

**Transferência ativa: um manejo clínico no tratamento das psicoses****Active transference: a clinical management in the treatment of psychoses****Transferencia activa: una gestión clínica en el tratamiento de las psicosis****Recebido: 05/07/2020****Aprovado: 22/01/2021****Publicado: 18/04/2021****Araceli Albino<sup>1</sup>**

Esta é uma revisão narrativa sobre o manejo do elemento técnico psicanalítico da transferência na clínica da psicose, desenvolvida em 2020, com recortes das perspectivas clássicas *freudiana*, *kleiniana*, *lacaniana* e também outras abordagens teóricas contemporâneas, com o objetivo de apresentar o conceito de transferência ativa como possibilidade aplicada a clínica da psicose. Abordou as seguintes áreas temáticas: *Transferência: a invenção técnica de Freud*, *Transferência na visão de Melanie Klein*, *Transferência na visão de Lacan*, *O diferencial da transferência na clínica das psicoses*, *Transferência na psicose e os contemporâneos*, e *Transferência ativa – o acting do Amor*. Na psicose, a transferência ativa é direta, maciça, objetal, é um *acting* de amor. A direção de tratamento sustentada pela transferência ativa, integrada com outras áreas do conhecimento, como a psiquiatria, técnicas criativas e projetivas da psicologia, e a escuta psicanalítica individual e grupal, pode ajudar a melhorar, de maneira significativa, a qualidade de vida de pessoas em estrutura psicótica.

**Descritores:** Transtornos psicóticos; Terapêutica; Transferência (Psicologia), Psicanálise.

This is a narrative review about the management of the psychoanalytic technical element of transference in the clinic of psychosis. It was developed in 2020, with clippings from the classic Freudian, Kleinian, Lacanian perspectives, and also other contemporary theoretical approaches, with the aim of presenting the concept of active transference as a possibility applied to the clinic of psychosis. It addressed the following thematic areas: *Transference: Freud's technical invention*, *Transference according to Melanie Klein*, *Transference according to Lacan*, *The differential of transference in the clinic of psychoses*, *Transference in psychosis and contemporaries* and *Active transference - the acting of Love*. In psychosis, active transference is direct, massive, objectal, it is an acting of love. The direction of treatment supported by active transference, integrated with other areas of knowledge, such as psychiatry, creative and projective techniques of psychology, and individual and group psychoanalytic listening, can help to significantly improve the quality of life of people in psychotic structure.

**Descriptors:** Psychotic disorders; Therapeutics, Transference (Psychology); Psychoanalysis.

Esta es una revisión narrativa sobre la gestión del elemento técnico psicoanalítico de la transferencia en la clínica de la psicosis, desarrollada en el año 2020, con recortes de las perspectivas clásicas *freudiana*, *kleiniana*, *lacaniana*, y también de otros enfoques teóricos contemporáneos, con el objetivo de presentar el concepto de transferencia activa como una posibilidad aplicada a la clínica de la psicosis. Abordó las siguientes áreas temáticas: *Transferencia: la invención técnica de Freud*, *Transferencia en la visión de Melanie Klein*, *Transferencia en la visión de Lacan*, *El diferencial de la transferencia en la clínica de las psicosis*, *Transferencia en la psicosis y los contemporáneos*, y *Transferencia activa - el acting del Amor*. En la psicosis, la transferencia activa es directa, masiva, de objeto, es un *acting* de amor. La dirección del tratamiento sustentada en la transferencia activa, integrada con otras áreas del conocimiento, como la psiquiatría, las técnicas creativas y proyectivas de la psicología y la escucha psicoanalítica individual y grupal, puede ayudar a mejorar significativamente la calidad de vida de las personas con estructura psicótica.

**Descritores:** Transtornos psicóticos; Terapêutica; Transferencia (Psicología); Psicoanálisis.

## INTRODUÇÃO

**T**ransferência é um termo psicanalítico, utilizado para expressar a relação estabelecida entre o paciente e o analista na prática clínica. É um conceito fundamental, o que move a análise. Sem transferência, não existe análise, ponto indiscutível entre os psicanalistas clássicos e contemporâneos quando se trata das neuroses.

Durante o tratamento, a transferência é explicada pela ação combinada das disposições inatas e das influências sofridas pela criança durante os primeiros anos de vida. Isto produz um clichê estereotipado, isto é, uma predisposição ao enamoramento<sup>1</sup>. Estas experiências infantis são reeditadas na relação entre analista e paciente.

Na visão contemporânea, a transferência possibilita que o paciente represente para o analista a sua história, não apenas relatando o que vive, mas revivendo novamente os afetos sentidos em fase anterior, como uma forma de atualizar os impulsos eróticos ocultos<sup>2</sup>.

Desde a época de Freud até o momento atual, utiliza-se a transferência como um dos procedimentos fundamentais na aplicabilidade da técnica psicanalítica, não há desacordos entre os psicanalistas das diferentes correntes. Este instrumento é manejado para colocar o paciente em condições infantis e o analista entra como uma espécie de substituto da autoridade paterna<sup>3</sup>.

Na psicose, a transferência é controversa, é um tema pouco explorado, uma vez que são raros os analistas que se dedicam a estudá-la.

O conceito de transferência ativa aborda a ideia de o analista conduzir a direção do tratamento das psicoses por meio do *acting* de amor, é o que move a relação entre analista e paciente psicótico<sup>4</sup>.

A transferência ativa, é o motor que move a análise de pacientes de estrutura psicótica, possibilitando a melhoria da qualidade de vida do sujeito. Assim, este estudo tem como objetivo apresentar o conceito de transferência ativa como possibilidade aplicada a clínica da psicose.

## MÉTODO

Esta é uma revisão narrativa sobre o manejo do elemento técnico psicanalítico da transferência na clínica da psicose, realizada em 2020, com recortes das perspectivas clássicas freudiana, kleiniana, lacaniana e também outras abordagens teóricas contemporâneas.

A psicanálise, compreendida como uma disciplina científica, comporta bases epistemológicas e éticas para realização de pesquisa<sup>5</sup>.

