

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MAÍLA DO VAL MACHADO

**O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os
dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais**

Brasília

2011

MAÍLA DO VAL MACHADO

O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa Dra. Daniela Scheinkman Chatelard.

Brasília

2011

Nome: Maíla Do Val Machado

Título: O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Aprovado em de agosto de 2011 pela Banca Examinadora, composta por:

Profa. Dra. Daniela Scheinkman Chatelard (Universidade de Brasília / Orientadora)

Profa. Dra. Valeska Maria Zanello Loyola (Universidade de Brasília)

Dra. Adeane Cristina Fleury Delaflora (Escola Lacaniana de Psicanálise – Brasília e Instituto de Oncologia Clínica – Oncovida)

Profa. Dra. Andréa Hortélio Fernandes (Universidade Federal da Bahia)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Daniela Sheinkman Chatelard por orientar este trabalho e pela disponibilidade para acolher minhas ideias. Agradeço também a todos do seu grupo de pesquisa por contribuírem com sugestões, principalmente às amigas Áurea Cerqueira, Karina Rocha e Teresa Freire.

Agradeço especialmente à Cláudia Amarante, sempre, grande responsável por tudo isso; a Guilherme Massara Rocha, pelas interlocuções sobre a psicanálise no hospital, pontuações e comentários tão essenciais que fizeram diferença.

Aos professores Mário Lúcio Vieira da Silva (Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais), que orientou minha primeira pesquisa acadêmica e acompanhou meus primeiros passos na psicanálise; ao Paulo César de Carvalho Ribeiro (Universidade Federal de Minas Gerais), que orientou minha monografia da Especialização em Teoria Psicanalítica, trabalho que deu início a esta dissertação.

A Andréa Hortélio, a Adeane Fleury e a Valeska Zanello por aceitarem gentilmente o convite para participar desta banca.

A Ricardo Marques Pelegrini e a Kelly Karine de Souza Castro pelas oportunidades de trabalho e por apostarem na minha clínica.

A Flávia Dutra, pela escuta daquilo que estava por detrás dos bastidores e por apontar novas possibilidades; a Rosely Gazire Melgaço, pela escuta fundamental no início de todo este processo.

A Berenicy, pela revisão cuidadosa da minha dissertação e por melhorar o texto com as palavras que faltaram.

Ao Felipe, por tudo! Obrigada por ser o maior incentivador deste trabalho e minha fonte de apoio.

Ao meu pai, por me transmitir a força do trabalho e a persistência. À minha mãe, pelo cuidado, dedicação e conforto. Aos meus irmãos: Junior, pelas conversas e “dicas” em relação à dissertação; e ao Guiga, por tantas afinidades compartilhadas. À Carol, por intermediar meu primeiro estágio em Hospital Geral; ao Cauã, por ser a maior alegria da minha família.

Agradeço enormemente ao Toninho e à Conceição pelo grande apoio que vocês me dão em Brasília, fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa; à Juliana e à Poliana, grandes amigas, por tantas conversas confortantes, que diminuíram a distância entre Belo Horizonte e Brasília.

A CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

“Escrever é procurar entender, é procurar o irreproduzível, é sentir até o último fim o sentimento que permaneceria apenas vago e sufocador”.

(“A Descoberta do Mundo”, Clarice Lispector)

RESUMO

Machado, M. Do V. (2011). *O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

As discussões que envolvem a psicanálise e a medicina estão presentes desde o início da invenção da teoria psicanalítica. Este trabalho foi um estudo que abrangeu essas discussões, uma vez que tratou da inserção da psicanálise nos hospitais gerais, espaço médico. A presente pesquisa revelou a crescente difusão da psicanálise nos outros campos do saber. Essa extensão da psicanálise para além dos consultórios particulares nos remete a uma preocupação em relação à formação do analista e à formalização da práxis analítica. Isso porque a difusão pode fazer com que os princípios psicanalíticos corram constantemente o risco de perder seu rigor ético e específico. No caso dos hospitais gerais, um dos pontos que justificou essa observação é o fato de que eles são marcados pelos referenciais médicos que se distanciam daqueles sustentados pelo psicanalista. Em síntese, essa observação indicou que o analista precisa construir um espaço de trabalho no hospital, sem deixar que seus fundamentos se misturem com aqueles que predominam na instituição. Este é um desafio para o analista, que precisa refletir e reconstruir condições para a formalização da sua prática, considerando as especificidades da sua clínica. O principal objetivo deste trabalho foi investigar, por meio de uma articulação entre a teoria, a prática e a pesquisa, qual o lugar (função) do psicanalista nos hospitais gerais. Para isso, inicialmente pesquisou-se sobre o início da psicanálise nos hospitais gerais e foram retomados alguns momentos da obra de Freud e do ensino de Lacan que autorizaram o psicanalista a sair dos consultórios. Em seguida, investigou-se o lugar do psicanalista no contexto hospitalar a partir de duas dimensões, que devem ser articuladas: a dimensão da clínica psicanalítica e a dimensão da instituição. Em relação à primeira dimensão, discutiu-se o lugar do psicanalista a partir da vertente do discurso, da ética e das especificidades da psicanálise. Essas vias convocam o analista a ocupar um lugar particular no hospital, o que gera alguns impasses e desafios. A dimensão institucional foi discutida por meio de algumas particularidades da clínica psicanalítica nos hospitais, tais como: a criatividade do analista, sua função dentro da equipe multiprofissional, o tempo de análise, as intervenções e as demandas analíticas. Concluiu-se que o lugar do psicanalista nos hospitais gerais se encontra *entre* a dimensão clínica e a dimensão institucional. Em última instância, isso significa que a função do psicanalista no hospital é específica desse local, pois aí ele se depara com situações variáveis que não se encontram nos consultórios particulares. Todavia, para que o analista possa exercer sua função, é essencial que ele se oriente pela dimensão clínica, ou seja, pelos próprios fundamentos da psicanálise.

Palavras-chave: Psicanálise. Medicina. Hospital geral. Psicanalista. Lugar.

ABSTRACT

Machado, M. Do V. (2011). *The psychoanalysts place in general hospitals: the clinical and the institutional dimensions*. Master's thesis, Institute of Psychology, University of Brasília, Brasília.

There have been discussions involving psychoanalysis and medicine since the beginning of psychoanalysis theory's development. These discussions are presented in this paper that describes the inclusion of psychoanalysis in general hospitals, usually medical place. This research revealed the increasing spread of psychoanalysis in other knowledge areas. The extension of psychoanalysis beyond the private practice has led to a concern about the analyst educational background and the formalization of psychoanalytic praxis. The spreading can make the psychoanalytic principles more vulnerable to losing their ethical and specific consistency. Moreover, the fact that general hospitals are reminded by medical references distant from those sustained by psychoanalysts is one of the aspects that justify this observation. In short, this observation indicated that analysts need to build a working space in the hospitals, without letting their beliefs mingle with those that are predominant in the institutions. This is a challenge for the analysts, who should reflect upon and reconstruct conditions for the formalization of their practice, considering the specifics of their area. The main objective of this study is to investigate the place of the psychoanalysts in general hospitals through associating theory, practice and research. In order to accomplish it, the incorporation of psychoanalysis in general hospitals was first researched, and a few segments of Freud's biography and Lacan's teaching that allowed the analyst to leave the offices were resumed. Next, the place of psychoanalysts in hospitals was investigated in two dimensions that should be articulated: the dimension of psychoanalytic practice and the size of the institution. Regarding the first dimension, the place of the psychoanalyst from the aspect of discourse, ethics and the specifics of psychoanalysis was discussed. These pathways summon the analyst to occupy a particular place in the hospital, which creates some difficulties and challenges. The institutional dimension was discussed by some peculiarities of psychoanalytic practice in hospitals, such as the analysts' creativity, their role within the multidisciplinary staff, the time of analysis, interventions and analytical requirements. It was concluded that the place of the psychoanalysts in general hospitals is somewhere between the clinical dimension and the institutional dimension. Ultimately, this means that the role of psychoanalysts in hospitals is specific for there they face changing situations that are not common in private practice. However, in order to play their roles as analysts it is essential that the analysts guide themselves by the clinical dimension what is the very foundations of psychoanalysis.

Keywords: Psychoanalysis. Medicine. General Hospital. Psychoanalyst. Place.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1: A DIFUSÃO DA PSICANÁLISE E SUA INSERÇÃO NOS HOSPITAIS GERAIS.....	17
1.1 UM BREVE DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DO RECONHECIMENTO DO FENÔMENO PSÍQUICO NOS HOSPITAIS GERAIS.....	17
1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O INÍCIO DE UMA PRÁTICA: A PSICANÁLISE EM HOSPITAIS GERAIS DO BRASIL.....	20
1.3 FREUD E A HISTERIA: DA MEDICINA À PSICANÁLISE.....	26
1.4 A DIFUSÃO DA PSICANÁLISE: PERSPECTIVAS FREUDIANAS.....	31
1.5 A PSICANÁLISE EM INTENSÃO E A PSICANÁLISE EM EXTENSÃO.....	34
1.6 A INSERÇÃO DO PSICANALISTA NO HOSPITAL GERAL.....	39
CAPÍTULO 2: O LUGAR DO PSICANALISTA NOS HOSPITAIS GERAIS: DIMENSÃO CLÍNICA.....	47
2.1 DISCURSO MÉDICO X DISCURSO DO PSICANALISTA.....	47
2.2 ÉTICA DA MEDICINA X ÉTICA DA PSICANÁLISE.....	65
2.3 PSICANÁLISE E MEDICINA: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS.....	88
2.4 AS CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA SE CARACTERIZAREM AS ESPECIFICIDADES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA.....	98
2.5 E ENTÃO, QUAL O LUGAR DO PSICANALISTA NO HOSPITAL?.....	110
CAPÍTULO 3: O LUGAR DO PSICANALISTA NOS HOSPITAIS GERAIS: DIMENSÃO INSTITUCIONAL.....	114
3.1 CRIATIVIDADE DO PSICANALISTA: CONDIÇÃO MÍNIMA?.....	115
3.2 O PSICANALISTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	117
3.3 ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O TEMPO DE ANÁLISE NOS HOSPITAIS GERAIS.....	122

3.3.1 O tempo lógico.....	122
3.3.2 O encurtamento das sessões.....	129
3.3.3 As escansões significantes e o corte das sessões analíticas.....	133
3.4 AS INTERVENÇÕES DO ANALISTA NOS HOSPITAIS GERAIS.....	139
3.5 COM A OFERTA, CRIA-SE A DEMANDA.....	144
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
REFERÊNCIAS.....	152

INTRODUÇÃO

As questões apresentadas neste estudo surgiram a partir de alguns trabalhos desenvolvidos em hospitais gerais particulares, localizados na cidade de Belo Horizonte. Ao longo da pesquisa, quando mencionamos as instituições hospitalares, estamos nos referindo a esses hospitais com suas devidas especificidades: geral e particular. Em todos eles, há um Serviço de Psicologia composto por psicólogos e estagiários de psicologia. O trabalho dessas equipes volta-se, sobretudo, para os atendimentos a pacientes e familiares.

Minha experiência nas instituições hospitalares iniciou-se a partir dos estágios acadêmicos e teve continuidade após a formatura, como psicóloga e pesquisadora nessa área. Logo no início do meu percurso nos hospitais, algumas perguntas me intrigavam: o que faz um psicanalista no hospital? Como operar fora daquilo que se denominou *setting* analítico? Como se faz psicanálise em tão pouco tempo de contato com o paciente? Como o analista deve se posicionar frente às demandas médicas? Na tentativa de responder a essas questões, acabei me deparando com situações que me causavam grande incômodo. Observei uma descaracterização e até mesmo uma alteração dos fundamentos da psicanálise por parte de profissionais que se diziam psicanalistas. Nesse sentido, algumas indagações referentes à formação do analista e à formalização da práxis analítica no contexto hospitalar foram surgindo.

Diante dessas questões, surgiu um desejo de repensar a psicanálise nos hospitais, sem perder de vista o rigor ético e específico da clínica psicanalítica. Este desejo levou-me a iniciar a pesquisa nos hospitais, o que resultou na proposta de monografia da Especialização

em Teoria Psicanalítica na Universidade Federal de Minas Gerais. A monografia teve como principal objetivo analisar as condições de possibilidades do trabalho analítico no hospital. Para isso, foram apresentados alguns obstáculos com que o analista se depara quando inserido na instituição hospitalar. Dentro desse contexto, discutiram-se alguns aspectos que permitem a viabilidade da psicanálise nesses locais. Nas considerações finais, constatou-se que havia algumas especificidades da clínica psicanalítica no hospital que se distanciavam do consultório particular. Entretanto, como essas particularidades não foram investigadas no trabalho então realizado, abriu-se uma via para que elas fossem discutidas em outros estudos. A escolha de fazer o mestrado foi justamente para dar continuidade e avançar nessa pesquisa.

Este estudo é uma pesquisa teórica que abrange a clínica, e nele será usado material recolhido no cotidiano da práxis nos hospitais gerais para fins de investigação. As principais referências teóricas são as concepções da obra de Sigmund Freud e do ensino de Jacques Lacan. Ao longo da pesquisa, recorre-se também a alguns autores renomados na área – psicanálise e hospital – que apresentam ideias importantes para o desenvolvimento do nosso estudo.

A inserção da psicanálise nos hospitais gerais do Brasil teve um crescimento a partir da última década do século XX. Atualmente, a presença do psicanalista nesses espaços tornou-se fundamental e, cada vez mais, há uma demanda por suas intervenções. Com isso, observa-se o um maior interesse pelo tema nos congressos, além do aumento da quantidade de publicações sobre o assunto. Apesar dessa ampliação do número de publicações, ainda há necessidade de novas discussões sobre o tema, principalmente porque é uma clínica relativamente recente e que se encontra em construção.

Hoje presenciamos a crescente difusão da psicanálise não apenas nas instituições hospitalares, mas também nas mais diversas áreas, tais como a jurídica, educacional e artística, que se distanciam da prática dos consultórios particulares. Este fato exige do analista formalizar teoricamente a prática a partir dos próprios fundamentos do campo psicanalítico. Reinventar a psicanálise para além dos consultórios é uma demanda imposta pela cultura, visto que cada vez mais os psicanalistas são convocados a intervir nos diferentes campos do saber. Dessa forma, o esforço do psicanalista em recriar a psicanálise é necessário e vital para o avanço da sua clínica. O analista precisa criar seu espaço, seu lugar, sua função nos diversos espaços da sociedade.

