutico, observa-se que fragmentos do inconsciente do analista/médico podem provocar reações, também inconscientes, no próprio paciente.

No entanto, tais fragmentos são interpretados por Freud (1910/2006) como obstáculos ao tratamento analítico, sendo necessário o reconhecimento, a análise e, por fim, o controle dos mesmos. (ZAMBELLI, 2013). Nesse sentido, o segundo princípio básico da psicanálise torna-se aspecto essencial no que tange à contratransferência, a saber, "quem deseja analisar os outros deve, em primeiro lugar,

ser ele próprio analisado" (FERENCZI, 1928/1992, p. 26). No contexto da relação médico-paciente, portanto, para que o profissional possa tratar o paciente, é necessário, primeiro, que se torne consciente de seus próprios movimentos inconscientes e processos transferenciais, entendendo as influências acerca do psiquismo do paciente. (ZAMBELLI, 2013).

5 REPERCUSSÕES NA CLÍNICA MÉDICA

“Uma pesquisa sobre as pessoas que fazem queixa médica, verificou que, em mais da metade dos casos elas não a fazem por erro médico, mas devido a dificuldades na relação com o médico.” (Paul, 2001, p. 77)

A psicanálise, na relação médico-paciente, tem como objetivo conferir ao paciente um lugar de sujeito, que deve ser ouvido metodicamente e atentamente. A partir da singularidade e a subjetividade das narrativas, é possível perceber que não existe uma forma fixa e totalmente eficiente de examinar os pacientes. Freud, ao tentar explicar a origem das histerias e das neuroses, mostra que é possível que as enfermidades não apresentem sintomas visíveis ou palpáveis. Assim, o psíquico deixa de ser ignorado e passa a ser tratável por meio da fala, ou seja, o sujeito do tratamento falará sobre si mesmo (PERON, 2004). Essa maneira de entender o lugar o paciente na relação com o médico, afeta significativamente a clínica médica.

O processo de adoecer, nos indivíduos neuróticos, ou seja, aqueles que sofrem com o relacionamento consigo mesmo, está ligado a uma situação de frustração, com conseqüente represamento da libido no inconsciente. Contudo, essa libido buscará um escape para o consciente, produzindo assim, sintomas tratáveis à psicanálise.

Para Freud, o recurso que trataria esse problema seria “a tradução daquilo que é inconsciente para o consciente” (SANTOS, 1994), que traria, gradativamente, as resistências e os obstáculos que mantem o conteúdo no inconsciente.

5.1 Um caso clínico

O caso mais famoso de transferência é descrito em 1905, no livro *Fragmento da Análise de Um Caso de Histeria – O Caso Dora*, de autoria do neurologista e psiquiatra Sigmund Freud.

O caso Dora, na obra de Freud, anunciaria sua descrença na até então criada teoria sobre a neurose e, concomitantemente, no tratamento e compreensão do processo de sua cura (CELES, 2007).

A menina Dora, desde cedo, produziu sintomas neuróticos no corpo, confirmando a tese freudiana de que, na histeria, o corpo é lugar de conflito de ordem sexual. Seus padecimentos denunciariam os efeitos da excitação de origem sexual e uma identificação à figura paterna, a quem era particularmente devotada.

A referência familiar Dora era o pai, conceituado senhor, descrito com admiração por Freud, tanto por suas características pessoais – “já beirava os cinquenta anos e era um homem de atividade e talento bastante incomuns, um grande industrial com situação econômica muito cômoda” (FREUD, 1905/1987) – como pela sua história de vida, diretamente relacionada com a história de Dora. Ao contrário, em relação à mãe, Dora manifestava desprezo ou até mesmo a indiferença.

Conforme descrito no caso, o pai de Dora mantinha um relacionamento extraconjugal com a esposa de um amigo da família, denominado por Freud como Sr. K. Esse relacionamento, inicialmente, despertou um sentimento de ciúmes no Sr. K. Contudo, ele buscou seduzir a filha do amante de sua esposa, cortejando-a e tentando beijá-la durante uma temporada em sua casa de campo. Dora o rejeita e relata o ocorrido à família. O pai de Dora, preocupado em proteger seu romance, a faz passar por mentirosa e a encaminha para o tratamento com Freud (FERREIRA e MOTTA, 2014).

Neste tratamento, Freud recomenda que Dora fale o que estiver mais vivo em sua mente, deixando as palavras fluírem livremente. Aqui trata-se de uma mudança ocorrida no ouvinte. A atenção de Freud ao discurso de Dora testemunha a virada do privilégio da fala do paciente para o privilégio do ouvir do médico. Acontece que essa mudança no ouvir implicou Freud de maneira mais pessoal, criando-se uma tensão entre seu ideal, expresso de muitas formas, por uma distância neutra e fria e pela efetiva presença de sua pessoa, com o peso de sua experiência.

A partir do caso Dora, destacam-se a transferência e a escuta como principais objetos de tratamento. A transferência torna-se, a partir de então, o componente maior da análise, mas também um grande problema.