Se propõe trabalhar o conceito de transferência ativa<sup>4</sup> como sendo o polo pulsional, que ajuda a construir um processo analítico capaz de melhorar a qualidade de vida dos pacientes que possuem uma estrutura psicótica.

## RESULTADOS

Foram utilizadas 24 referências de cunho psicanalítico. E, para a melhor compreensão, se abordou as seguintes áreas temáticas: *Transferência: a invenção técnica de Freud*, *Transferência na visão de Melanie Klein*, *Transferência na visão de Lacan*, *O diferencial da transferência na clínica das psicoses*, *Transferência na psicose e os contemporâneos*, e *Transferência ativa – o acting do Amor*.

## DISCUSSÃO

### ***Transferência: a invenção técnica de Freud***

O termo transferência não é específico do vocabulário psicanalítico; é utilizado por várias áreas do conhecimento. A sua origem é do latim e significa etimologicamente 'trans' (passar através de) e 'feros' (conduzir). Abrange alguns significados, como transporte, deslocamento de valores, de direitos, troca, permuta, transposição de fronteiras e barreiras<sup>6</sup>.

Na clínica psicanalítica, Freud utilizou a expressão transferência (al. *Übertragung*)<sup>1</sup>, para explicar a relação estabelecida entre paciente e analista no tratamento das neuroses.

Em “*Estudos sobre a histeria*”, de 1893-1895, Freud fala do amor do paciente, que se volta para o analista como sendo um processo de transferência<sup>7</sup>. Em 1900, no capítulo VII de “*A Interpretação dos sonhos*”, sedimenta-se a ideia sobre a transferência como um conceito relacionado especificamente na relação do par analítico (analista-paciente). A transferência é o fenômeno constituído a partir do desejo recalcado, que se manifestará através de qualquer objeto que esteja representado na cadeia simbólica inconsciente, para o qual não há uma tradução direta possível<sup>8</sup>. Em outras palavras, o desejo recalcado não pode ser reconhecido é inefável, o impossível de ser dito e, se fará presente nos sonhos, nos lapsos, nas repetições, chistes, atos falhos e nos sintomas.

A transferência é um processo de repetições das experiências infantis, aquelas que determinam a forma do sujeito relacionar-se com os objetos, especificamente no processo analítico. As experiências infantis relacionadas com as figuras parentais serão deslocadas e revividas na relação com o analista, sob o comando das ambivalências pulsionais de amor e ódio. Ou seja, há uma transferência inconsciente de afetos arcaicos infantis para o analista.

O conceito da transferência ganha maior relevância a partir do caso Dora, da qual, não houve um bom manejo e a paciente abandona o tratamento. No período de 1909 a 1915, o pensamento freudiano sobre o tema teve importantes evoluções<sup>9</sup>. Considerou a transferência como um agente terapêutico, sendo um processo sofrido pelo paciente, mas necessário ao tratamento<sup>9</sup>. Tecnicamente, o analista tenta ajustar os impulsos inconscientes à história de vida do paciente, facilitando a compreensão dos impulsos e da ação, e trabalha as resistências que aparecem em forma de transferência, a relação transferencial.

A resistência aparece para evitar os desejos sexuais infantis, ou seja, aparece quando o analista se aproxima de conteúdos patogênicos relacionados às figuras parentais<sup>10</sup>. Neste caso, a transferência, como um processo de resistência, foi considerada um obstáculo para o processo analítico.

A transferência como um poderoso instrumento técnico surge quando se conceitua os dois tipos de transferência, a positiva e a negativa<sup>11</sup>. A positiva é relacionada aos sentimentos amorosos para a pessoa do analista, que faz a análise avançar. A transferêncianegativa está relacionada com os sentimentos eróticos e agressivos em relação ao analista.

O analista precisa suportar os sentimentos que o paciente lhe deposita, não deve se afastar do amor de transferência, mas deve tratá-lo como irreal. As *imagos* parentais são transferidas inconscientemente para o analista, que deve lidar com neutralidade e abstinência para ajudar o paciente a elaborar e a curar tais afetos.

O amor que o paciente dirige ao analista é uma autêntica demanda de amor sentida como real, e o analista deve invocar e tratar como sendo uma fantasia transferencial. O primeiro desafio do analista é suportar a transferência e, ainda, encontrar um caminho para analisá-la, para o qual não existe modelo na vida real.

De outro modo, o amor de transferência é consolidado por meio da escuta analítica sobre a falta, o desejo, o sofrimento, através do qual o analista pode direcionar o amor.

O paciente anseia viver este amor em sua plenitude e o analista precisa fazer a diferenciação, esclarecer que não é dirigido à pessoa do analista, mas às figuras parentais introjetadas<sup>11</sup>.

Através dos escritos freudianos sobre a técnica, o conceito de transferência se sedimentou no uso da prática clínica e é manejado pelos psicanalistas como instrumento essencial no processo analítico.

### ***Transferência na visão de Melanie Klein***

A contribuição de Melanie Klein é fundamental para a psicanálise, pois enfatiza os “*elementos primitivos do psiquismo*”. É pioneira na clínica psicanalítica infantil pela técnica do

brincar emuito contribuiu para o entendimento do processo de transferência aplicado a pacientes que não respondem à neurose de transferência proposta por Freud<sup>12</sup>.

O processo transferencial a partir da existência de um mundo interno, ou mundo de objetos, vai sendo internalizado pela criança desde o nascimento, através dos mecanismos de introjeção e, posteriormente, devolvidos para o mundo externo como projeção<sup>12</sup>.

O mundo interno seria o resultado das fantasias inconscientes, das introjeções de objetos bons e maus, que são revividos na situação analítica. Os processos de projeção e introjeção são iniciados nas primeiras relações objetais (mãe-seio), originárias na fase denominada *esquizoparanóide*. Os objetos são divididos em bons e maus; os afetos, em amor e ódio e, desta forma, são transferidos para o *Outro*. No olhar kleiniano, a transferência:

*Origina-se dos mesmos processos que, nos estágios iniciais, determinam as relações de objeto. Desta forma, na análise tem-se que voltar repetidamente às flutuações entre objetos amados, externos e internos, que dominam desde o começo da infância*<sup>12</sup>.