Conforme será apresentado nesta pesquisa, Freud afirma seu desejo pela extensão da psicanálise em vários momentos da sua obra. No entanto, ele não chega a teorizar sobre a inserção da psicanálise nos diferentes estabelecimentos do saber. Ao tratar do futuro da psicanálise, Freud (1919 [1918a]/1996) apenas afirma que os princípios psicanalíticos deverão ser mantidos independentemente dos novos rumos que a psicanálise venha enfrentar.

A difusão da psicanálise nos mais diversos campos do saber nos remete a uma preocupação em relação à formação do analista e à formalização da práxis analítica. Isso porque essa extensão pode fazer com que os princípios psicanalíticos corram constantemente o risco de perder seu rigor específico. Assim, a formação do psicanalista torna-se essencial para a formalização dessa nova prática.

Diante desse contexto, é fundamental que o analista reflita, repense e reconstrua condições para a formalização da sua prática, considerando as especificidades da sua clínica. No percurso dessa formalização, o analista se depara com vários impasses e desafios, principalmente porque nos hospitais predominam o discurso e a ética da medicina, que se

distinguem radicalmente dos referenciais psicanalíticos. Nessas instituições, prevalece a busca da padronização de comportamentos e de crenças voltadas para a normatização de atitudes diante dos pretensos padrões de normalidade. É um contexto onde a subjetividade é tomada como risco e como empecilho para o sucesso do tratamento médico. Todavia, numa perspectiva contrária àquela que predomina no hospital, a psicanálise vem mostrar que não há projeto científico nem dor capaz de anular a subjetividade humana. Ao ter como referência a experiência subjetiva na clínica, o particular de cada caso na instituição, o psicanalista trabalha não no viés de adaptar os indivíduos a situação de adoecimento, mas, a partir desta, propicia o resgate do sujeito em sua singularidade radical.

É importante destacar que os desafios e impasses com que o analista se depara nos hospitais têm uma função essencial de indicar a direção para a formalização da prática. Por isso, ao longo deste trabalho, recorreremos a várias situações que colocam o psicanalista diante de impasses e desafios, bem como às experiências da prática do analista nesses espaços.

Em face das preocupações e dificuldades decorrentes da difusão da psicanálise, a extensão dessa clínica para os hospitais nos possibilita debater questões que colocam a práxis do psicanalista diante de desafios clínicos, teóricos e institucionais. Dessa forma, este estudo visa investigar, por meio de uma articulação entre a teoria, a prática e a pesquisa, qual o lugar do psicanalista nos hospitais gerais. Esse lugar – não se trata de um lugar geográfico, mas de um lugar enquanto função –, será abordado a partir de duas vertentes: a dimensão da clínica e a dimensão da instituição hospitalar. Ressalta-se aqui que não se trata de transpor uma prática clínica exercida no âmbito do consultório privado para as instituições hospitalares, mas, sobretudo, de localizar as especificidades da clínica psicanalítica nos hospitais gerais. Neles, o analista não propõe uma experiência analítica propriamente dita, mas ao se inserir numa

instituição, ele pode criar um espaço de escuta que autorize as manifestações da subjetividade que o médico se recusa a tratar.

O primeiro capítulo, “A difusão da psicanálise e sua inserção nos hospitais gerais”, expõe algumas concepções de Freud e Lacan que propiciam a extensão da psicanálise para além dos consultórios particulares e que nos autorizam, portanto, a pensar a clínica nos hospitais gerais. Inicialmente, este capítulo apresenta uma breve discussão sobre o reconhecimento do fenômeno psíquico nas instituições hospitalares e sobre o início da psicanálise nos hospitais gerais do Brasil. Em seguida, apresenta, à luz da teoria freudiana, algumas perspectivas sobre a difusão da psicanálise nos mais diversos campos do saber. Posteriormente, apresenta, à luz da teoria lacaniana, uma discussão teórica sobre a psicanálise em extensão e em intensão. Essa discussão é fundamental para sustentarmos a inserção da psicanálise nos hospitais e para refletirmos sobre o lugar do psicanalista nesses locais.

O segundo capítulo, “O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: dimensão clínica”, apresenta uma discussão sobre o lugar do psicanalista na instituição hospitalar a partir de três vertentes: a do discurso, a da ética e a das especificidades da psicanálise. Apresenta ainda diferenças radicais entre os discursos e as éticas da psicanálise e da medicina. Essas distinções propiciam localizar aproximações e distanciamentos entre esses dois campos. Posteriormente, menciona algumas condições que caracterizam a clínica psicanalítica. Para isso, retomam-se as ideias de Figueiredo (1997) no que diz respeito às condições mínimas para identificar um trabalho analítico. Propõe-se articular essas ideias, principalmente, aos artigos freudianos sobre a técnica psicanalítica.

O terceiro e último capítulo, “O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: dimensão institucional”, apresenta uma investigação sobre o lugar do analista a partir do que

designaremos como dimensão institucional. No hospital, o analista se depara com muitas variáveis que não se apresentam em seu trabalho no consultório, por isso, sua função se torna específica desse local. Essas situações variáveis são designadas como particularidades da clínica psicanalítica no hospital e, supostamente, podem ser consideradas entraves à prática analítica. Apresentar essas particularidades conduz a fazer uma revisão de aspectos que devem ser redimensionados – no sentido de buscar estratégias que articulem a prática à teoria – quando abordados fora dos consultórios.

As particularidades do trabalho analítico no hospital, aqui apresentadas, envolvem a criatividade do analista, sua função na equipe multiprofissional (médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos), o tempo, as intervenções e as demandas analíticas.

CAPÍTULO 1

A DIFUSÃO DA PSICANÁLISE E SUA INSERÇÃO NOS HOSPITAIS GERAIS

1.1 UM BREVE DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DO RECONHECIMENTO DO FENÔMENO PSÍQUICO NOS HOSPITAIS GERAIS

A princípio, pode parecer que abordar os hospitais como instituições seria considerá-los como locais que sempre visaram à prática médica. Mas, conforme afirma Foucault (1978), nem sempre foi assim, pois antes de serem espaços de cura e da medicina, eles foram albergues e locais de exclusão social. Eram um espaço destinado à acomodação de determinada classe social (pobres, idosos, órfãos), para portadores de certas doenças (lepra, tuberculose) ou para internação daqueles considerados loucos.

Nesse contexto, o hospital era importante tanto para recolher esses sujeitos quanto para proteger as cidades dos perigos que eles representavam. Em seu funcionamento, portanto, o hospital não era um estabelecimento médico, visto que, em um primeiro momento, o médico inseriu-se aí apenas com o objetivo de manter algumas condições para que o mal não se espalhasse. Ao se referir aos hospitais gerais da época clássica, Foucault (2000) afirma: “Estas casas não têm vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade” (p.79).

Foucault (1978) menciona que o decreto da fundação do hospital geral ocorreu em 1656, na França. Era uma instância da ordem monárquica e burguesa; uma estrutura semijurídica que decide, julga e executa. Aos diretores, era atribuído todo o poder da autoridade, de direção, de administração, de polícia, jurisdição, correção e punição. Eles

ditavam as ordens nos hospitais, e caso alguém se opusesse a elas, era punido com golilhas de ferro, prisões e celas. O autor afirma: “Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem de repressão” (Foucault, 1978, p.50).

Nesse sentido, observa-se que o hospital, antes de ser um espaço médico que visava a tratamentos em relação à cura, foi um lugar destinado à exclusão social. Era um espaço em que os pobres, os leprosos e os loucos tinham o direito de ser alimentados e alojados, mas deveriam aceitar a coação física e moral do internamento. Foucault (1978) esclarece que o hospital geral não era um local de simples refúgio para as pessoas citadas anteriormente, mas tinha aspecto de uma instituição moral encarregada de castigar e corrigir uma certa “falha” moral que não merece o tribunal dos homens.

Com o advento do capitalismo, torna-se importante manter a saúde dos trabalhadores, uma vez que se investe na qualificação da mão de obra. Instaura-se um movimento de vigilância e controle sobre as condições de saúde dos homens. O desenvolvimento do controle sobre os homens reflete o surgimento do hospital como espaço de cura – terapêutico – associado à característica disciplinar. A prática disciplinar exigia a necessidade da criação de condições para que cada indivíduo fosse julgado, medido, avaliado. Isso sempre de acordo com os interesses capitalistas: o homem precisava estar saudável para conseguir produzir.

Segundo Foucault (1978), o hospital como espaço terapêutico é uma criação do século XVIII. Em torno de 1780, surge a ideia de que o hospital pode ser um local destinado a curar, o que propicia uma nova prática. O hospital deixa de ser um simples espaço físico, o albergue,

e passa a fazer parte de um acontecimento médico. Nesse sentido, no final do século XVIII, o “hospital exclusão” deixa de existir, passando a ser um espaço de cura.

Dessa forma, o médico não é mais um visitante ocasional no hospital, pois passa a ser o responsável pela instituição, tornando-se obrigatória a sua presença nela. Assim, ao longo da necessidade de uma profissão médica nacionalizada e organizada, a medicina passa a não se interessar apenas em classificar as doenças, mas também em instaurar a saúde, conhecer as técnicas de cura, produzir o “homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem modelo” (Foucault, 1998, p.39). O hospital torna-se um lugar onde cada parte do corpo passa a ser analisada e não apenas classificada.

Foucault (1978) afirma que o fim do século XVIII e início do século XIX marcam o surgimento das doenças mentais¹: criam-se o doente mental e a psiquiatria. Foi a partir das doenças nervosas que as curas do século XVIII atingiram maior quantidade de modelos variados e se reforçaram como técnica privilegiada da medicina. A consequência disso foi a aproximação entre a loucura e a medicina, ligação que o internamento recusava. Assim, observa-se que o reconhecimento das doenças mentais possibilitou a abertura para as ciências que tratarão o psiquismo. De acordo com Foucault (2000):

Dir-se-á que todo saber está ligado a formas essenciais de crueldade. O conhecimento da loucura não constitui exceção. Mas, sem dúvida, é no seu caso singularmente importante. Porque foi ela inicialmente que tornou possível uma análise psicológica da loucura; mas, sobretudo, porque foi ela que secretamente fundou a possibilidade de toda psicologia (p.84).

É importante ressaltar que o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas e de tratamentos mais especializados faz também com que no hospital geral se evidenciem os

¹ É importante citar que no livro *Doença mental e psicologia*, Foucault (2000) trabalha, de forma detalhada, a questão da loucura como doença mental.

distúrbios emocionais e as resistências à cura, o que leva o médico e a instituição a perceberem a necessidade de novas abordagens terapêuticas. Dessa forma, outros profissionais são chamados a atuar no hospital para criar melhores condições para o tratamento.

Segundo Moretto (2001), a hospitalização pode levar ao surgimento de fatores psíquicos que invadem a cena médica de forma abrupta e como um obstáculo, “aquilo que para o médico existe e está causando um efeito que, pelas causas não serem tão claramente legíveis para ele, não pode ser prontamente eliminado” (p.73), uma vez que o médico não possui recursos teóricos para lidar com a subjetividade. Assim, a partir do momento em que a medicina exclui a subjetividade e, ao mesmo tempo, necessita de um profissional para tratá-la, abre-se lugar para a psicologia nas instituições de saúde e nos hospitais.

1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O INÍCIO DE UMA PRÁTICA: A PSICANÁLISE EM HOSPITAIS GERAIS DO BRASIL

Anteriormente, vimos que ao longo de um desenvolvimento histórico, o fenômeno psíquico passou a ganhar um espaço nas instituições hospitalares. Diante das perspectivas deste trabalho, surge então uma questão: como se deu a inserção da psicanálise nos hospitais gerais do Brasil? Inicialmente recorreremos a experiências de alguns analistas precursores da prática da psicanálise nos hospitais gerais brasileiros. Após essa exposição, investigaremos alguns desenvolvimentos na obra de Freud e no ensino de Lacan que autorizaram o psicanalista a sair dos consultórios e atuar nos hospitais.

O crescimento da prática psicanalítica nos hospitais gerais do Brasil ocorreu a partir da última década do século XX. Hoje, a presença do psicanalista na instituição hospitalar se torna cada vez mais fundamental. Com isso, há um aumento do número de publicações na área e é

um dos assuntos mais correntes em congressos. No entanto, é importante mencionar a dificuldade que tivemos para encontrar bibliografias sobre o início da psicanálise nos hospitais brasileiros. Constatou-se que as publicações se voltam, sobretudo, para a formalização teórica e prática da psicanálise no contexto hospitalar, assim como para a função do analista nesses locais. No que tange ao nascimento da psicanálise nos hospitais gerais do Brasil, as publicações são bastante restritas.

Dada essa dificuldade, foi preciso entrar em contato com alguns profissionais bem conceituados na área para que pudessemos investigar as origens da psicanálise na instituição hospitalar. Conseguimos duas importantes referências sobre o tema, nas quais seus autores mostram que iniciaram suas práticas na década de 1970. A primeira foi indicada no texto “Relatos sobre o nascimento de uma prática: a psicanálise em hospital geral” (2005), em que há relato do início da experiência de duas psicanalistas, Sonia Alberti e Consuelo Pereira de Almeida. A segunda indicação foi outra psicanalista precursora na área, Marisa Decat de Moura, que começou seu trabalho no Hospital Mater Dei, em Belo Horizonte.

A experiência de Sonia Alberti e Consuelo Pereira de Almeida teve início na década de 1970, no Rio de Janeiro. Nessa época, a possibilidade da psicanálise nos hospitais ainda não era reconhecida. A partir do relato da inserção da psicanálise em dois hospitais, as autoras mencionam as dificuldades encontradas para a sustentação desse trabalho no contexto hospitalar. As resistências eram tanto por parte da instituição quanto por parte dos próprios psicanalistas, que recusavam a autenticidade de um trabalho analítico fora do “*setting* analítico” – enquadramento que define o número de sessões, a duração do tempo de cada uma

e o mobiliário da sala de atendimento. Essa era uma regra instituída pela IPA² que, além disso, impunha que apenas médicos poderiam fazer a formação psicanalítica. Caso o candidato não fosse médico, ele somente poderia clinicar sob o controle de um colega médico, mesmo após sua formação. Nesse sentido, os profissionais do hospital também não tinham ideia da possibilidade de um psicólogo sustentar um atendimento a partir da psicanálise.