Nos dizeres de Celes, 2007, p. 145,

Os destinos dos casos tornam-se incertos, os tratamentos se alongam (talvez uma psicanálise não conheça mais o seu fim), os casos tornam-se difíceis na condição da transferência, de seu modo inesperado de manifestação, ou de sua impossibilidade de realização, e em seu acontecer que não pode mais se aprisionar numa definição, devido justamente à implicação do analista

Considerando-se que a partir do Caso Dora, a análise nunca mais foi a mesma, poder-se-ia dizer também que a relação médico-paciente também não. Escuta e transferência passam a compor o tratamento, antes mesmo do seu início, direcionando os passos seguintes e influenciando significativamente seu resultado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma primeira consideração a ser feita certamente seria sobre o porquê do pouco interesse nos meios de formação médicos por um tema tão crucial como o da relação médico-paciente.

Viu-se nesse trabalho que se trata não só de um protocolo de informações, mas de um processo complexo que começa com a chegada do paciente ao local de atendimento e que se desdobra durante todo o tratamento, sendo corresponsável pelo seu sucesso ou insucesso.

Viu-se que as condições emocionais que trazem à tona os sintomas que têm como fonte processos inconscientes de produção de sofrimento revelam-se na fala do paciente que precisa ser ouvida de maneira fluida pelo médico, cuja atenção flutuante deixa com que ele perceba o não dito, o *maldito* e o ato falho.

Outra consideração importante, como consequência do que foi observado anteriormente, refere-se à importância da escuta. Conclui-se com esse trabalho que o maior problema na relação aqui explorada é realmente a habilidade da escuta por parte do médico. Como foi visto, uma escuta bem trabalhada desencadeia o processo de transferência que por sua vez estabelece um vínculo significativo na relação terapêutica.

Uma boa escuta nem sempre se refere ao entendimento do que foi dito ao médico, assim como uma boa comunicação nem sempre se refere ao entendimento do que foi dito ao paciente. A questão que se colocou aqui vai além. Afetos e desafetos inconscientes influenciam na escuta e na comunicação, trazendo desdobramentos importantes.

Por fim, o caso Dora ilustra e traz à tona o desafio médico de, para além de ouvir o paciente, ouvir a própria relação marcada pela transferência e pela contratransferência.

Considerando-se os grandes desafios da profissão médica, há que se pensar na relação médico-paciente como um desafio *sui generis*, capaz de revelar elementos inusitados que efetivamente contribuirão para o desfecho do tratamento.

7 REFERENCIAS:

BALINT, Michel. **O médico, seu paciente e a doença**. São Paulo: Editora Ateneu, 2007.

BAREMBLITT, G. **Cinco Lições sobre a transferência**. São Paulo: Hucitec, 1991.

BASBAUM, Claudio. In: ISMAEL, J.C. **O médico & o paciente: breve história de uma relação delicada**. São Paulo: T.A. Queiroz editor, 2002.

BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J.F. **Principles of Biomedical Ethics**. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 1979.

CELES, Luiz Augusto M. "Dora" Contemporânea- e a crise terapêutica da psicanálise. **Psicologia Clínica**., Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 137-154, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2910/291022012010.pdf>. Acesso em 13/12/2020.

COSTA E SILVA, Carlos Alexandre Araújo Benício da. Das Relações Iniciais entre Interpretação e Transferência no Desenvolvimento do Método Freudiano. **Psicologia Ciência e Profissão**., Brasília, v. 34, n. 3, p. 704-714, set. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300704&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 dez. 2020.

Ferenczi, Sándor. **Elasticidade da técnica psicanalítica**. (1928) In: Obras completas de Sándor Ferenczi. São Paulo: Martins Fontes, 1992. Vol. IV.

FERREIRA, Nádia P.; MOTTA, Marcus A. **Histeria: O Caso Dora**. Editora Zahar, Rio de Janeiro, 2014.

FREUD, Sigmund. **As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica.** (1910) In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2006. V. XI

FREUD, Sigmund. **Construções em análise** (1937) In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987. V. XXIII.

FREUD, Sigmund. **Fragmento da análise de um caso de histeria** (1905/1901). In Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1987 V. VII.

FREUD, Sigmund. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise** (1912) In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987. V. XII.

HILFIKER, David. In: ISMAEL, J.C. **O médico & o paciente:** breve história de uma relação delicada. São Paulo: T.A. Queiroz editor, 2002.

LOURENÇO, Lara Cristina. Transferência e Complexo de Édipo, na Obra de Freud: Notas sobre os Destinos da Transferência. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** Vº. 18 nº. 5. São Paulo. 2005. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24828.pdf>>. acesso em 13/12/2020.

MOREIRA, Alonso Augusto. **Teoria e prática na relação médico-paciente.** Rio de Janeiro: Interlivros, 1979.

PAUL, Patrick. **Relação médico-paciente.** São Paulo: Ágape, 2001.

PERON, Paula Regina. Da sugestão à análise da transferência: a noção de cura psicanalítica no início da obra freudiana. **Mental**, Barbacena, n. 2, p. 35-53, jun. 2004. <Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v2n2/v2n2a04.pdf>>. Acesso em 13/12/2020.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 1998.

SANTOS, Manoel Antônio dos. A transferência na clínica psicanalítica: a abordagem freudiana. **Temas em Psicologia.** Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 13-27, ago. 1994. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 dez. 2020.

ZAMBELLI, Cássio Koshevnikoff; TAFURI, Maria Izabel; VIANA, Terezinha de Camargo e LAZZARINI, Eliana Rigotto. Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. **Psicologia Clínica.** [online]. vol.25, n.1, pp. 179-195, 2013.