No *setting*, o analista toma o lugar de objetos originais e o paciente revive os sentimentos e conflitos, com as mesmas defesas que usou na situação original. As associações do paciente estão relacionadas com objetos atuais, que expressam ansiedade, culpa, inveja e reparação.

O processo de transferência é uma reprodução de todos os objetos primitivos e relações objetais internalizadas pelo sujeito na primeira infância, que são direcionados para o analista. São representações pulsionais, fantasias e angústias, que estão intimamente relacionadas com as representações do ego, superego primitivo e com o Complexo de Édipo precoce<sup>13</sup>. Há uma interconexão da transferência positiva e negativa, um interjogo que se dá entre amor e ódio.

A transferência é vista como um fenômeno de identificação projetiva, dando origem ao conceito kleiniano de transferência primitiva<sup>12</sup>, que abriu o campo para se pensar em um outro tipo de transferência, que não seja a neurótica. Esse tratamento necessita de um manejo técnico suficientemente estável, pela qual, o cenário analítico deve sustentar a difícil relação com o analista.

As ideias kleinianas quanto à existência de outro manejo técnico da transferência incentivaram na contemporaneidade o trabalho com a clínica das psicoses.

### **A transferência na visão de Lacan**

Na concepção lacaniana, a transferência é um fenômeno inconsciente e universal, regido pelo processo primário, e é determinada pela libido e pelo desejo, no qual não há palavra possível. O impossível de ser dito, o inefável, na análise se fará presente por meio das repetições, lapsos, chistes, sonhos e sintomas.

O *desejo* é desejo do *Outro* (*Grande Outro*) e, no caso da análise, seria o *desejo do analista*, devendo este reconhecer os movimentos pulsionais de amor e ódio em si, para não entrar nas armadilhas do encanto da transferência<sup>14</sup>.

O fato de o humano colocar-se como um ser de linguagem já implica na existência de transferência, é um mecanismo permeável à ação da fala. O falar na situação analítica é diferente de falar com o semelhante. Na análise, o paciente fala para o *Outro* que imaginariamente sabe dele, e que se denominou *Sujeito Suposto Saber*<sup>14</sup>.

Lacan admite que: *“parece impossível eliminar do fenômeno da transferência o fato de que ela se manifesta na relação com alguém a quem se fala”*<sup>14</sup>.

O paciente neurótico estabelece uma relação imaginária com o analista, atribuindo a ele o conhecimento sobre si e sobre o que lhe acontece. É uma maneira de se juntar simbioticamente ao analista, que interpreta um saber, e o paciente coloca-o no lugar da verdade, do salvador, deixando-o na posição do *Outro*. Mas, o analista, por sua vez, não ocupa este lugar, pois sabe que não é o *Outro*, mas reconhece que é o que garante a situação analítica. O analista é o *Outro* na transferência simbólica<sup>14</sup>.

Não há simetria entre a posição do analista e a do analisando, pois o primeiro não atua enquanto sujeito, transfere um saber para o paciente, que não é um saber teórico, mas um saber ético, provocando e sustentando um lugar sobre o sujeito. O amor de transferência se dirige ao

saber. A transferência se funda em uma falha de saber no *Outro*, no caso, o analista, que responde ao sujeito que deseja seu amor, ausentando-se como sujeito. A impostura do analista possibilita o surgimento do desejo, a verdade do sujeito do inconsciente<sup>14</sup>. A transferência seria a atualização da realidade do inconsciente, é a mobilização do sujeito do suposto saber na associação livre, que equivale ao apelo ao Nome-do-Pai<sup>15</sup>.

No olhar lacaniano o processo transferencial, enquanto manejo técnico, é parecido com a proposta freudiana, um instrumento técnico eficaz e essencial na condução de uma análise, oriundo das representações inconscientes que são reatualizadas no campo analítico, sendo um importante fator de ressignificação.

### ***O diferencial da transferência na clínica das psicoses***

A transferência como conceito se firmou teoricamente, bem como o manejo clínico. Inicialmente, foi relacionada à clínica das neuroses e, aos poucos, foi sendo aplicada na condução de uma direção de tratamento para pacientes com estrutura psicótica.

Freud inaugurou o pensamento sobre a psicose como sendo uma dissociação de funções psíquicas, e não como um *déficit* mental; quando fez o estudo biográfico de *Schreber*, reconheceu que a transferência efetuada para a pessoa do seu médico foi fator precipitante de sua psicose, o que significa que a perseguição e o surgimento de figuras persecutórias já eram um efeito da transferência<sup>16</sup>. Outro ponto significativo dos estudos freudianos é o delírio como possibilidade de ressignificação da experiência imaginária<sup>16</sup>.

O analista tem, como princípio ético, o respeito àquilo que o paciente diz, é nesta relação de transferência que se conduz a direção do tratamento. O analista sustenta os significantes do sujeito, vendo o delírio e a alucinação como o modo particular deste de lidar com a sua própria castração.

Melanie Klein tratou o primeiro caso de psicose (*Caso Dick*) por meio da interpretação psicanalítica do brincar, considerando essencial a análise da introjeção projetiva<sup>12</sup>, que transferia para o analista e para os brinquedos de uma forma real. O analista precisava ter uma manobra para lidar com o mundo empobrecido de subjetividade. Esta forma de manejo abriu caminho para os seus seguidores a trabalharem com a psicose.

Por sua vez, Lacan inicia sua formação psicanalítica com a tese de que o analista não deve recuar frente à psicose<sup>17</sup>. A visão psicanalítica da existência de um sujeito, que possui um inconsciente, uma linguagem e ocupa um lugar no mundo, dá lugar para a clínica da psicose. O psicótico, como o neurótico, é um sujeito que se constituiu psicicamente de forma diferente.

Outro ponto relevante é que o tratamento psicanalítico preconiza o sujeito frente às suas organizações do psiquismo, constituídas por mecanismos que são defesas psíquicas, não doenças. A técnica psicanalítica é articulada de acordo com a estrutura constituída e as defesas a ela associadas. Não trata o sujeito com estrutura psicótica num estereótipo de doença mental.