Diante de todo esse contexto da época, era inviável pensar a psicanálise nos hospitais, ainda mais sustentada por psicólogos com formação psicanalítica. No entanto, para alguns analistas, essa questão tornou-se um desafio e, ao mesmo tempo, uma aposta. Eles começaram a trabalhar em hospitais e, para sustentar sua prática, procuravam supervisão com psicanalistas fora da instituição e trabalhavam os casos clínicos da mesma forma que fariam com atendimentos em consultório. Observa-se que, desde o início, havia uma preocupação com a formação dos analistas, pois essa seria a via para sustentar essa aposta.

Alberti e Almeida (2005) relatam suas experiências a partir de dois hospitais gerais, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE) – início do trabalho em 1976 – e o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG) – início do trabalho em 1977.

Com base em suas experiências, Alberti e Almeida (2005) destacam três tempos da inserção do trabalho analítico. O primeiro tempo foi chamado de “Entre a psicologia e a psicanálise – um ideal?”. Esse período foi marcado pela entrada da psicologia e da psicanálise nos hospitais, mas sob a submissão da clínica médica. Havia uma tentativa de responder a todas as demandas médicas, que valorizavam dados que pudessem ser quantificados. Daí a utilização de testes como o Gesell, o Bender.

² A IPA, International Psychoanalytical Association, é uma sociedade psicanalítica fundada por Freud, que existe até hoje, em âmbito internacional. Lacan já fez parte dessa Associação, mas foi desligado por ser contra algumas regras impostas por ela.

A psicanálise aparecia de maneira muito tímida e sob a roupagem da psicologia. Havia uma indefinição sobre o lugar da clínica psicanalítica no hospital, atrelada a uma falta de formalização teórica sobre essa prática. A psicanálise era considerada externa ao trabalho no contexto hospitalar, ou seja, ela só poderia ser realizada nos consultórios. Então, quem trabalhava nos hospitais e queria aplicar a psicanálise, esta funcionava como um ideal não legítimo, uma vez que os analistas formadores separavam a clínica psicanalítica do trabalho na instituição.

O segundo tempo é chamado de “Da psicologia à psicanálise – que articulação?”. Foi marcado pela constituição e estruturação do Serviço de Psicologia, que deixa de ser subordinado à clínica médica. Com isso, iniciou-se a realização de estágios curriculares. Apesar dessas conquistas, Alberti e Almeida (2005) afirmam que “tínhamos tantas tarefas e demandas a responder que o mais precioso nesse trabalho, a clínica do sujeito no hospital, ficou em segundo plano. A ordem geral era produzir, não importando de que maneira” (p.64).

Segundo as autoras, os dois primeiros tempos desse trabalho demonstram a dificuldade da inserção da psicologia no hospital geral, assim como a necessária elaboração das condições para um trabalho possível. Alberti e Almeida (2005), ao reconstituir a história do trabalho da psicologia no Hospital Universitário Pedro Ernesto – Unidade Clínica dos Adolescentes (UCA) –, identificam que os psicólogos deste hospital passaram pelas mesmas dificuldades que elas enfrentaram.

No caso da UCA, a grande mudança ocorreu no início da década de 1990. As psicólogas presentes nessa época tiveram a iniciativa de receber colegas que pudessem desenvolver um trabalho clínico baseado na psicanálise, incrementaram suas relações com a universidade a fim de sustentar uma articulação teórico-prática de suas pesquisas. Além disso,

todas as psicólogas faziam análise. Nesse contexto, foi possível a legitimação de uma estrutura, com um referencial teórico – a psicanálise – e um vínculo acadêmico. Assim, “os atendimentos sustentados na relação com a causa freudiana formaram a base de um trabalho que não mais identificava a psicanálise com ideal extrainstitucional” (Alberti & Almeida, 2005, p.66).

O terceiro tempo da inserção do trabalho analítico foi chamado de “Um modelo clínico”. Esse período foi marcado pela definição de um referencial teórico que abrange a experiência clínica: o psicanalítico. Para isso se tornar possível, houve uma persistência na formação analítica dos psicólogos, assim como em suas análises pessoais. Além disso, os psicanalistas manifestaram um desejo de incrementar um discurso com a universidade, visando construir uma articulação entre teoria e prática que sustentasse uma nova forma de abordar as demandas institucionais. Assim, observa-se que a delimitação do referencial teórico e a preocupação com a formação analítica foram condições para a legitimidade do trabalho analítico no hospital.

Marisa Decat de Moura é outra referência que contribuiu para formalização da psicanálise nos hospitais gerais do Brasil. Em 1978, ela recebeu um convite para dar aulas em um curso de “Casal Grávidos”, no Hospital Mater Dei, em Belo Horizonte. Após esse convite, a psicanalista recebeu outra proposta para uma atuação mais próxima ao corpo clínico através da participação em um curso que era oferecido a todos os médicos residentes do hospital. Suas atividades na instituição hospitalar iniciaram a partir daí e, desde esses trabalhos até os dias de hoje, ela passou a fazer parte da equipe. Segundo Moura (2002), seu trabalho começou a se desenvolver nas diferentes clínicas do hospital, com a construção de um laço transferencial

com a equipe. Para a autora, essa construção é essencial para a inserção e a prática do psicanalista na instituição hospitalar.

Segundo Moura (2002), o início da sua prática teve como referência a seguinte pergunta: o que é um psicanalista? Essa é uma questão fundamental para o analista que se insere no hospital, já que, nesse espaço, seu trabalho se realiza em ambiente diferente do *setting* convencional. Essa era uma questão bastante polêmica, pois a presença da psicanálise nos hospitais era recusada tanto pelos médicos quanto pelos próprios psicanalistas que não aceitavam a psicanálise fora do enquadre clássico. Observa-se que esse ponto controverso precisou ser enfrentado tanto por Sonia Albert e Consuelo Pereira de Almeida quanto por Marisa Decat de Moura. No próximo tópico deste capítulo, voltaremos nessa questão.

Como não havia uma formalização dessa prática – o que ainda está em construção –, a presença do psicanalista no hospital era da ordem de uma aposta: “a psicanálise deve estar onde há um ser humano em sofrimento. Nossas reflexões se direcionaram, então, para a clínica da urgência subjetiva e sobre o psicanalista: de qual lugar ele opera e o que mobiliza seus atos” (Moura, 2002, s/p). A autora afirma ainda que foi a partir do ensinamento de Lacan que algumas de suas questões foram respondidas e, ao mesmo tempo, outras questões pertinentes à prática surgiam.

Ao longo desse percurso, criou-se a Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei, que ainda continua promovendo cursos de formação, jornadas e publicações. A Clínica atua em diversos serviços e setores oferecidos pelo hospital, tais como: Centro de Terapia Intensiva de adulto, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Pronto Socorro, Serviço de Hemodiálise, Clínica de Geriatria, Clínica de Ginecologia, entre outros.

1.3 FREUD E A HISTERIA: DA MEDICINA À PSICANÁLISE

A psicanálise surge a partir do campo da medicina. No entanto, à medida que Freud avança nos seus estudos, há um distanciamento entre as duas áreas. Um ponto importante na história da psicanálise, que marca os diferentes posicionamentos entre o psicanalista e o médico, diz respeito à trajetória do próprio Freud. Segundo Mezan (1998), Freud iniciou seu projeto psicanalítico como um médico interessado nas chamadas “doenças nervosas”. As pessoas com essas doenças apresentavam alguns sintomas e comportamentos que eram inexplicáveis pela medicina. Os médicos não compreendiam os motivos pelos quais essas pessoas poderiam ter uma perna paralisada ou pudessem ficar cegos de repente, sem uma lesão visível.

No começo do seu trajeto, Freud se dedicava a investigar por que aqueles sintomas e comportamentos incompreensíveis poderiam ocorrer, iniciando, assim, a tentativa de compreender o funcionamento da psique humana. Nesse processo, Freud interessou-se pela histeria. Esse interesse fez com que ele dedicasse sua atenção àquelas pacientes que, apresentando uma sintomatologia toda particular, desafiavam o conhecimento médico e, de certa forma, “exigiam” do médico uma escuta também particular. A fala dessas pacientes passa então ao primeiro plano, e da sua escuta rigorosa, pode-se dizer, nasce a psicanálise.

Assim, Freud cria um método para tratar esses pacientes – “inventa a psicanálise, tendo a ideia originalíssima de deixar as pessoas falarem a respeito do que lhes acontecia e buscando nessa fala elementos que pudessem dar uma pista sobre a origem, o motivo e o sentido dos sintomas” (Mezan, 1998, p.212). Desta forma, Freud propõe-se a construir uma teoria capaz de explicar a origem desses sintomas e comportamentos estranhos, bem como a eficácia do método que ele tinha planejado. Ao longo de suas investigações, Freud esclarece a etiologia

da histeria ao mesmo tempo em que lança os principais conceitos da psicanálise, entre eles o de recalque, inconsciente, fantasia, transferência.

Freud percebeu que a histeria parecia com várias doenças sem nunca ser uma delas, escapando por essa via ao saber médico já constituído. Jorge (1983) afirma que “por onde quer que o discurso médico tenha se desenvolvido, a histeria não deixou de ser reconhecida pelo que ela representa em relação ao saber médico” (p.17). Isso porque os sintomas histéricos, denominados no discurso médico como migratórios, são passíveis de regressão sem qualquer intervenção médica ou se mostram inalterados mesmo após vários recursos utilizados pela medicina. O que ocorre é que a histérica ludibria o saber médico, colocando-o num impasse. Dessa forma, a histérica ouvirá como resposta do médico: “Você não tem nada”.

Diante do doente, o objeto de interesse do médico é a doença, via pela qual ele se encontrará com seu próprio discurso. Na histeria, cujos sintomas aparecem e desaparecem em função de algo que escapa a esse saber constituído, cabe acrescentar o seguinte à resposta do médico: “Você não tem nada... que seja possível de se inscrever no discurso médico”.

Nesse contexto, o discurso histórico coloca o médico em situação de impasse, uma vez que ele reconhece que a histérica, de fato, tem alguma coisa. No hospital, frequentemente pode-se observar que o médico diagnostica essa “coisa” como “piti”. Esse é um diagnóstico que visa a desqualificar a histérica, já que ela ameaça o médico em sua posição de sujeito que sabe e que assegura o que é melhor para o doente.

Justamente por isso a histérica é acusada de simular os sintomas, termo que remete diretamente ao contexto teatral e seu jogo. Porque o papel que ela deveria representar na cena médica, o do doente, este papel ela não o desempenha bem. E, recusando-se a coadjuvar a opereta que lhe apresentam, será, então, seu drama que não será ouvido. Esta recusa está na dependência de os sintomas da histérica não remeterem ao discurso médico, mas ao próprio sujeito (Jorge, 1983, p.17).

Esse é o motivo pelo qual a palavra da histérica foi a primeira a ser ouvida por Freud. Ele inventa a situação analítica, possibilitando aí um espaço de fala para as histéricas acusadas de serem mentirosas e fingidoras. Segundo Moretto (2001), Freud, ao escutar as histéricas, temia não ser mais reconhecido pela comunidade científica, pois existia a possibilidade de romper com essa mesma ordem. “Se Freud tanto quis mostrar e demonstrar que continuava sendo médico, é porque ele sabia que rompia com essa posição ao dar ouvidos àquilo que o discurso médico prima por excluir, a subjetividade” (Morreto, 2001, p.68).

Freud dava grande importância ao que as histéricas diziam, mesmo quando as falas pareciam absurdas e contraditórias. Assim, “Freud se dá conta de que as pessoas, ao falarem, dizem muito mais do que imaginam estar dizendo. Cria então o primeiro conceito-chave da psicanálise: o conceito de *inconsciente*” (Mezan, 1998, p.213, grifo do autor).

De uma forma sucinta e de acordo com Mezan (1998), num primeiro momento, pode-se dizer que o inconsciente é aquilo de que não se tem consciência. Ao longo das suas investigações, Freud acaba percebendo que o inconsciente obedece a certa lógica e que os sintomas esquisitos de que as pessoas se queixam têm um sentido, desconhecido pelo próprio indivíduo. Entrevê-se aí que Freud tem uma grande preocupação com as consequências lógicas das noções que vai construindo para dar conta dos fenômenos aparentemente estranhos e sem sentido com os quais se depara.

É importante destacar que, como ressalta Clavreul³ (1983), é em função da prevalência do discurso médico e da grande influência que ele exerce nos indivíduos – já que existe o saber médico e que é sempre possível recorrer a ele quando o indivíduo sofre – que a histérica

³ Clavreul (1983), em seu livro *A ordem médica*, produziu uma das mais importantes análises da medicina moderna sob a visão psicanalítica. Apesar de o livro ter sido publicado há mais de vinte e cinco anos, ele continua atual – pois a medicina continua se posicionando da mesma maneira – e amplamente utilizado nas pesquisas referentes a esse tema.

se apresenta como “doente”. Quando eram os teólogos que mantinham o discurso do saber sobre o homem, eram as histéricas que desempenhavam o papel das bruxas e feiticeiras. Essa passagem da suposição de saber da religião para a ciência foi o que deslocou a histérica da fogueira dos inquisidores para o consultório do médico. Entretanto, seu drama continuou não sendo escutado, pois tanto em um quanto no outro, o que ali se configura e se esfumaça é o desejo do sujeito, aquilo que ele tem de mais particular.

Freud descobre, então, que a histeria propunha uma questão específica e fundamental em relação ao saber. Ele expõe que as histéricas sofrem daquilo que elas não sabem, e esse sofrimento é tão verdadeiro quanto aquele decorrente de um corte no corpo sem anestesia. Ou seja, essa “doença” quer dizer alguma coisa que até então não se sabia escutar. O autor esclarece que a histeria tem suas próprias leis, não necessariamente as leis da medicina. Ao abordar a questão da lesão nas paralisias histéricas, Freud (1893/1996) diz: “Ela deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois, *nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tomasse conhecimento desta*” (p.212, grifos do autor). Nesse sentido, o corpo que as histéricas apresentavam era um corpo distinto daquele que era objeto de interesse da medicina.

Assim, Freud dá grande importância à força determinante do inconsciente, que se revela nos sonhos, nos atos falhos, nos chistes e na fala das histéricas como um “saber que não se sabe”, mas que governa nossos atos e pensamentos. Quando falamos, dizemos mais do que pensamos dizer, mais do que julgamos saber. Falamos com nosso corpo sem saber e dizemos mais do que sabemos. Freud, então, percebe que é preciso escutar o sujeito em sua fala para se ter acesso a esse “saber que não se sabe”, no particular de cada caso.

Este movimento freudiano de privilegiar o sujeito em suas particularidades é um processo que marca uma ruptura com relação ao discurso médico. Isso porque este é um discurso que exclui a diferença e que opera reduzindo o enunciado do sujeito àquilo que é possível de ser inscrito no discurso médico.

Pode-se ainda inferir outro ponto que marca uma distância entre a psicanálise e a medicina no que diz respeito à passagem sofrida por Freud ao lugar de psicanalista. Clavreul (1983) coloca que a ordem médica é da alçada da ciência, mas ela é, sobretudo, uma ordem jurídica. No campo da medicina, a prescrição médica equivale à sanção legal no campo jurídico, pois “aquele cujo organismo se afasta da norma instituída pela ordem médica receberá a sanção que se destina a fazer com que ele retorne para o interior da norma. Assim como o criminoso que sofre uma sanção penal ao cometer um delito” (Clavreul citado por Jorge, 1983, p.14).

Nesse sentido, é por meio de um comando que o médico exerce seu poder: “faça isso”, “coma aquilo”, “não fume”, “eu já disse que você não pode beber” etc. É essa ordem superegoica à qual o doente tem de se adaptar; ordem que está na base da sugestão hipnótica e da posição de “sujeito que sabe” assumida pelo médico, que a psicanálise põe em questão. Vale ressaltar que essas são posições que Freud deixou para trás, quando fez a passagem da utilização da técnica hipnótica e da sugestão⁴ para a escuta do sujeito em associação livre⁵.

⁴ Quando Freud abandona a hipnose e solicita a seus pacientes que procurem se lembrar do fato traumático que poderia ter causado os sintomas, observa que tanto a sua insistência quanto os esforços do paciente esbarravam com uma resistência destes a que as ideias patogênicas se tornassem conscientes. Freud chegou à conclusão de que todas essas ideias eram de natureza aflitiva, capazes de despertar emoções de vergonha, de autocensura e de dor psíquica. Com isso, surgia a ideia de defesa.

⁵ Freud (1940 [1938]/1996), no final da sua obra, escreve: o paciente “deve dizer-nos não apenas o que pode dizer intencionalmente e de boa vontade, coisa que lhe proporcionará um alívio semelhante ao de uma confissão, mas também tudo o mais que sua auto-observação lhe fornece, tudo o que lhe vem à cabeça, mesmo que lhe seja *desagradável* dizê-lo, mesmo que lhe pareça *sem importância* ou realmente *absurdo*. Se, depois dessa injunção, conseguir pôr sua autocrítica fora de ação, nos apresentará uma massa de material – pensamento, ideias,

O que está em jogo aí é outra diferença que marca a passagem da posição de médico para a posição de psicanalista. Ou conforme aponta Jorge (1983), “passagem, enfim, da postura de sujeito que sabe, própria do médico, à do sujeito suposto saber, lugar do psicanalista” (p.15).

1.4 A DIFUSÃO DA PSICANÁLISE: PERSPECTIVAS FREUDIANAS

Com o objetivo de avançar na discussão sobre a inserção da psicanálise nos hospitais, retomaremos algumas questões na obra de Freud e no ensino de Lacan que autorizaram o psicanalista a sair dos consultórios e atuar nos hospitais. Essas questões se relacionam com o desejo dos autores de reconhecimento da psicanálise e sua difusão nos diversos campos do saber.

Freud, ao lado da teoria e integrado à construção da teoria psicanalítica, declarava o desejo de reconhecimento da psicanálise e a esperança de que, um dia, a psicanálise pudesse se difundir nos diversos campos do saber. Nesse sentido, ao longo da obra freudiana, podemos recorrer a alguns textos que apresentam essa perspectiva, tais como: “Linhas de progresso na terapia psicanalítica” (1919 [1918a]/1996), “Sobre o ensino da psicanálise nas universidades” (1919 [1918b]), “Psicanálise” (1926[1925]/1996), “Explicações, Aplicações e Orientações” (1933 [1932]).

Em “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”, Freud (1919 [1918a]/1996), em um momento em que o mundo se encontrava devastado pelos efeitos da Primeira Guerra Mundial, preocupa-se em abrir os caminhos para a psicanálise. Àquela época, ele diz que, futuramente, seriam criadas instituições que designariam psicanalistas para tratar uma considerável massa

lembranças – que já estão sujeitos à influência do inconsciente...” (Freud, (1940 [1938]/1996, p. 189), grifos do autor). Segundo ele, essa é a única regra da psicanálise, a associação livre, e que está do lado do analisante.

da população. Para isso, seria necessário o trabalho do analista de adaptar as técnicas às novas condições, mas enfatiza que os princípios psicanalíticos deverão ser mantidos.

No texto “Sobre o ensino da psicanálise nas universidades”, Freud (1919 [1918b]/1996), ao tratar sobre esse tema, diz que nas investigações mentais e nas funções do intelecto, a psicanálise segue seu próprio método específico. Dessa forma, afirma que a aplicação desse método não se restringe ao campo dos distúrbios psicológicos, mas amplia-se aos problemas ligados à arte, à filosofia e à religião. Além disso, Freud declara que a psicanálise já produziu esclarecimentos a temas como “a história da literatura, a mitologia, a história das civilizações e a filosofia da religião” (p. 188). No texto “Psicanálise”, Freud (1926[1925]/1996) volta a afirmar a extensão da psicanálise aos diversos campos do saber: “Nem houve espaço para aludir às aplicações da psicanálise (...) a outros setores do conhecimento (como a antropologia social, o estudo da religião, a história literária e a educação), onde sua influência vem constantemente aumentando” (p.258).

Em “Explicações, aplicações e orientações”, Freud (1933 [1932]/1996), ao discutir sobre as aplicações da psicanálise às ciências naturais, diz: “Devo mencioná-lo porque é da maior importância, é tão pleno de esperança para o futuro, talvez seja a mais importante de todas as atividades da análise. Estou pensando nas aplicações da psicanálise à educação, à criação da nova geração” (p.145).

Atualmente, percebe-se que o futuro vislumbrado por Freud já é o nosso presente, uma vez que os psicanalistas são convocados a intervir nos diferentes campos, e a psicanálise se torna cada vez mais objeto de curiosidade de profissionais não analistas. Hoje, vê-se que muitos se interessam pelo que a psicanálise pode fornecer tanto em relação à análise quanto em termos de leitura do cotidiano e do mundo.

O psicanalista, ao atuar em diferentes lugares, se vê às voltas com as diversas formas de demanda e de sintoma – demandas que muitas vezes não se definem como demandas de análise ou mesmo de tratamento, e sintomas que não se enquadram nos recortes das estruturas clínicas, nem nas técnicas dos primórdios da psicanálise freudiana – que exigem dele reinterrogar sua prática. Dessa forma, o analista passa a questionar sobre as possibilidades e os limites da sua prática, e sobre o que representa sua eficácia. Quando a psicanálise é convocada a intervir nos diversos campos do saber, ela depara-se com novos desafios, o que exige a construção de novos dispositivos clínicos. Mas isso sem deixar de lado os princípios da psicanálise, pois é a partir deles que se faz possível tal construção.

Cada vez mais o psicanalista oferece sua presença na sociedade de formas diferentes e em lugares que não se restringem ao consultório. A história recente do movimento psicanalítico no Brasil registra, a partir da última década do século XX, o interesse crescente dos psicanalistas pelo trabalho nas instituições de assistência à saúde. Ao mesmo tempo, também cresce o interesse das instituições por esses profissionais. O hospital geral, foco central desta pesquisa, é um desses lugares onde a presença do analista tem se tornado fundamental.

Entretanto, observa-se que a crescente difusão da psicanálise é acompanhada por uma preocupação sobre a formalização da práxis analítica, assim como da formação dos analistas. A extensão da psicanálise nos mais diversos meios jurídicos, educacionais, hospitalares e artísticos faz com que os dispositivos analíticos corram constantemente o risco de perder seu rigor ético e singular.

No texto “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”, conforme citado anteriormente, Freud (1919 [1918a]/1996) já localizava as novas condições que a clínica

deveria enfrentar. Tratava-se de “adaptar a técnica às novas condições” (p.181) e a situação que ele abordava como pertencente ao futuro requeria preparação dos analistas. Ele diz: “qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir (...) os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa” (p.181). Portanto, a ideia aí inserida é a importância dos psicanalistas em abrir novos espaços para a clínica psicanalítica, uma vez que os princípios deveriam ser mantidos.

1.5 A PSICANÁLISE EM INTENSÃO E A PSICANÁLISE EM EXTENSÃO

Seguindo a perspectiva freudiana de manter viva e autêntica a psicanálise no mundo, Lacan se preocupava com os rumos que a psicanálise tomava. Essa preocupação aparece em alguns textos, tais como: “Situação da psicanálise e formação do psicanalista em 1956”, “A psicanálise e seu ensino” (1957). Nestes textos, Lacan expõe “críticas” tanto à técnica psicanalítica quanto aos embaraços conceituais empreendidos, após a morte de Freud, pelos dirigentes da instituição por ele criada, a IPA. Não é objetivo desta pesquisa analisar os detalhes da “excomunhão” de Lacan da IPA; apenas destacamos que o alvo inicial de sua crítica ao extravio a que foram conduzidos os analistas dessa Instituição volta-se, sobretudo, para a ênfase na metapsicologia do Eu. As ideias lacanianas vão na contramão do fortalecimento egoico promulgado pela IPA.

Alguns anos após sua saída da IPA, Lacan funda a École Française de Psychanalyse (EFP), em 1964, propondo a criação de novas regras. A fundação de sua Escola remete ao desejo de criar um espaço que tivesse as condições necessárias à transmissão da psicanálise. A ideia original da Escola representa um trabalho que restaure, no campo aberto por Freud, a

lâmina cortante de sua verdade e que “reconduza a práxis original que ele instituiu sob o nome de psicanálise ao dever que lhe compete em nosso mundo; que, por uma crítica assídua, denuncie os desvios e concessões que amortecem seu progresso, degradando seu emprego” (Lacan, 1971/2003, p.235). O movimento que Lacan nomeia de “retorno a Freud” exigiu um procedimento rigoroso e sistemático de re-ordenamento epistêmico da teoria psicanalítica e de esclarecimento dos fundamentos da ética que lhe é própria.

Com o objetivo de assegurar a autenticidade da psicanálise e de garantir sua efetivação, Lacan (1967/2003) escreve a “Preposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola”. Nesse texto, ele cria operadores na formação do analista que coexistem com a própria psicanálise e seu emprego na civilização, lançando dois momentos de junção: “psicanálise em extensão, ou seja, tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela” (Lacan, 1967/2003, p.251). Dessa forma, o dispositivo do passe, que também é uma invenção lacaniana, captura a amarração da intensão de cada um que pratica a psicanálise com a extensão desta prática no mundo: “é no próprio horizonte da psicanálise em extensão que se ata o círculo interior que traçamos como hiância da psicanálise em intensão” (Lacan, 1967/2003, p.261).

É importante destacar que o dispositivo do passe (Lacan, 1967/2003) é a passagem que marca ao mesmo tempo o fim de uma análise e a opção feita pelo analisando de se tornar psicanalista. O passe é o ato inaugural de um analista recém-surgido de uma análise. Para isso, o analisante deve formalizar o saber analítico que adquiriu a partir de sua própria experiência analítica, aplicando a psicanálise ao que se passou no seu percurso. É da experiência analítica que um analista advém.

Lacan (1967/2003), ao criar o passe, refere-se ao desejo do analista como uma condição a essa passagem. A mudança de psicanalisante a psicanalista é marcada pela destituição subjetiva, que é a queda do objeto que dava suporte ao sujeito em sua fantasia. Nesse processo, observa-se que “a apreensão do desejo não é outra senão a de um des-ser. Nesse des-ser, desvela-se o inessencial do sujeito suposto saber, donde o futuro psicanalista entrega-se ao $\alpha\gamma\alpha\lambda\mu\alpha$ da essência do desejo, disposto a pagar por ele em se reduzindo, ele e seu nome, ao significante qualquer” (Lacan, 1967/2003, p.259). Assim, o que Lacan nomeia como desejo do analista é, em última instância, um efeito de análise. Um lugar vazio e operador de uma análise, que o analista oferece ao analisante, um espaço para que aí possa se instalar o desejo do analisante.

Para que a psicanálise possa estar presente no mundo e nas instituições, Lacan organiza esse movimento “em extensão”, expondo sua articulação com a psicanálise “em intensão”. A recomendação que se apresenta é a de que a psicanálise em extensão – enquanto prática – depende fundamentalmente do que ocorre na psicanálise em intensão, ou seja, da responsabilidade do analista no que diz respeito à sua análise didática.

Lacan (1967/2003) abrange condições do uso da psicanálise como experiência original do mundo. A partir da concepção de passe, intensão e extensão, ele revela a importância da inclusão da intensão e da singularidade do sujeito na extensão da prática psicanalítica. Trata-se aí de como assumir o risco de não distorcer os princípios psicanalíticos e de manter aceso o desejo daqueles que praticam a psicanálise. Essas são condições essenciais para que determinada práxis seja analítica.

Seguindo essas ideias, a questão volta-se, sobretudo, para a implicação do analista com as especificidades da psicanálise e que, de fato, envolvem o desejo do analista. O que se

apresenta nessa formulação é que o analista opera a partir de um lugar que não é um espaço geográfico, mas um lugar enquanto função, um desejo, um discurso. Essa concepção lacaniana vai na contramão da ideia de alguns analistas que, a partir do texto de Freud (1913/1996) “Sobre o início do tratamento”, transformam as condições da análise em regras para garantir a execução da prática, as quais devem ser cumpridas por meio de um contrato com o analisante: o rigor quanto ao número de sessões semanais, a regularidade, tempo exato de cada sessão e o rigor quanto ao uso do divã.

O conjunto de normas que esses analistas impõem e que permitiriam a intervenção analítica se convencionou chamar de *setting* analítico. Essas normas deveriam ser rigorosamente seguidas para que se pudesse garantir a legitimidade e o bom funcionamento da psicanálise. Nesse caso, o que definiria o dispositivo freudiano não seria a única regra da psicanálise, a associação livre, mas, entre outras coisas, o mobiliário, o horário, o tempo fixo das sessões.