O manejo da transferência no tratamento é do analista, ele é a testemunha do paciente, que sustenta e secretaria o delírio, uma vez que é nele que o sujeito se encontra<sup>17</sup>.

A teoria lacaniana sobre as psicoses aponta que o surto pode ser desencadeado em um estado pré-psicótico, ou nas primeiras sessões de análise, uma vez que o analista parte da tentativa de ligar o núcleo da psicose a uma relação do sujeito com o significante puro e suas relações de afeto<sup>17</sup>.

A fragmentação do sujeito, no momento de abordar a palavra verdadeira, situa sua entrada e seu deslizamento na psicose. A transferência, em sua dimensão de engano amoroso, revela o tempo de fechamento do inconsciente que Lacan define como: "*atualização da realidade sexual do inconsciente*" e introduz a categoria do Sujeito Suposto Saber, como o verdadeiro pivô da transferência<sup>14</sup>.

Pelas ideias apresentadas pelos autores primários, a psicose passou a ocupar um lugar relevante no âmbito do tratamento psicanalítico, processo que vem se desenvolvendo até os dias de hoje.

A possibilidade de estabilização da estrutura psicótica, por meio do tratamento psicanalítico, sendo o manejo da transferência o diferencial no tratamento da psicose, não implica afirmar que é a única possibilidade, e nem o melhor método de tratamento, mas é possível considerá-la como um saber científico, que pode acrescentar algo em uma área tão carente de alternativas.

### ***Transferência na psicose e os contemporâneos***

Freud<sup>18</sup> não explicita a possibilidade do estabelecimento da transferência no tratamento da psicose, bem como não afasta totalmente esta possibilidade, como pode ser verificado em:

*Os paranoicos perseguidos [...] não podem encarar nada em outras pessoas como indiferente e tomam indicações insignificantes que essas outras pessoas desconhecidas lhes apresentam e as utilizam em seus delírios de referência. O significado de seu delírio de referência é que esperam de todos os estranhos algo semelhante ao amor*<sup>18</sup>.

A transferência, então, se constitui sob a égide do amor na análise, do investimento libidinal. Pode ter diferentes feições, na neurose de transferência, erotização, sublimação, idealização, erotomania, identificação projetiva, no simbólico, assim como no imaginário. São várias facetas, que podem ser transferidas para o analista de formas diferentes, e este precisa analisá-las e interpretá-las.

A transferência na psicose requer um investimento libidinal maior por parte do analista, ele é uma presença viva, que chama para si a responsabilidade de construir um laço amoroso capaz de, passo a passo, criar uma atmosfera de confiabilidade e persistência, que pode fortalecer o ego frágil que caracteriza o psicótico<sup>4</sup>.

Hanna Segal<sup>19</sup> verifica que “[...] o psicótico não deixa de desenvolver uma transferência; efetua uma transferência quase imediata e geralmente violenta para o analista”<sup>19</sup>.

A dificuldade no tratamento não é a ausência de transferência, mas o seu caráter; o difícil para o analista é suportar a transferência, que se dá de forma primitiva pelo mecanismo de identificação projetiva. A fantasia onipotente do paciente é colocada no analista, para que possa se livrar de suas partes fragmentadas indesejáveis, de modo que a transferência é maciça, violenta e frágil<sup>19</sup>.

Segal<sup>19</sup> foi a primeira analista que realmente trabalhou com um paciente cujo diagnóstico era esquizofrenia, utilizando puramente o método psicanalítico. O seu paciente prestava o serviço militar e, durante o curso de preparação de oficiais, teve as suas primeiras crises e foi internado no hospital militar. Iniciou-se o tratamento, que durou 3 anos, com 5 sessões semanais. Apesar das dificuldades em utilizar a técnica, foi através da observação de diferenças significativas no tratamento que foi possível iniciar um direcionamento da transferência no tratamento da psicose.

O paciente não simbolizava como o neurótico, o objeto era usado como real. Quando se deitava no divã, recordava a cama do hospital e ficava muito nervoso. Suas ideias eram puramente inconscientes, o que dificultava a relação analítica. As interpretações ficavam isoladas ou abolidas da consciência<sup>19</sup>.

Segal<sup>19</sup> apontou que as ideias precisavam ser colocadas com cuidado, para não o invadir. Notou que as interpretações dos delírios e alucinações lhes davam maior alívio, os sonhos tinham conotações sexuais e eram relacionados com o objeto ideal de amor, que, no caso, era a analista, isto é transferência. Estas observações eram interpretadas sempre que possível. Assim como elos entre os pensamentos e as fantasias, fantasia e realidade, acreditando que as fantasias arcaicas e primitivas do psicótico sofrem repressão, mas o retorno acontece no colapso e precisam ser analisadas e vinculadas aos delírios<sup>19</sup>.

Quanto ao processo de transferência, verificou-se que a diferença estava no manejo: “[...] mostrou ser a única maneira de atacar as raízes de uma doença mental, isto é, não fortalecendo os mecanismos de defesa do paciente, mas trazê-lo para a transferência e analisá-lo”<sup>19</sup>.

Este caso de esquizofrenia, em que o paciente obteve melhoras significativas por meio da interpretação das defesas, dos conteúdos positivos ou negativos, são indicadores da possibilidade de se trabalhar a transferência na psicose<sup>19</sup>.

Na década de 1950, Herbert Rosenfeld dedicou-se ao estudo da psicose, aproveitando as ideias kleinianas sobre a investigação de situações infantis muito primitivas na transferência analítica, que comparou o tratamento do paciente psicótico ao de uma criança, que depende dos cuidados de alguém para chegar ao tratamento; não se deita no divã e costuma apresentar dificuldades de se expressar em palavras<sup>20</sup>. Isto leva o analista a ter que se comunicar através da ação e do gesto, sugeriu-se interpretar psicanaliticamente, por meio de palavras, dos poucos gestos e das atitudes do paciente, para compreender as terríveis angústias e as manifestações das defesas onipotentes dos psicóticos<sup>20</sup>.

Nas manifestações transferenciais de um paciente esquizofrênico, o grande problema do analista é reconhecer e interpretar as manifestações da transferência em possíveis polos – negativo ou positivo. Se o paciente não consegue estabelecer contato com as interpretações, o erro não está com o paciente, mas sim na compreensão do que se passava na situação transferencial. O analista deve interpretar a transferência, à qual as manifestações psicóticas se vinculam, desenvolvendo o que Rosenfeld<sup>20</sup> denominou de “*psicose de transferência*”, similar à neurose de transferência do neurótico.

A psicose de transferência se apresenta na situação analítica com pacientes psicóticos ou nas manifestações psicóticas dos neuróticos muito regredidos. É um processo que agrega as identificações projetivas que são direcionadas ao analista. O paciente joga no analista sua parte destrutiva e ameaçadora, na tentativa de expulsá-la de dentro de si, é uma forma de mostrar ao analista as emoções e angústias que não consegue colocar em palavras<sup>20</sup>.

Na mesma década, Bion<sup>21</sup>, também seguidor das perspectivas kleinianas, propôs uma teoria compreensiva da esquizofrenia, a partir da linguagem do esquizofrênico. Destaca que o psicótico vive em um mundo fragmentado, sem diferenciação de si e dos objetos, o que provoca sentimentos de terror, por se sentir ameaçado por objetos bizarros. Esta forma de construção psíquica impede o processo de simbolização, dificultando a articulação e a integração da linguagem. O psicótico não consegue fazer síntese, as palavras adquirem uma dimensão de concretude. A comunicação se dá pelo *acting*, uma comunicação primitiva que, pela ausência de símbolos, produz efeitos maciços no outro, no caso da transferência ao analista.

Na prática analítica, chama-se atenção para o processo da contratransferência, reações terapêuticas negativas que o analista pode ter ao se deparar com os conteúdos caóticos do psicótico; são fortes os ataques destrutivos que o paciente dirige ao analista, como efeito das excessivas identificações projetivas<sup>21</sup>.

Na psicose, como em toda estrutura, existem partes psicóticas e não psicóticas<sup>21</sup>, isto torna possível o estabelecimento da transferência em qualquer estrutura, o que irá diferenciar é o manejo técnico.

Em Zimerman<sup>22</sup>, “[...] *todo doente psicótico tem uma parte de natureza neurótica, todo e qualquer paciente neurótico tem uma “parte psicótica subjacente e oculta”*. E, ainda, traz que, no psicótico, não só se utilizam as identificações projetivas como uma forma de descarga de sentimentos e ideias intoleráveis. A forma de linguagem não verbal desencadeia no analista os efeitos daquilo que ele não consegue falar verbalmente, promovendo a transferência psicótica<sup>22</sup>. A relação analista-paciente pode se instalar de uma forma primitiva, sendo frágil e instável<sup>22</sup>.

O analista fica constantemente submetido à idealização e à degradação, oscila entre o salvador e o destruidor, sendo acusado pelo paciente por todos os seus sofrimentos e indiferença<sup>22</sup>.

É um processo difícil, que exige esforço do analista para poder suportar os infundáveis ataques do paciente e, para tanto, o estabelecimento de um vínculo sedimentado é extremamente importante para sustentar a transferência.

Soler<sup>23</sup> afirma que “o analista é chamado a suprir com suas predicações o vazio subitamente percebido pela forclusão” (tradução nossa), é ele que orienta o gozo do paciente na psicose, valendo-se de um dizer pelo qual o analista se faz guardião do limite do gozo, sem o qual o horror pode ser absoluto.

O analista opera entre a posição de testemunha e de orientação do gozo, diferentemente da proposta lacaniana em que o analista silencia<sup>23</sup>. O paciente psicótico demanda que o analista seja o seu oráculo e legisle para ele, o analista passa a ser a voz do psicótico. Ele toma sua fala como verdade, e a manobra da transferência pode evitar a emergência dos surtos.

Na clínica da psicose não se interpreta o gozo, pois este só pode ser da ordem do recalcado; no caso do psicótico, só cabe elaborar seus delírios<sup>23</sup>. Desta forma, a manobra da transferência na psicose ensina que é preciso operar um esvaziamento, evitando oferecer aos psicóticos elementos que façam com que coloquem o analista no lugar do *Outro* absoluto, na qual ele passa a ser puramente objeto.

O psicótico, pela falta estrutural de mecanismos para fazer a simbolização da separação, está ligado à presença concreta do objeto. É como se, na ausência física do objeto, houvesse dificuldade para continuar sabendo de sua existência. O psicótico carregará esta característica para o seu “relacionamento” com as pessoas, inclusive com o analista. Portanto, a presença física do analista e o estabelecimento de uma relação de “transferência ativa”<sup>4</sup> são pontos significativos, que corroboram a clínica da psicose.

A necessidade da presença do *Outro* implica na ampliação do *setting*, ou seja, o analista precisa disponibilizar um recurso de contato para os momentos de angústia do paciente, o que comumente se dá pelo contato telefônico fora da sessão. Ele precisa saber que pode usar, que tem alguém que o escuta.

A transferência na psicose é direta e, em casos de crises graves, pode ser extremamente destrutiva, pois o paciente oferece ao analista todos os seus fragmentos, para que este possa servir-se e fazer o seu gozo, a sua completude. É assim que o paciente coloca o analista na transferência.

O trabalho com pacientes de estrutura psicótica, denominado de “*Grupo Vida*”, deu origem a uma pesquisa psicanalítica sobre uma direção de tratamento manejada pela transferência ativa<sup>4</sup>.

O manejo da transferência na clínica das psicoses está diretamente relacionado com o saber sobre a condução do tratamento, que não é um saber sobre o paciente. É fundamental que o analista saiba localizar qual é a posição do sujeito diante da falta, para medir o peso da sua intervenção. A intervenção pela palavra do paciente psicótico é fundamental, no sentido de ajudar a recuperar certa distância entre o sujeito e a passagem ao ato, garantindo a presença do simbólico através da verbalização<sup>4</sup>.