Lacan retira a psicanálise do âmbito das regras para situá-la na esfera da ética. Ele extingue a padronização, ou seja, o *setting* analítico é rompido para que o analista possa manejar a sessão de acordo com a única regra imposta ao analisante, a associação livre. A partir daí, Lacan introduz um modo novo de conceber o lugar para a prática de uma psicanálise, em que o analista estabelece um modo peculiar, definido pelo discurso analítico, de relacionar-se com o analisante, no trabalho de análise. Elia (2000), ao discutir sobre a extensão social da psicanálise, afirma que Lacan situou o lugar da prática psicanalítica como estrutural e chamou-o de dispositivo analítico, o qual

tem, sobre seu antecessor *setting*, a imensa vantagem de discernir o plano imaginário (físico, espacial, mas efetivamente marcado por critérios econômicos e

ideologicamente construídos) da situação analítica do plano estrutural, que, como tal, não depende de uma configuração particular e circunstancial (transformada em necessidade técnica) (Elia, 2000, p.29, grifo do autor).

Santos e Elia (2005), ao tratarem sobre a psicanálise nas instituições, afirmam que as condições para a experiência psicanalítica se distanciam da exigência rigorosa de uma configuração clássica do *setting*. Independentemente do ambiente físico (consultório, enfermaria, ambulatório, etc) em que a experiência ocorra, o exigível é que um determinado espaço discursivo se estabeleça entre um analista e um analisante, tomado como sujeito da palavra e do inconsciente.

Elia (2000) identifica características que marcam a ortodoxa configuração do dispositivo analítico como um consultório particular. A ideia de que tal dispositivo só pode ser um consultório, e não outra coisa, é um modo de conceber o dispositivo como restritivo e imaginarizante, interditando a prática analítica em outros espaços que possuem o sofrimento psíquico. Essa característica restritiva estabelece o *setting* clássico como sendo um critério e uma condição para a psicanálise. Isso significa que há uma exclusão, do campo de aplicação clínica da psicanálise, de qualquer quadro de sofrimento psíquico que não se adeque aos modos de encaminhamento a um consultório. No próximo capítulo, serão expostas algumas condições que realmente consideramos essenciais para se caracterizar um trabalho analítico. De fato, a exigência rigorosa do *setting* clássico não faz parte de tais condições.

Ao tomarmos como referência a visão lacaniana de que as condições de possibilidades da psicanálise não se garantem pelo *setting* ideal, considera-se que a psicanálise ultrapassa as fronteiras de um consultório bem mobiliado. Nesse caso, o contrato psicanalítico se funda na regra fundamental: o paciente associa livremente, e o analista presta atenção flutuante. Se o inconsciente não está nem dentro nem fora, mas onde o sujeito fala, o manejo do discurso do

analisante, aquele que demanda um saber, pode também acontecer quando ele está num leito do hospital. Assim, conforme afirma Moretto (2001), “não podemos estar tratando do *setting* como espaço real porque ele é virtual, ele é psíquico, ele é, na verdade, um artifício, uma construção do psicanalista para que a análise se dê” (p.59). É sob essa perspectiva que Lacan rompe com a padronização para introduzir os dispositivos analíticos, ou seja, as condições para que uma psicanálise ocorra.

1.6 A INSERÇÃO DO PSICANALISTA NO HOSPITAL GERAL

Moura (2002), ao tratar sobre a prática do psicanalista na instituição hospitalar no Brasil, afirma que a partir do momento em que o lugar do analista não é definido pelo espaço físico, mas por aquilo que é sua função, o analista é autorizado a sair do enquadre convencional. Essa função depende da implicação do próprio analista com a psicanálise, que deve ocorrer em qualquer lugar onde ele atue – ou seja, sua função não depende da localização geográfica. A partir daí, o analista tem como efeito sua inserção também no hospital, na exigência de um rigor ético de formalização permanente de sua prática, assim como na necessidade de interlocução com seus pares.

Se o lugar do psicanalista não é determinado pelo espaço geográfico, mas por aquilo que é sua função, é fundamental refletirmos sobre as particularidades do trabalho analítico no contexto hospitalar, e também sobre o que caracteriza um analista onde quer que ele opere. Dessa forma, é possível demarcar o lugar do analista nesses espaços. Para que possamos avançar nessas questões que serão retomadas nos próximos capítulos, inicialmente é importante recorrer a algumas considerações que se relacionam com essa discussão.

Lacan (1967-1968/2006) menciona que “a função do psicanalista não é algo natural, que ela não existe por si só no que tange a atribuir-lhe seu *status*, seus hábitos, suas referências e, justamente, seu lugar no mundo” (p.13). A partir dessa ideia, pode-se pensar que o lugar do psicanalista no hospital precisa ser construído de modo que ele possa operar, mas é uma construção que deve ser permanente e jamais concluída. Mathelin (1999), ao tratar sobre o lugar do psicanalista num serviço de neonatologia – apesar de a autora abordar um serviço específico do hospital, é possível utilizar sua ideia para refletirmos sobre esse lugar no hospital geral –, diz que, nesses espaços, o lugar do analista deve ser recriado a cada dia, de forma “flutuante e maleável” (p.89). O analista se posiciona de forma diferente diante do sujeito ao qual se dirige e do momento em que uma fala pode ser direcionada a ele. A autora exemplifica:

Parte integrante da equipe, ele [o psicanalista] tem que ser por vezes também exterior, para remeter aos membros da equipe ou aos pais uma imagem, uma escuta distanciada. Em outros momentos, junto da incubadora, se os visores se puserem a apitar, ele ajudará da melhor forma possível a equipe, na medida de suas possibilidades. Outra vez ainda, ficará ao lado da equipe para acompanhar uma criança morrendo. É preciso poder sempre se mexer de um lugar a outro, construir um espaço onde o jogo seja possível a partir dessa disponibilidade (Mathelin, 1999, p.89).

A concepção da construção permanente do lugar do analista no hospital também nos remete à noção de que o psicanalista não é um especialista em hospitais, uma vez que ele não visa atingir um saber completo e exclusivo de determinada área. No momento em que atua na instituição hospitalar, o analista trabalha com situações específicas que exigem toda uma reflexão acerca da maneira pela qual ele vai operar em cada circunstância. No entanto, isso não quer dizer que o analista se torna um especialista em hospitais, pois a psicanálise é apenas uma e não aborda um saber completo e previamente estabelecido, a ser verificado ou refutado.

O psicanalista trabalha com o saber inconsciente, que não é apreensível por uma mera aplicação de saber acumulado, mas que se apresenta de forma única e particular, a ser lido segundo uma estrutura que não coincide com o saber universal e genérico da ciência clássica ou de uma especialidade. Daí o princípio freudiano de tomar cada caso como se fosse o primeiro.

O psicanalista não é um especialista, assim como a psicanálise não é uma especialidade médica, psicológica, de crianças ou de adultos, nem se generaliza como uma prática própria do consultório particular. Isso significa que não é do lugar de especialidade que o psicanalista desenvolve seu trabalho na instituição, mas de um lugar que interroga qualquer saber que se proponha como prévio ou de especialista, que exclui o sujeito do inconsciente. A função do analista na direção do tratamento é justamente favorecer esse sujeito que surge na descontinuidade do discurso do próprio analisante. A psicanálise, por propiciar o resgate desse sujeito, que é particular a cada um, não trabalha com o saber prévio.

Nesse ponto, a ideia da construção constante do lugar do analista no hospital também tange o desejo do psicanalista; lugar vazio, esvaziado de saber imperativo e operador de análise que o analista oferece ao analisante. Ao assumir essa posição de lugar vazio, o analista se coloca como objeto para um outro, viabilizando a palavra para que daí o sujeito possa advir. No contexto hospitalar, essa posição do analista aparece de forma bastante particular, pois ela é diferente daquela ocupada por todos os outros profissionais do hospital, que se preocupam em preencher ou apaziguar o espaço vazio. Esses profissionais, ao contrário dos psicanalistas, constroem seu lugar a partir de uma especialidade que exige normas, protocolos e saberes universais.

A título de exemplo, recorro à prática num hospital geral onde o serviço de psicologia acolhe os familiares dos pacientes internados no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) – em alguns casos, esse acolhimento pode ser transformado em atendimento. Um familiar diz que inicialmente não entendia qual o motivo do analista ficar ali no CTI, todos os dias, no horário de visita. Ele lhe diz: “Então, eu ficava pensando: o que será que você faz aqui? Eu não te via atendendo os pacientes. Observava que várias pessoas aproximavam de você para falar alguma coisa. Eu não sabia do que se tratava, apenas notava que alguns demoravam mais, outros menos. Até que um dia resolvi aproximar de você e percebi que ali eu podia falar sobre esse momento tão doloroso que estou passando. Com os outros profissionais, são sempre eles quem falam. Eles falam sobre o quadro clínico da minha mãe e eu preciso estar sempre preparado para ouvi-los”. O familiar menciona ainda algumas diferenças entre o psicanalista e os outros profissionais: “Com você é diferente, eu posso falar e você me escuta. Diferente das outras pessoas que trabalham aqui, você não tem nada pendurado no pescoço [ele se referia ao estetoscópio, aparelho utilizado por médicos, enfermeiros e fisioterapeutas], não anda com nenhum material e não chega perto de mim com mil explicações. Você não tem nada. No início achava isso estranho. Hoje sua presença me alivia porque você me escuta”.

A partir deste relato, observa-se que, inicialmente, a pessoa do analista representava, para o familiar, mais um profissional do hospital. Isso significa que, naquele momento, não havia um psicanalista ali, pois seu lugar não está pronto *a priori*, é preciso construí-lo de maneira que ele possa atuar. Essa construção pauta-se na presença de um analista diante de um sujeito dividido.

No caso citado, nota-se que diferentemente dos outros profissionais, o analista ocupava um espaço vazio, onde não portava materiais hospitalares nem um saber prévio a ser

comunicado ao familiar. Esse lugar vazio tem como direção causar o desejo do sujeito, permitindo o surgimento do discurso do analista, a circulação da palavra, a autorização da existência da subjetividade e um lugar para escuta das particularidades. A partir da presença do analista, tem-se a possibilidade de uma queixa transformar-se em uma demanda direcionada àquele psicanalista, criando uma via para que o sujeito se questione sobre seu posicionamento diante do real, da incompletude, da morte.

Nesse sentido, a presença do psicanalista num hospital inclui a imprevisibilidade, a surpresa, o real como furo. Essa clínica vai trabalhar justamente com aquilo que a medicina tenta excluir e não se propõe a tratar, mas que retorna e insiste. Temos aí a possibilidade de transmissão de um saber outro sobre o sofrimento humano que difere do saber da medicina, uma vez que os médicos se deparam com o fracasso em seu saber quando não há mais recursos para encobrir o real que insiste em aparecer. Com isso, abre-se uma via para interlocução entre psicanálise e medicina.

No contexto hospitalar, quando o sofrimento psíquico aparece, há um direcionamento dessas questões para o analista. O que se dirige ao psicanalista é uma certa suposição de saber e, se ele souber sustentar esse lugar, uma via pela qual a transferência pode surgir; o que ele diz pode ter efeito de intervenção.

O trabalho do analista no hospital abrange tanto o paciente quanto a instituição, a equipe multiprofissional e os familiares. Isso não significa que o analista vai tornar-se psicanalista desses profissionais, mas que o saber que será suposto ao analista implica nas diversas demandas dirigidas a ele que poderão ter efeitos tanto para sustentar a transferência com a equipe quanto para a transmissão da psicanálise.

A escuta do analista junto aos profissionais visa propiciar uma abertura para a subjetividade e não a construção de uma relação terapêutica com eles. É por estar presente num momento em que a subjetividade pode ser reconhecida, que a intervenção do analista pode ter seu efeito. Vale ressaltar que, no hospital geral, esse lugar de escuta não é ocupado apenas pelos psicanalistas, mas também pelos outros profissionais da equipe. No entanto, é importante reconhecer que o analista possui uma escuta diferenciada ao considerar e sustentar a existência do inconsciente onde o sujeito se produz. Essa escuta não tem como referência uma compreensão que oferece respostas e nem se responsabiliza em fazer uma adequação às normas ou aos protocolos que fazem parte do cotidiano do contexto hospitalar.

Há alguns anos os hospitais passam pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, criado pelo Ministério da Saúde. Esse Programa propõe, entre outras coisas, a exigência de alta qualidade e de excelência no atendimento aos pacientes e familiares. A partir da discussão tratada neste capítulo, podemos supor que para o psicanalista essa qualidade relaciona-se, principalmente, com sua condição de escuta, apostando no inconsciente e na posição pela qual o sujeito é responsável.

No entanto, uma das maiores dificuldades dos psicanalistas que trabalham nos hospitais é escutar o sujeito. Muitas vezes eles são atropelados pela via humanista, que é neutralizada por profissionais que ficam presos a certo ideal de um bem a ser alcançado por um paciente. Esse pode ser um princípio da instituição que escamoteia a singularidade, em função do ideal igualitário a ser atingido. Essa condução tem como efeito uma escuta surda pautada nos referenciais da instituição. Lacan indica que qualquer tratamento, mesmo que recheado de conhecimentos psicanalíticos – tal como a escuta do sujeito –, reduz-se a uma psicoterapia, se não assume o rigor ético psicanalítico. A ética da psicanálise tem como

referência o desejo e não o atendimento da demanda exigida pela institucionalização. Na prática hospitalar, muitas vezes, cabe ao psicanalista o grande desafio de mostrar aos outros profissionais que há um sujeito que opera além do sujeito da ciência – e que determina o funcionamento psíquico –, mas que parte necessariamente desse campo.

A princípio, a concepção da existência de um saber que não pode ser controlado nem comandado pode parecer estranha ao campo da medicina. Todavia, o que se observa no hospital é que a equipe, justamente por vivenciar experiências em que eles não conseguem ter o domínio total do sujeito – situações que geralmente causam muita angústia na equipe –, passa a ter grande curiosidade e interesse por esse estranho que escapa a toda tentativa de controle. Ela observa que, paralelamente a uma busca de soluções imediatas para seus impasses e problemas orgânicos, o paciente é um ser humano desamparado, assustado e insatisfeito.

É importante ressaltar que a entrada do psicanalista no hospital não implica que sua inserção foi, de fato, efetuada. Dito de outra forma, a inserção do analista não depende da estruturação do serviço de psicologia nem de um quadro de vagas a ser ocupado, mas depende, principalmente, da formação do analista e de sua implicação com a psicanálise. Essas são condições fundamentais para a construção do lugar do analista no hospital e para formalização de sua prática.

Sem dúvidas, esse é um desafio para o analista que se insere no hospital, já que a construção do seu lugar ocorre num local marcado por discursos, éticas e especificidades conceituais radicalmente diferentes das suas. Investigar sobre o lugar do psicanalista no hospital e os impasses a que ele está sujeito no percurso dessa construção é o objetivo desta

pesquisa. De fato, essas questões nos possibilitam debater sobre a práxis do psicanalista diante de desafios clínicos, teóricos e institucionais.