A palavra pode permitir que o psicótico articule o que é do real, imaginário e o simbólico; o uso da palavra tem função organizadora. O analista precisa suportar que o paciente fale. Ao acolher a fala do psicótico, acolhe-se o inconsciente que está a céu aberto, possibilitando a transferência. Tendo como exemplo a fala de *Pardal*, membro do *Grupo Vida*<sup>4</sup>:

*...eu preciso falar para não fazer” [cometer um crime, matar a família do estuprador ou qualquer pessoa, como aparece em suas fantasias], fala registrada na sessão de 5 de janeiro 2011. Ele conseguiu dar mais um passo ao trazer seu impulso destrutivo sob a forma de pesadelo: “Esta noite eu tive um pesadelo. Estava em um ônibus estuprando e fazendo maldades. Não consigo lembrar mais nada, apagou”. Em seguida comentou: “Ainda vem o pensamento de vingança”.*

Para que exista transferência é importante pensar que se tem que apostar na emergência de um sujeito e que a partir daí possa ser inscrita uma transferência, para que num segundo momento haja alguma subjetivação. Significa que, se é no campo do *Outro* que o sujeito se constitui, quando o psicótico fala com o analista existe uma possibilidade de que o testemunho do analista permita ao sujeito alguma subjetivação sobre o seu viver, sobre a significação que o paciente possa encontrar nas suas produções<sup>4</sup>.



A presença e o discurso do analista podem garantir ao psicótico o seu lugar de sujeito na relação transferencial. É necessário que os psicanalistas tenham coragem de continuar a desbravar e arar o terreno árido e ardiloso da psicose.

### ***Transferência ativa – o acting do Amor***

A ideia sobre a transferência ativa está respaldada nas abordagens clássicas e contemporâneas, que admitem a existência de transferência na relação analítica com pacientes psicóticos; é uma transferência diferente da neurótica.

A estrutura psicótica é cindida, não faz cadeia associativa, não possui mecanismos de defesa, o que provoca um estrangulamento do Ego. Este é literalmente tomado pelos fenômenos do inconsciente, arrebatando o sujeito para dentro do vazio da psicose. Para poder suportar este vazio, o psicótico recorre às produções delirantes e alucinatórias para construir um mundo imaginário e não ser engolido pelo vazio.

Do legado de freudiano, se herda a prática da psicanálise através do método da associação livre, a técnica interpretativa do inconsciente, a resistência e a transferência. Lacan demonstrou que o sujeito se constitui na estrutura da linguagem através do algoritmo *S/s*, para dizer que o significante induz os efeitos do significado. Ele afirma que “*o sintoma é uma metáfora*”. A metáfora é função do significante, que substitui outro significante que se recalca, gerando um efeito de significação, sempre inédito<sup>24</sup>.

*Assim, como então fica o psicótico que tem uma linguagem, mas fica fora do discurso? Se o sintoma é uma metáfora e o psicótico não tem um sistema simbólico? Como fica a relação transferencial entre paciente e analista?* Isto significa que, quando se diz que todos os caminhos levam a Roma, para o psicótico todos os caminhos levam a qualquer lugar alhures, é a completa dispersão.

Para o psicótico, todos os caminhos o remetem à não existência da falta primordial, este é o indicador da existência do amor. Assim, o psicótico é acometido constantemente por situações bizarras sentidas como reais, vive um eterno pesadelo, que o deixa suspenso no abismo da psicose.

A psicose é um vazio, contexto que não se vê a borda e nem o fundo, o sujeito fica sempre em queda livre. É neste lugar que entra o analista, com a transferência ativa que pode construir uma ponte que o leva a algum lugar; às vezes, o lança ao fundo, às vezes, o leva à borda<sup>4</sup>.

A relação estabelecida com o analista se dá também de uma forma bizarra, o paciente busca desesperadamente uma forma de viver. O psicótico não busca um saber sobre si como o neurótico, mas uma maneira de poder viver, e a relação com o analista se dá neste campo, do viver e não do saber.

É o analista que promoverá uma espécie de relação transferencial, que sustentará a existência do sujeito e, assim, pode-se criar paradigmas concretos no insípido inconsciente. Seria uma restauração, mas persiste, em tese, a questão de saber como é possível colocar o psicótico em uma ligação de sujeito. É exatamente nesse ponto que se propõe a instauração da transferência ativa, uma operação inversa à neurose, que seria a retificação do *Outro*<sup>24</sup>, da subjetiva, iniciada pela transferência com o analista.

Na psicose, a composição do sujeito com seu sintoma se dá entre o viver e a falta do objeto; nesse sentido, a transferência vem ocupar um outro lugar na clínica, a relação possível com o analista se dá no campo do viver e não do saber.

A transferência ativa possibilita a instauração de uma ligação objetual significativa, ou seja, o analista provoca a transferência, apresentando um objeto bordado de afeto, para o sujeito psicótico estabelecer uma relação. O paciente vive o sintoma através da relação de transferência ativa promovida pelo analista, para ter primeiro um objeto significativo e, depois, introjetar como objeto bom<sup>4</sup>.

Questiona-se sobre: *De qual o lugar que o analista fala, de que posição?* Segundo Albino<sup>4</sup>:

*“Não é da posição de maternagem, não se interpõe como a mãe perdida, mas como um sucessor do Nome-do-Pai, como um Outro que fala, mas de uma posição de interdito, como de um Outro que significa para o sujeito o seu lugar no mundo”<sup>4</sup>.*

*Que uso o analista faz da fala?* É aquele que faz a regra funcionar, por exemplo: *“se não tomar o remédio não te atendo; tem que seguir o tratamento com seu psiquiatra; você não pode parar de vir no grupo, precisa ouvir o colega falar”*. É promovido um pacto através da fala, um pacto que simboliza suas ausências, presenças, limites de suas ações e comportamentos, como, por exemplo: *“te esperarei no seu horário”, “pode me ligar se estiver em crise”*.