CAPÍTULO 2

O LUGAR DO PSICANALISTA NOS HOSPITAIS GERAIS: DIMENSÃO CLÍNICA

No primeiro capítulo, vimos algumas concepções de Freud e de Lacan que propiciaram a extensão da clínica psicanalítica para além dos consultórios particulares. Essa difusão teve como consequência a implicação da psicanálise nos hospitais gerais. No entanto, essa abertura para a prática analítica no contexto hospitalar não legitima o lugar do analista nesses espaços. Assim, retomam-se as questões: o que sustenta o lugar do psicanalista no hospital? Que lugar é esse?

Essas questões serão discutidas a partir de três vertentes: a do discurso, a da ética, e a das especificidades da psicanálise. Escolhemos essas vias justamente porque elas convocam o analista a ocupar um lugar particular no hospital, o que gera alguns impasses e desafios. Inicialmente discutiremos as diferenças entre os discursos e as éticas da medicina e da psicanálise. Dadas essas distinções, serão apresentadas situações do contexto hospitalar que poderão nos auxiliar a localizar e fundamentar aproximações e distanciamento entre os dois campos. Ainda neste capítulo, serão apresentadas algumas condições para que se reconheça como psicanálise um modo específico de trabalho clínico. Essas condições são essenciais para caracterizarmos o lugar do psicanalista no hospital.

2.1 DISCURSO MÉDICO X DISCURSO DO PSICANALISTA

O hospital é um espaço de entrecruzamentos de discursos. Entre eles, temos o discurso do analista e o discurso do médico que, conforme veremos ao longo deste tópico, se

diferenciam de forma radical. O discurso do médico prevalece na instituição hospitalar e é a referência dos outros profissionais que atuam nesse local, com exceção do psicanalista. A psicanálise é uma prática que se realiza sob a forma de um discurso que lhe é próprio e, por isso, sustentá-lo é algo essencial para sua eficácia. De fato, para o analista, é um grande desafio sustentar seu discurso num local marcado pelos critérios da medicina.

Neste tópico, serão apresentadas algumas distinções entre o discurso do médico e o discurso do analista. Discutir as diferenças entre esses discursos guarda um interesse para esta pesquisa, pois delas provêm as dificuldades encontradas pela psicanálise para se fazer efetiva na instituição hospitalar. Para desenvolver a discussão proposta neste capítulo, recorreremos à teoria do discurso, tal como postulada por Lacan (1969-1970/1992) no seu Seminário *O avesso da psicanálise*. O objetivo aqui não é expor toda a complexidade da conceitualização dos quatro discursos, mas apenas retomar aquilo que for necessário para o tema em questão. Entre os quatro discursos, será dada maior ênfase ao discurso do mestre e ao discurso do analista.

A partir da formulação de Lacan (1969-1970/1992) sobre a teoria dos discursos, o psicanalista passa a ter um importante referencial com consistência teórica, possibilitando examinar e dialetizar sua função nos diversos campos da cultura. Ao considerar a psicanálise como um discurso, o analista torna-se efeito desse discurso, que precisa ser sustentado onde quer que ele atue.

A noção de discurso em Lacan (1969-1970/1992) opõe-se a palavra, “é um discurso sem palavras” (p.11), que está para além das enunciações. Isso significa que no momento em que o sujeito está inserido num discurso, seus atos e condutas demonstram “dizeres” essenciais sem que as palavras sejam necessárias. Nesse sentido, a ideia de um discurso sem

palavras remete à insuficiência da linguagem, apontando para um campo que ultrapassa as palavras. Trata-se aí da dimensão do gozo e do real articulado à noção de discurso.

Souza, A. (2008), ao tratar sobre os discursos na psicanálise a partir das concepções lacanianas, diz que num primeiro momento do ensino de Lacan, o discurso se manteve relacionado à fala. Nesse período, a psicanálise se voltava, sobretudo, para uma topologia do significante que fundamentava a própria noção de estrutura simbólica e da linguagem.

A partir do Seminário XVII, *O Avesso da Psicanálise*, Lacan (1969-1970/1992) propõe uma modificação estrutural em relação ao que até o momento havia proposto. Desenvolveu a noção de semblante – uma condição que coloca o objeto numa zona limite entre o simbólico e o real, – que, em última análise, desloca a função da fala, para atribuir uma importância à letra e à escritura, que passam a ter consequências na renúncia ao gozo que o discurso institui.

Nessa ocasião, Lacan procurou estabelecer uma diferença entre significante e letra, considerando esta como um elemento que viria possibilitar uma via de acesso direto ao real. Apesar da impossibilidade de falar do real, Lacan afirma que deveria escrevê-lo. Escrever os discursos sob a forma algébrica, dos matemas, é uma maneira que encontrou de transmitir o real da estrutura, que é o próprio real do gozo e o real do sujeito. Isso significa que não há a totalidade que sustenta um discurso, ou seja, as palavras não podem dizer tudo. Há sempre uma perda, uma renúncia ao gozo, a presença do real. Assim, ao tratar de um discurso sem palavras, Lacan aponta tanto para a insuficiência da linguagem quanto para a dimensão do real que aí se encontra.

No Seminário XVII, o autor tenta abordar, através dos discursos, os laços sociais possíveis apesar do real impossível. O discurso é uma tentativa de estabelecer um laço social

com o outro que decorre de uma perda de gozo. Essa perda, que implica na própria entrada no discurso, pode remeter a duas dimensões do discurso: ele serve tanto para regular o gozo quanto para promover o gozo.

Sobre a primeira dimensão do discurso, observa-se que apesar de Lacan tratar o discurso como a possibilidade de um laço com o outro, isso não implica numa interlocução, nem mesmo num diálogo. Nesse registro, há uma hiância, alguma coisa que não funciona no nível da compreensão e da harmonia. Essa perda, ao mesmo tempo em que possibilita o laço discursivo, aponta para um buraco na estrutura que remete a uma relação sempre faltosa. O que se evidencia é a dimensão do real que implica numa impossibilidade inerente à própria estrutura. Nesse aspecto, o discurso é uma maneira de circunscrever esse real, regulando o gozo que aí se encontra.

Pode-se localizar a segunda dimensão do discurso, a de promover o gozo, no momento em que Lacan (1969-1970/1992) articula gozo e repetição. Ao abordar a repetição como o retorno do inanimado, diz: “O inanimado. Ponto de horizonte, ponto ideal, ponto fora do traçado, mas cujo sentido se revela à análise estrutural. Revela-se perfeitamente pelo que há de gozo” (Lacan, 1969-1970/1992, p.47). Nesse sentido, a repetição se funda em um retorno ao gozo. Trata-se de reviver a primeira experiência de gozo, que deixa uma marca quando se inscreve no aparelho psíquico. Como é impossível reproduzir essa primeira vez, a impossibilidade conduz ao circuito da repetição. Todavia, nessa repetição, há um fracasso, uma perda de gozo. É no lugar dessa perda que se origina a função do objeto perdido, que Lacan chamou de objeto *a* em sua dimensão de mais-de-gozar.

É importante abrir um parêntese para esclarecer, de forma sucinta, as diferentes dimensões do objeto *a* na teoria dos quatro discursos. Em síntese, o objeto *a* pode ser definido

como um objeto faltoso, ou, nos dizeres de Freud, para quem o encontro do objeto é sempre um reencontro, é um objeto perdido que o sujeito busca reencontrar. Trata-se, entretanto, de um objeto que não existe enquanto tal, conforme afirma Lacan. No que diz respeito à teoria dos quatro discursos, o objeto *a* aparece em dois aspectos: como mais-de-gozar e como causa de desejo. O mais-de-gozar refere-se àquilo que se repete porque o sujeito resiste em perdê-lo; um excesso de gozo. Já o objeto *a* como causa de desejo funciona como verdadeiro motor da estrutura, como causa da própria estrutura do desejo.

Neste momento desta pesquisa, estamos abordando o discurso enquanto aquele que promove o gozo. Dessa forma, trata-se do objeto *a* como mais-de-gozar. Retomando a discussão sobre gozo e repetição, Lacan (1969-1970/1992) remete a perda de gozo, introduzida pela repetição, a um desperdício e é “nesse desperdiçamento que o gozo se apresenta, adquire um status” (p.52). É o que ele designa como mais-de-gozar. Ao ser apreendido na dimensão da perda, há um mais-de-gozar a recuperar, que conduz à repetição do gozo.

No entanto, o objeto *a* é um objeto perdido e jamais será recuperado. Ele causa e revela uma impossibilidade radical na estrutura, o núcleo do real. O discurso, quando visa apreender o mais-de-gozar, aparece como um aparelho de gozo, promovendo-o. Lacan (1969-1970/1992) afirma que “nada é mais candente do que aquilo que, do discurso, faz referência ao gozo. O discurso toca nisso sem cessar, posto que é dali que ele se origina. E o agita de novo desde que tenta retornar a essa origem” (p.73).

Nesse ponto, pode-se retomar a concepção lacaniana do saber como meio de gozo, que aparece no Seminário XVII. A dimensão de um mais-de-gozar a recuperar necessita o trabalho, o saber trabalhando, “na medida em que deriva primeiramente, saiba ele ou não, do

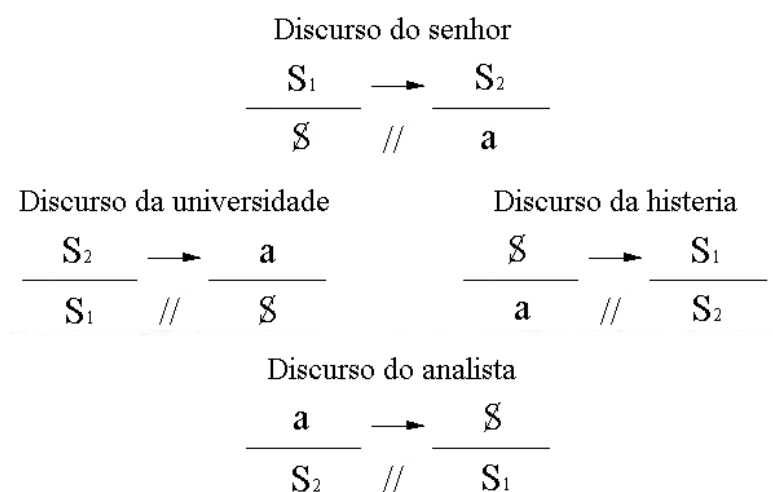
traço unário⁶, e, em seguida, de tudo o que poderá se articular de significante” (Lacan, 1969-1970/1992, p.52). O saber como meio de gozo implica numa tentativa de apreender o objeto *a* e daí constituir um saber pleno, um saber sobre o gozo. Entretanto, o trabalho do saber, ao mesmo tempo em que provoca a tentativa de recuperar o objeto *a*, produz uma perda, promovendo a repetição e uma impossibilidade de saber completo.

“O que é que isso nos impõe?”, questiona Lacan (1969-1970/1992), e responde: “Não pode ser outra coisa senão essa fórmula pela qual, no nível mais elementar, o da imposição do traço unário, o saber trabalhando produz, digamos, uma entropia” (p.50). É justamente essa perda que produz o gozo a repetir; tentativa de retorno à primeira experiência de gozo que deixa uma marca, um traço, no aparelho psíquico.

Lacan (1969-1970/1992) sugere a existência de quatro discursos que regulam o laço social: o do mestre, o da histérica, o do psicanalista e o do universitário. Afirma que todo discurso compreende quatro elementos, que são seus matemas fundamentais: S1, o significante mestre; S2, o saber; *a*, mais-de-gozar; e \$, sujeito barrado pelo significante. Esses elementos obedecem a uma sequência ordenada que não pode ser desarrumada. Ao seguir essa ordem, eles podem mudar de lugar – quatro giros – adquirindo uma nova função no discurso. É a partir dessas rotações que se obtêm os quatro diferentes discursos.

Na ordenação dos quatro matemas que escrevem os discursos, há uma estrutura algébrica:

⁶ O processo identificatório pressupõe uma primeira inscrição significativa, que Lacan denominou de traço unário. Esse traço é aquilo que todos os significantes têm em comum e traz a marca da singularidade do sujeito a partir da repetição desses significantes ao longo de sua história. O traço unário não participa da cadeia significativa pela sua característica particular de substituir qualquer significante da cadeia. Lacan (1969-1970/1992) diz que é no traço unário que tem origem tudo o que interessa ao analista como saber.



Abaixo de cada letra situada na parte de cima, há uma barra de divisão que significa a operação do recalque. Os discursos se referem à relação do sujeito com o outro, porém o que a barra nos indica é que esta não é uma relação de consciência, mas que aí se insere a dimensão do inconsciente. Portanto, o sujeito em jogo é o sujeito do inconsciente.

A diferença entre cada um dos discursos se define pelo elemento que toma o primeiro lugar, na parte de cima, à esquerda, o agente – designado não como aquele que faz, mas aquele a quem se faz agir –, pois os outros três (o outro, a produção e a verdade) se organizarão em torno dele. Os discursos são estruturados em torno da relação do agente e de seu outro, revelando a verdade a partir da qual cada agente se autoriza a agir e inscrevendo o que é esperado que o comandado, o outro, produza.

Os lugares no discurso guardam suas funções específicas e estabelecem os efeitos que cada um produz no sujeito. Ressalta-se que esses lugares ocupam uma posição fixa no discurso. Apenas os elementos (S_1 , S_2 , $\$$, a) fazem a rotação, obedecendo à sequência ordenada. Para qualquer um dos discursos, cada elemento adquire uma função, dependendo do lugar que ocupe em cada discurso.

A primeira conceituação dos lugares ocorre no Seminário XVII (Lacan, 1969-1970/1992). Mais tarde, Lacan renomeia esses lugares como sendo o de um semblante que, sustentado numa verdade, se dirige ao gozo que, assim agenciado, deixa cair um mais-de-gozar.

Primeira conceituação dos lugares

$$\frac{\text{agente}}{\text{verdade}} \longrightarrow \frac{\text{outro}}{\text{produção}}$$

Segunda conceituação dos lugares

$$\frac{\text{semblante}}{\text{verdade}} \longrightarrow \frac{\text{gozo}}{\text{mais-de-gozar}}$$

No discurso do mestre, a posição do agente, tal como aparece na primeira teorização dos lugares, é preenchida por S1, o significante mestre. A articulação S1 → S2 refere-se à própria estrutura da linguagem, o que faz Lacan mencionar que o discurso do inconsciente corresponde a algo relativo à instituição do discurso do mestre.