O analista não fundamenta sua intervenção com atitudes maternais, se colocar como puro desejo é um empuxo de amor. Atrai para si as partes fragmentadas do inconsciente psicótico, bordeando-as de afeto amoroso e de significação. É a pura representação de amor que redireciona os fragmentos ao psiquismo do psicótico, agora, com uma representação de ordem, com um olhar, com uma palavra ou apenas uma letra. Esta força, gradativamente, vai atraindo ao seu entorno outros objetos, dando-lhes outros significados aceitáveis e suportáveis.

O puro desejo é potência marcada pelo furo da pulsão amorosa, que indica uma direção, que ali pode inscrever uma letra, um signo. Não é um desejo experimentado, mas um campo singular, um ponto no seio da estrutura da relação analítica. É um campo atrator, onde o psicótico pode cifrar e ser cifrado e a comunicação dar-se-á pelas partes cindidas da estrutura.

Na situação do analista, seu inconsciente, que passou pela inscrição do desejo do *Outro*, desejo de pura *“coisa”*, atrai o inconsciente não cifrado do psicótico. Faz uma sutura, uma junção, formando um conjunto fechado.

Neste conjunto, o paciente pode ser levado para a borda, sai do tempo de suspensão, pode sentir a potência pulsional, sem ser destruído por ela. O analista devolve ao paciente a potência associada a um objeto, a uma letra, elementos essenciais na articulação e significação da palavra e dos objetos<sup>4</sup>.

Muitas vezes, pode parecer estranho, pois é algo novo, mas não despedaçado. O analista entra com o paciente no jogo de fragmentos, cujas peças estão soltas, isoladas, misturadas e díspares e, juntos, vão trabalhar no sentido de formatar um mosaico. As fissuras permanecem, mas com imagem, com uma história que lhe permita sair do tempo de suspensão. A forma de relação estabelecida neste campo é a que está sendo denominada de transferência ativa. Segundo Albino<sup>4</sup>:

*...transferência ativa é uma voz que se inclui, que fala, faz furo, deixa uma marca e tem nome (psicanalista, psiquiatra, remédio, grupo, família, contato, telefone, escuta, compreensão, apoio, limite, não, sim, e outros.) que o paciente convoca quando suscita. É uma convocação que acontece, não por ordem do acaso, senão por algo que se pode denominar amor. É um amor que é construído, conquistado e que permanece inabalável. É capaz de escutar, de posicionar-se, de interditar ou de validar, sem invadir. Cria uma borda, sustenta a passagem pelo furo e se reencontra do outro lado, afirmando ser possível entrar e sair do vazio da psicose. Deixa uma marca que não tem nome, uma marca mnêmica que indica a presença, a existência de um amor chamado “analista”. Esta marca é que permite a construção de uma ponte entre o interno e o externo, entre o presente e o passado, auxiliando a ligação dos dois mundos; assim, o psicótico pode sair da escuridão do não existir. Pode manifestar-se, aprender a organizar-se, a juntar os pedaços de si mesmo e passar a viver<sup>4</sup>.*

A transferência ativa abre caminho para uma interpretação também ativa, que se dá por meio da palavra inquestionável do analista, é puro viver, não suposto saber, como na interpretação com o neurótico. É uma palavra que não deixa dúvida nem saída, a não ser aquela dada pelo analista. É, por isto, denominada de ativa, é um *acting* de amor, uma ação simbólica, direcionada exclusivamente para o inconsciente do paciente psicótico.

A ação interpretativa permite que o paciente possa visualizar e aceitar o seu universo imaginário e, assim, poder compreendê-lo e diferenciá-lo do mundo real, o que faz com que

permaneça maior parte do tempo em realidade, longe dos delírios, das alucinações e das internações institucionais.

A intervenção ativa do analista coloca o paciente no lugar de responder a um dos Nomes-do-pai, o “*analista*”. É o “*um*” que lhe deseja, dá-lhe um limite, faz contorno, mesmo que mísero, mas é um lugar. Assim, ele pode ancorar e deixar de flutuar no infinito inconsciente. Ele passa a existir e a ter alguém a quem responder, a partir do furo deixado pelo puro desejo do analista.

A palavra ativa do analista permite ao paciente psicótico ter uma verdade para sustentar a sua existência, o *acting* de amor permite acreditar em uma verdade: que o analista é capaz de ajudá-lo a viver. Este imaginário passa a ser um polo atrator e organizador das pulsões fragmentadas do psicótico.

A imagem do analista será introjetada como sendo a única figura capaz de fazê-lo viver. É uma condição muito difícil, pois o analista precisa suportar o vazio da psicose e, acima de tudo, acreditar na possibilidade de ajudar o psicótico a viver melhor. Este lugar, ocupado pelo analista que se dispõe a trabalhar com a estrutura psicótica, só pode ser de puro desejo, de modo que o vazio ocupa todo o *setting* e a mente do analista. É puro desprendimento de si mesmo, só assim pode transitar pelo mundo da psicose sem psicotizar, e trazer do âmago do inconsciente o sujeito que pugna para viver.

Estas reflexões não querem afirmar que o psicótico constituirá um ego neurótico, mas que, por meio da transferência ativa, possa juntar os inúmeros fragmentos, atando-os, formando uma malha, como uma rede de pescador. O peixe fica malhado, não amarrado, ele não escapa porque só vai para frente, seguindo o fluxo da correnteza, é desta forma que o pescador o pega<sup>4</sup>.

No caso da psicose, o inconsciente está, como diz Soler<sup>23</sup>, “*a céu aberto*”, o que deixa o sujeito no eterno vazio. Voltando à metáfora da rede do pescador, esta lhe faz um contorno, lhe faz perceber uma dimensão de realidade. Entre os nodos, fica um espaço que o sujeito “*fica malhado*”, em um lugar, em um espaço que lhe dá limite, amparando-o do vazio. Fica preso pelo furo deixado pelo puro desejo do analista.

Deste campo, o psicótico pode começar a vislumbrar um mundo subjetivo, onde a transferência ativa, que é uma ação simbólica, permite que ele faça um limite diferenciador entre o imaginário e o real. Assim, ele pode perceber-se enquanto sujeito, enquanto um corpo marcado pelo afeto amoroso, enquanto um nome. Ele pode ter uma resposta para si mesmo, uma resposta para o viver.