Lacan (1969-1970/1992) aborda o discurso do mestre a partir da dialética do senhor e do escravo, de Hegel. De acordo com as concepções lacanianas, esse discurso situa-se no registro da dominação, da mestria, do poder. O significante mestre, a função significante sobre a qual se apoia a essência do senhor, institui um “outro lugar” – acima e à direita –, representado pelo S2, o saber. O outro adquire a função de um escravo ao qual é imposta uma injunção ao trabalho.

O S1 determina que o escravo trabalhe, visando produzir um saber, o S2, que toma a posição do outro. Lacan (1969-1970/1992) afirma que o campo do escravo é o do saber. Já o senhor não deseja saber absolutamente nada. O que lhe interessa é que a coisa funcione, que as coisas andem, que caminhem. Não lhe interessa saber por que funcionam. Ao mestre não interessa o saber, pois o obtém do escravo. É este último que sabe sobre o funcionamento das

coisas e cabe a ele transferir ao senhor o saber sobre o gozo. Ressalta-se que esse saber adquirido pelo escravo não é o “saber inconsciente”, mas um tipo de “saber-fazer”, que o escravo adquire com seu trabalho. Um saber, colocado acima e à direita, equivalente a um conhecimento que se pode imaginariamente esgotar pelo trabalho e pode ser acumulado e transmitido do escravo ao senhor.

No discurso do mestre, o gozo vem desse “outro lugar”, campo do escravo, já que é ele quem tem o saber sobre o gozo. Por isso, Lacan também denominou o lugar acima e à direita como “lugar do gozo”. No escravo, por mais que trabalhe, existirá sempre uma impotência para que seu saber possa ser todo apreendido pelo senhor. É um saber que se adquire com limites.

A intervenção de S1 sobre S2 implica na queda de um resto, uma perda de gozo, renúncia pulsional, que vem tomar o estatuto de objeto *a*. Essa intervenção determina não só uma perda, mas, sobretudo, uma produção que decorre desse trabalho que o escravo é forçado a fazer, pela injunção que o S1 lhe causa. O que se realiza sob esse estatuto de produção passou a ser designado como mais-de-gozar, aquilo que se relaciona com a repetição porque o sujeito resiste em perdê-lo.

O que é produzido como efeito do discurso ocupa o lugar abaixo e à direita. Essa produção, que adquire o estatuto de objeto *a*, se realiza como algo que é oferecido ao senhor. Ao se referir a essa produção Lacan (1969-1970/1992) diz: “É isto, em suma, não mais do que isto, que o senhor tinha que fazer o escravo pagar, como único possuidor dos meios de gozo” (p.83). Entretanto, o senhor não se beneficia daquilo que o escravo lhe oferece como produto do seu trabalho e esforço. Isso porque a produção, que é o objeto mais-de-gozar, não tem relação com a verdade do senhor.

Lacan (1969-1970/1992) menciona que qualquer que seja o significante mestre que se inscreve no lugar de agente, a produção não tem nenhuma relação com a verdade:

Pode-se fazer tudo o que se quiser, pode-se dizer tudo o que se quiser, pode-se tentar conjugar essa produção com as necessidades, que são necessidades que se forjam, mas não adianta. Entre a existência de um mestre e a relação de uma produção com a verdade, não há como sair disso (p.185).

No discurso do mestre, o lugar da verdade, embaixo e à esquerda, é ocupado pelo \$. O S1, traço que representa o sujeito para outro significante, intervém numa bateria de significantes, o S2, que integra um saber. Isso significa que S1 vem representar uma marca, um traço específico, por sua intervenção num campo já estruturado de um saber. Na medida em que S1 opera num âmbito em que outros significantes estão articulados entre si, surge o \$, que Lacan chamou de sujeito como dividido.

O sujeito ocupa o lugar da verdade, porém, por situar-se abaixo da barra de recalque, permanece velado. Mesmo que o significante mestre represente o sujeito, ele o faz deixando-o mortificado, petrificado no próprio ato de sua constituição. Dessa forma, o discurso do mestre mascara a divisão do sujeito e oculta a castração do senhor. Isso implica que o senhor não pode apreender o que constitui sua própria verdade, mas espera encontrá-la a partir do trabalho do escravo. Essa ficção é fadada ao fracasso já que a produção não tem nenhuma relação com a verdade.

No discurso do mestre, o sujeito fica excluído de seu desejo. Observa-se essa ideia a partir de duas leituras do matema. O sujeito, ao localizar-se abaixo da barra do recalque, revela o recalque do desejo. Além disso, nesse discurso, existe uma impossibilidade discursiva de se escrever o artefato que sustenta o desejo e que se identifica como fantasma

fundamental, $\$ \rightarrow a$. Essa fórmula tem seu interesse por mostrar que o discurso do mestre é o único a tornar impossível essa relação.

Outra conexão presente no discurso do mestre é $\$ \rightarrow S2$, que revela a possibilidade de que o saber se realize como um meio de gozo. O sujeito é lançado numa constante busca pelo saber. Mas, como vimos, algo escapa a toda tentativa de alcançar um saber pleno e completo. A conexão $\$ \rightarrow S2$ demonstra que apesar do fracasso, ainda há algo a se recuperar. O sujeito tenta reviver a primeira experiência de gozo, o gozo pleno, que deixa uma marca quando se inscreve no aparelho psíquico. A impossibilidade de reproduzir essa primeira vez conduz ao circuito da repetição, promovendo um outro gozo.

Os discursos guardam em sua combinatória de letras fixas ($S1$, $S2$, $\$$ e a) um impossível, um resto, que escapa a toda captura discursiva. Esse resto, nomeado como objeto a , revela uma impossibilidade radical na estrutura, o real. O discurso do mestre preserva o impossível de governar, o discurso da histérica o impossível de “fazer desejar”, o discurso universitário o impossível de educar e o discurso do psicanalista o impossível de analisar.

Portanto, cada discurso resguarda uma impossibilidade específica. Isso significa que não se pode, por exemplo, governar sem resto. O senhor, ao fazer um pequeno esforço para que a coisa funcione – ou seja, dá ordens –, perde alguma coisa. Essa coisa perdida é o resto, o real, que determina o impossível de governar. A tentativa de governar sem considerar o real que está em jogo é cair na própria impotência discursiva; é não assumir a impossibilidade inerente ao discurso. Isso porque não se pode governar todo o real. No entanto, é justamente esse o esforço do mestre: desconsiderar o real, a impossibilidade da estrutura.

O discurso do mestre é bastante próximo ao discurso do médico. Esse último discurso prossegue perante suas próprias leis e atribui sua coerção tanto ao médico quanto ao doente. É

um discurso que impõe um comando, uma ordem, que não tem de ser defendida nem demonstrada, uma vez que ela se aplica por si mesma e deve ser executada e obedecida pelo médico. A palavra do médico não pode ser contestada, não pode ser distorcida, não é susceptível de interpelações. Seu discurso se sustenta por sua objetividade e cientificidade, excluindo assim as posições subjetivas do médico e do doente.

A posição do médico diante do doente é a de quem possui um saber sobre o que lhe afeta e, em nome da vida, é preciso obedecê-lo. Lacan (1966a/1998), ao tratar sobre o lugar da medicina na psicanálise, afirma que a ciência deposita nas mãos do médico a capacidade de produção de novos agentes terapêuticos, químicos ou biológicos. Há ainda uma exigência para que o médico coloque esses agentes à prova e a medicina se posiciona de forma a tentar responder a essas demandas. Dessa forma, ela ocupa e sustenta o mito do sujeito suposto saber.

No texto “Discurso médico e discurso psicanalítico”, Jorge (1983), ao tratar sobre o discurso médico, afirma que o médico só existe em sua referência constante ao saber médico, ao corpo médico, à instituição médica. Ele se anula enquanto sujeito perante a exigência e o rigor da objetividade científica. “O médico só se autoriza por não ser ele próprio, por ser ele próprio o menos possível” (Jorge, 1983, p.11). Ao mesmo tempo em que o médico como sujeito se apaga diante das exigências do seu saber, o doente se apaga diante da sua doença. Clavreul (1983), ao abordar questões que envolvem a medicina, segundo uma leitura psicanalítica, expõe:

Constituindo o que faz seu objeto (a doença) como sujeito de seu discurso, a medicina apaga a posição do enunciador do discurso que é a do próprio doente no enunciado do sofrimento, e a do médico na retomada desse enunciado no discurso médico. É aí que

teremos de fazer ressurgir a verdade, enquanto ela está mascarada pela própria objetividade científica (p.50).

Seguindo essas perspectivas, nota-se que muitas vezes o médico não se dirige ao doente enquanto tal, mas ao homem normal que ele era e deverá voltar a ser. Nesse caso, o homem passa a ser definido como aquele que possui uma boa saúde e que deve seguir as prescrições médicas. A partir dessa ideia, recorremos a Jorge (1983) quando afirma que “o médico não se dirige ao doente, mas ao futuro homem são, pois se no discurso médico o doente é definido como homem + doença, o homem passaria a ser definido aí como doente-doença” (p.13).

Clavreul (1983) diz que a medicina opera reduzindo o sentido dos diferentes ditos do sujeito àquilo que é passível de ser inscrito no discurso médico. A pluralidade de sentido é abolida para dar lugar à univocidade. Nesses casos, o médico precisa se apropriar do discurso do sujeito e transformar os significantes da sua fala em signo, em sinais médicos. Ou seja, o trabalho do médico consistiria em descartar o que há de particular no discurso do sujeito para torná-lo legível e, desta forma, ele conseguiria eliminar ou tratar aquilo de que o paciente se queixa. Nessa lógica não há espaço para a fala do paciente, ele não possui saber que interesse ao campo médico. Trata-se aí de um discurso que exclui a diferença, maneira pela qual a subjetividade poderia se manifestar.

A medicina tem uma função silenciadora em que a fala do sujeito é ouvida para ser descartada ou reduzida em sinais médicos. Já o psicanalista tem um posicionamento inverso: seu discurso não tem uma função silenciadora, mas uma função silenciosa, em que promove a fala do sujeito, pois aí pode ser uma via possível para a emergência do desejo.

Enquanto a medicina impõe ao médico a necessidade de proteger-se do erro, fazendo uma seleção daquilo que escuta e retendo apenas o que é utilizável para o diagnóstico e o tratamento, Freud propõe a escuta sob atenção flutuante, aquela que não valoriza *a priori* nenhum elemento do discurso do sujeito, pois aí pode surgir uma verdade sobre seu desejo. Para o psicanalista, ao contrário, o erro é que é seu fio condutor. Freud mostrou que os erros têm em comum o fato de não ocorrerem de qualquer modo, mas segundo leis muito referenciáveis.

O discurso psicanalítico é oponível ao discurso médico, no sentido apontado por Lacan (1969-1970) quando fala do discurso do mestre como sendo a psicanálise ao avesso. Segundo ele, o analista deve se encontrar no polo oposto a toda vontade de dominar, a toda vontade de mestria. Ele diz, “a posição do psicanalista, eu articula da seguinte forma – digo que é feita substancialmente de objeto *a*” (p.44). Isso na medida em que “esse objeto *a* designa precisamente o que, dos efeitos do discurso, se apresenta como o mais opaco, há muitíssimo tempo desconhecido, e no entanto essencial” (p.44).

Esse “substancialmente” que Lacan menciona parece referir-se à própria dimensão opaca, obscura do objeto *a*. Trata-se da impossibilidade de definir um objeto como sendo o objeto *a*. Apesar disso, é um objeto “essencial”, o que parece revelar a dimensão do objeto *a* como causa de desejo. As duas ideias atribuídas a essas palavras de Lacan apontam para a função do analista enquanto objeto *a*. Isso significa ocupar um lugar vazio que tem como direção causar o desejo do sujeito, propiciando o surgimento do discurso do analista.

Nesse discurso, portanto, o agente é o objeto *a*, como causa do desejo. O analista na posição de objeto *a* não corresponde a uma pessoa ou a um ser. Ele faz função de semblante do objeto, que aparece esvaziado de substância e que não é um objeto de gozo. Fazer

semblante contempla a condição que mantém sua função de causa do desejo do analisante e de um canalizador de gozo, que desvela o verdadeiro lugar do gozo para o sujeito. Dessa forma, o *a* como semblante é causa vazia da divisão desejante e o analista se posiciona, quando chega o tempo do seu ato, ‘semblanteando’ essa causa.

O analista, mesmo fazendo essa função de semblante de objeto, torna-se portador de um tipo de saber que não pode ser usado em seu benefício. É um saber que vai ser construído pelo analisante a partir de cada ato que se produz no processo analítico. Aquilo que o sujeito não sabe sobre si vai ser suposto saber ao analista. O psicanalista, ao ocupar este lugar, é suposto não como aquele que sabe, mas sim como aquele que deve receber a fala do sujeito como produção de saber.

O que faz o analisante falar é a transferência como amor endereçado ao saber, que se apresenta na figura do analista como sujeito suposto saber. O amor de transferência desenvolve-se no campo do narcisismo e tende à identificação com o analista e à sua idealização. No entanto, é para o campo do desejo que o analista deve conduzir a análise, interrogando o sujeito na sua divisão, precisamente nos pontos onde a clivagem entre consciente e inconsciente aparece: lapsos, atos falhos, sonhos, etc.

Nesse processo, o desejo do analista tem uma função essencial, pois é a partir dele que o analista ocupa a função de pura condição desejante, conduzindo a análise na direção contrária à identificação e à idealização. O desejo do analista é fruto da ignorância, qualificada por Lacan como “douta”. A douta ignorância significa que o psicanalista em sua análise pessoal passou pela experiência do inconsciente, construindo a elaboração de um saber em torno de um ponto de falta, que é o não saber. O reconhecimento do não saber é uma condição para elaboração do saber inconsciente do analisando.

No discurso do analista, o lugar do outro é ocupado por \$, única posição possível de escrever a estrutura do fantasma fundamental ($a \rightarrow \$$). É nesse lugar que o sujeito interroga seu desejo e de onde vai elaborar um saber inconsciente. Lacan (1969-1970/1992) menciona que:

Para o analisante que está ali, no \$, o conteúdo é seu saber. A gente está ali para conseguir que ele saiba tudo o que não sabe, sabendo-o contudo. O inconsciente é isso. Para o psicanalista, o conteúdo latente está do outro lado, em S1. Para ele, o conteúdo latente é a interpretação que vai fazer, na medida em que esta não é aquele saber que descobrimos no sujeito, mas o que se lhe acrescenta para dar-lhe um sentido (p.119).