A transferência ativa é um ato analítico fundamental na direção do tratamento das psicoses. É um manejo aplicado tanto na análise pessoal como em grupo de pacientes com estrutura psicótica.

## CONCLUSÃO

A transferência ativa sustenta o processo analítico de grupo e individual, para que o analista estabeleça uma forte ligação com o paciente psicótico, que busca desesperadamente uma maneira para poder viver melhor.

Este tipo de transferência coloca o analista frente a frente com o inconsciente a céu aberto, não tem barras, limites, borda.

O analista, utilizando a interpretação ativa, coloca a lei para funcionar. É o empuxo de amor, exercido pela transferência ativa, que manterá minimamente o sujeito psicótico na realidade temporal, cronológica e, principalmente, manterá unidas as partes fragmentadas do psiquismo e do corpo próprio fragmentado. O analista entra como um contorno, dando borda, limites, estabelecendo um elo que o sustenta, no sentido de criar um rudimentar simbólico.

Neste artigo, tem-se como limitação a possível visão de outros tipos de abordagens, em produções acadêmicas do tipo revisões integrativas ou sistemáticas no tema e, ainda não teve a pretensão de esgotar o tema, nem afirmar que a transferência ativa vai “*curar*” a psicose, e que dará conta de manter integrado o psiquismo fragmentado do psicótico. Assim sugere-se

estudos acadêmicos em outras modalidades de revisões para maior compreensão da perspectiva da clínica para pacientes com estrutura psicótica.

Por sua vez, a direção de tratamento sustentada pela transferência ativa, integrada com outras áreas do conhecimento, como a psiquiatria, técnicas criativas e projetivas da psicologia, e a escuta psicanalítica individual e grupal, pode ajudar a melhorar, de maneira significativa, a qualidade de vida destas pessoas que são assoladas pelo intenso sofrimento imputado pela psicose.

## REFERÊNCIAS

1. Freud S. A dinâmica da transferência (1912). In: Freud S. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911/1913). Rio de Janeiro: Imago; 1996.p. 60-73. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 12).
2. Moreira FB. A transferência na relação analítica: um retorno a Freud e Ferenczi. Semina, CiêncSoc Hum. [Internet]. 2018 [citado em 09 mar 2021];39(1):85-94. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/sem/v39n1/a08.pdf>
3. Ferreira DD, Carrijo C. O manejo transferencial em Freud: uma análise da relação entre transferência e sugestão. Ágora[Internet]. 2016 [citado em 09 mar 2021];19(3):393-424. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/agora/v19n3/1809-4414-agora-19-03-00393.pdf>
4. Albino A. Encontros e desencontros na clínica da psicose: uma reflexão psicanalítica. São Paulo: Instituto Langage; 2015.128p.
5. Silva CM, Macedo MMK. O método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. PsicolCiênc Prof.[Internet]. 2016 [citado em 09 mar 2021];36(3):520-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0520.pdf>
6. Roudinesco E, Plon M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. 878p.
7. Freud S. Estudos sobre a histeria (1893-1895). Barreto L, tradutora. São Paulo: Companhia das Letras; 2010. 220p. (Obras completas; 2).
8. Freud S. A psicologia dos processos oníricos. In: Freud S. A interpretação dos sonhos (II) e sobre os sonhos (1900-1901). Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 115-86.(Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 5).
9. Freud S. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905[1901]). In: Freud S. Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos (1901-1905). Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 3-150. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 7).
10. Freud S. Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II) (1914). In: Freud S. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911/1913). Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 163-71. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 12).
11. Freud S. Observações sobre o amor transferencial (Novas Recomendações sobre a técnica da psicanálise III) (1915 [1914]). In: Freud S. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911/1913). Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 177-88. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 12).
12. Klein M. As origens da transferência. In: Klein M. Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago; 1991. p. 70-9. (Obras completas de Melanie Klein; 3).
13. Klein M. A técnica da análise infantil. In: Klein M. Psicanálise da criança. 2a ed. São Paulo: Mestre Jou; 1975. p. 25-170.
14. Lacan J. A transferência no presente. In: Lacan J. O seminário, livro 8: a transferência 1960-1961. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2010. p. 169-81.
15. Lacan J. Presença do analista. In: Lacan J. O seminário, livro 11: os quatros conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1988.p. 119-29.
16. Freud S. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). In: Freud S. Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos (1901-1905). Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 107-10. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 19).

17. Lacan J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. p. 537-90.
18. Freud S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides) (1911). In: Freud S. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911/1913). Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 3-51. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud; 12).
19. Segal H. A obra de Hanna Segal: uma abordagem kleiniana à prática clínica. Rio de Janeiro: Imago; 1983. 313p.
20. Rosenfeld HA. Os estados psicóticos. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1968. 293p.
21. Bion WR. As transformações: a mudança do aprender para o crescer. Corrêa PD, tradutor. Rio de Janeiro: Imago; 1991. 194p.
22. Zimerman D. Manual da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artmed; 2004. 472p.
23. Soler C. Estudios sobre las psicosis. Buenos Aires: Manantial; 2008. 170p.
24. Lacan J. O seminário, livro 3: as psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985. 366p.

**Editora Associada:** Fernanda Carolina Camargo

### CONTRIBUIÇÕES

**Araceli Albino** foi responsável pelo desenho, análise de dados, redação e revisão.

#### Como citar este artigo (Vancouver)

Albino A. Transferência ativa: um manejo clínico no tratamento das psicoses. REFACS [Internet]. 2021 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 9(2):450-62. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

#### Como citar este artigo (ABNT)

ALBINO, A. Transferência ativa: um manejo clínico no tratamento das psicoses. REFACS, Uberaba, MG, v. 9, n. 2, p. 450-62, 2021. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

#### Como citar este artigo (APA)

Albino, A. (2021). Transferência ativa: um manejo clínico no tratamento das psicoses. REFACS, 9(2), 450-62. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