O analista, ao interrogar o sujeito em sua divisão, leva o paciente a associar, e o produto dessa associação são novos significantes que serão articulados com o saber inconsciente do próprio analisante. Dessa forma, no lugar da produção – abaixo e à direita – aparece o significante mestre. No discurso do analista, o S1 tem uma função distinta daquela que aparece no discurso do mestre. Nesse último discurso, o S1 é o agente, aquele que comanda, enquanto que no discurso do analista, ele é algo que o sujeito produziu. Por isso Lacan afirma que é por esse discurso que existe alguma possibilidade de obter outro estilo de significante mestre e, ainda, que pode ser destilado um significante menos tolo.

No lugar da verdade, abaixo e à esquerda, encontra-se S2, o saber. Numa análise, toda articulação do S2 funciona no registro da verdade. O saber, quando se inscreve nessa posição, não trabalha, não serve como produto nem é um meio de gozo, como no discurso do mestre. No discurso do analista, esse saber constitui-se a partir de elaborações do sujeito que se desenrolam através de sua própria fala. É um saber muito particular que diz respeito à singularidade do desejo inconsciente de um sujeito. Trata-se do saber do inconsciente: “o

saber é coisa que se diz, que é dita. Pois bem, o saber fala por conta própria – eis o inconsciente” (Lacan, 1969-1970/1992, p.73).

Lacan (1969-1970/1992), ao lançar a pergunta sobre o que seria a verdade como saber, responde: “É um enigma. Esta é a resposta – é um enigma” (p.36). O enigma é uma enunciação e sua função é um semidizer, ou seja, um saber sobre a verdade só pode ser dito pela metade. Isso significa que não há um saber, completo e exclusivo, capaz de revelar toda a verdade do sujeito. Numa análise, a possibilidade de criar um saber sobre a verdade ocorre sempre de forma parcial, nunca completa. Conforme Lacan (1969-1970/1992) menciona: “Isso quer dizer que, se nesse campo dizemos algo de uma certa maneira, haverá uma outra parte desse mesmo dizer que vai se tornar absolutamente irreduzível, totalmente obscura” (p.115).

A verdade só é acessível por um semidizer e é inseparável dos efeitos de linguagem, o que, de fato, inclui o inconsciente. A verdade só pode ser localizada no campo onde se enuncia; uma enunciação pela metade, marcada pelos efeitos do inconsciente. Para além dessa metade, não há nada a dizer; é da ordem do indizível. Ou seja, há um ponto da verdade que escapa a toda tentativa de totalização de saber; há sempre um real irreduzível que resiste a simbolização. É neste ponto de falha, onde o saber constituído se mostra como fracasso, que emerge a verdade de um sujeito particular. Daí Lacan mencionar que o efeito de verdade é apenas uma queda de saber, e é essa queda que faz produção.

Na experiência de análise, essa produção implica na criação de um saber particular que vem revelar a verdade do sujeito, que é a verdade do desejo. Trata-se de uma verdade e de um saber marcados pelo inconsciente e que aparecem sempre de forma parcial. Essa incompletude, que faz referência a um não saber, tem um valor de causa do movimento do

inconsciente, movimento do desejo, que leva o sujeito a elaborar um saber singular sobre sua verdade.

O que a psicanálise nos possibilita é uma construção em torno de um ponto de falha, de fracasso, que poderá trazer a marca da singularidade de um sujeito e que, certamente, virá tingida pelos efeitos do inconsciente. É uma construção que, em sua essência, reproduzirá a impossibilidade de um saber completo, promovendo novos movimentos, novas construções.

A psicanálise nos mostra que justamente por trabalhar com a impossibilidade de previsão, não pode exigir uma sistematização completa e exclusiva. Nesse sentido, a psicanálise introduz no campo das verdades específicas a lógica do não todo. Este significa a impossibilidade do todo ser simbolizado, há sempre um real irreduzível. É exatamente neste ponto onde o saber se revela em fracasso, que emerge a verdade de um sujeito particular.

Lacan (1969-1970/1992) alerta os analistas quanto ao seu amor pela verdade num processo analítico: “a gente não se casa com a verdade; com ela, nada de contrato e menos ainda de união livre...”. O psicanalista, ao buscar a verdade a todo custo, exclui as particularidades do sujeito e a possibilidade de o analisante criar um saber sobre sua verdade. Isso só é viável se considerarmos o real que aí se encontra; registro que escapa a toda tentativa de alcançar a verdade plena. De acordo com Lacan (1969-1970/1992): “... o real não é, antes de mais nada, para ser sabido – é o único dique para conter o idealismo. O saber se acrescenta ao real” (p.197).

Ao acrescentar um saber ao real, o sujeito pode se aproximar da sua verdade particular. Apesar de ela se produzir por sua relação com o real, ressalta-se que a verdade não é o real, mas o que se pode “experimentar” do real. Por isso ela pode ser semidita e isto sustenta a presunção do discurso analítico de formular um saber sobre a verdade.

A partir das questões trabalhadas, vimos que o discurso médico e o discurso do psicanalista são marcados por diferenças radicais. Para o psicanalista inserido nos hospitais gerais, sustentar o seu discurso num local em que todos os procedimentos estão previamente determinados pelos protocolos e que ainda impõem critérios de eficácias – definidas por uma resolutividade quantificável –, é um grande desafio. Dessa forma, a questão que se apresenta ao analista pode ser assim formulada: de que maneira seria possível sustentar sua prática num lugar marcado pelo sofrimento físico⁷ e pela busca da saúde perdida, se seu discurso não consiste em consolar nem em curar o sujeito? Nesse contexto, o trabalho analítico no hospital exige do psicanalista colocar à prova a ética da psicanálise e as especificidades dessa clínica.

2.2 ÉTICA DA MEDICINA X ÉTICA DA PSICANÁLISE

Para que uma psicanálise seja eficaz, o analista deve sustentar sua ética onde quer que ele esteja inserido. Nesse sentido, a proposta de articular o lugar do psicanalista no hospital com a ética da psicanálise é fundamental, pois o analista está imerso num local onde rege outro tipo de ética – a da medicina – e que, por isso, o impede, muitas vezes, de compartilhar dos objetivos da equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas). É importante ressaltar que a ética da medicina tem como referência a ética do Bem. Por isso, nesta pesquisa, aproximaremos esses dois campos.

Freud, em alguns momentos da sua obra, apresenta sua discordância com os preceitos da ética do Bem. A teoria freudiana estremeceu algumas convicções acerca das relações do homem com o Bem, que até então prevalecia na época. O bem é negado por Freud e, assim, a

⁷ O hospital é, em si, um espaço em que o paciente se vê imerso em sofrimento e angústia, onde as respostas e certezas dos sujeitos já não são suficientes para aliviar seu sofrimento. A verdade está escancarada e o sujeito desamparado. A surpresa, o imprevisto, o acaso da doença, a possibilidade de morte, podem caracterizar esse momento.

partir da noção de inconsciente, permite enfatizar a função do desejo no direcionamento da ação humana, que está no centro do tema da ética.

Ao longo de sua obra, Freud apresenta algumas concepções referentes à ética da psicanálise. Em última análise, trata-se de uma ética que remete à singularidade do sujeito e ao compromisso dele com seu desejo. Apesar das contribuições freudianas, foi Lacan quem mergulhou nos estudos sobre o tema e definiu a ética como proposta da clínica psicanalítica.

Lacan (1959-1960/2008) enfatiza a distinção entre ética do desejo e ética do Bem. Essa última ética tende a referir-se a uma ordem – ponto que, até certo nível, tem em comum com outras éticas – que não deve ser contestada e a que o sujeito deve se adaptar. Para se alcançar os costumes de uma cultura, é preciso reunir uma ordem que seria o Bem Supremo; ponto de convergência em que a ordem particular se unifica num conhecimento mais universal.

Seguindo as perspectivas do universal, do Bem Supremo, a ética do Bem comporta ainda numa idealização. Há um ideal humano, atrelado à figura do mestre, a ser seguido e buscado pelos homens. Sob essas condições, surge a crença de que se o homem seguir a ordem do ditador ou se fizer o bem – para isso, muitas vezes, o indivíduo renuncia à sua satisfação pulsional, pois existe a crença de que ele será recompensado na eternidade, já que praticou a bondade durante a vida; o adiamento da satisfação chega ao seu máximo –, ele pode alcançar o ideal, a felicidade plena, o Bem Supremo, o prazer total. Trata-se de regras que são impostas ao homem e que, ao obedecê-las, ele poderá atingir a satisfação. O que se evidencia aí é ilusão da potência de satisfação, a prevalência da ordem do poder.

Neste ponto, pode-se retomar o contexto hospitalar. O discurso médico dita uma ordem que padroniza o sofrimento e cria um manual de normalidades para o indivíduo, no qual prega o equilíbrio e a moderação em todos os aspectos da vida, para que esta se alongue ao máximo.

A medicina pressupõe imperativos universais e rigorosos e, a partir da sua ética, acredita saber o que é melhor para o sujeito, independentemente do seu desejo. Dessa forma, a medicina é exercida por meio de um apelo às normas e exige do sujeito em tratamento que ele se aliene de suas escolhas. É uma situação na qual o sujeito deve sacrificar seu desejo em benefício de sua recuperação.

Lacan (1959-1960/2008) diz que a ordem dos poderes não deve ser desprezada. No entanto, é importante conhecer o limite disso no que se refere ao campo aberto pela psicanálise. Ele afirma que a ética não é o simples fato de haver obrigações, um laço que encadeia, ordena e constitui a lei da sociedade. Logo no início do Seminário VII, afirma que pretende falar de ética e não de moral – compreendida em termo de valores, ideias de condutas, conjunto de normas e regras que funcionam como um sistema de coação social. Mas, então, o que seria a ética da psicanálise? Para desenvolver essa ideia a partir do ensino de Lacan e progredir na discussão, em alguns momentos é importante recorrer à obra freudiana.

Freud (1930[1929]/1996), no texto “O mal-estar na civilização”, lança a pergunta sobre o propósito e a intenção dos homens na vida: “o que pedem eles da vida e o que desejam nela realizar? A resposta mal pode provocar dúvidas. Esforçam-se para obter felicidade; querem ser felizes e assim permanecer” (p.84). Para isso, a intenção dos homens consiste na experiência de intensos sentimentos de prazer e também visa a ausência de sofrimento e de desprazer. A partir daí, o autor faz uma análise sobre as maneiras pelas quais o homem busca a felicidade ou os meios que utiliza para atenuar seu sofrimento.

Lacan (1959-1960/2008), ao retomar o texto freudiano “O mal-estar na civilização”, ressalta que não escapa a Freud que a felicidade é o que deve ser proposto a toda busca. No

entanto, para essa felicidade, não há absolutamente nada preparado. Ou seja, do ponto de vista da psicanálise, não existe a figura de um Bem Supremo que dita as normas ou faz promessa de uma felicidade plena.

Para Freud (1930[1929]/1996), existem muitos caminhos que podem levar o homem a atingir a felicidade, porém nenhum é capaz de apreender tudo o que desejamos e nenhum que o faça com toda segurança. “Não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo. Todos os tipos de diferentes fatores operarão a fim de dirigir sua escolha” (p.91). Freud acrescenta que a felicidade, no reduzido sentido em que reconhece como possível – isso porque além da satisfação ser sempre parcial, a felicidade provém da satisfação de necessidades represadas em alto grau, sendo, por sua natureza, possível apenas como uma manifestação episódica –, seria um problema da libido do indivíduo:

É uma questão de quanta satisfação real ele pode esperar obter do mundo externo, de até onde é levado para tornar-se independente dele, e, finalmente, de quanta força sente à sua disposição para alterar o mundo, a fim de adaptá-lo a seus desejos (Freud, 1930[1929]/1996, p.91).

Diante desse contexto, Freud observa a importância da singularidade e do desejo do sujeito para sua salvação. Além disso, ele recusa a concepção da ética como ordem universal, onde existe alguém que possui um poder e que impõe igualmente a todos o seu próprio caminho para a aquisição da felicidade e da proteção contra o sofrimento. Freud (1930[1929]/1996) afirma que a humanidade efetuou um grande progresso das ciências naturais e um extraordinário controle sobre a natureza. Apesar de os homens se orgulharem

por suas realizações, o poder adquirido sobre o espaço e o tempo não aumentou a quantidade de satisfação prazerosa que poderiam esperar da vida nem os tornaram mais felizes.

Freud (1930[1929]/1996) faz uma crítica à concepção do homem como um ser gentil e bondoso, pois em seus dotes pulsionais há uma poderosa cota de agressividade. Diz ainda que a “inclinação para a agressão constitui, no homem, uma disposição instintiva original autossubsistente, e retorno à minha opinião de que ela é o maior impedimento à civilização” (p.125). A civilização constitui um processo a serviço de Eros, a pulsão de vida, cujo objetivo é criar uma unidade, a humanidade, a partir de seres humanos individuais e isolados. Mas, para alcançar esse objetivo, é preciso fazer com que os homens renunciem a uma parte das suas satisfações pulsionais e sua agressividade.

A agressividade do homem se opõe ao programa da civilização e ameaça a sociedade civilizada com a desintegração. Dessa forma, a civilização utiliza grandes esforços para estabelecer limites para as pulsões agressivas dos homens, acreditando que assim eles serão mais felizes. Um exemplo desse esforço é a manutenção do mandamento “Amarás a teu próximo como a ti mesmo”, que constitui a defesa contra tal agressividade.

Freud (1930[1929]/1996) diz que é impossível cumprir esse mandamento e é contra a natureza original do homem, justamente pela cota de agressividade inerente ao homem. A pulsão agressiva ou pulsão destrutiva é o principal representante da pulsão de morte. É importante ressaltar que a introdução do conceito de pulsão de morte, em 1920, na teoria psicanalítica revela uma modificação radical na teoria da pulsão. Do conceito de pulsão de morte a psicanálise pode inferir a possibilidade de pensar num caos pulsional oposto à ordem do aparato psíquico. Isso tem como consequência a queda da hegemonia do princípio do prazer – busca alcançar o prazer e evitar o desprazer, sem entraves nem limites – no que se

refere ao funcionamento do aparelho psíquico. Freud (1920/1996) observa, a partir da clínica, uma tendência do indivíduo à repetição das experiências penosas e desprazerosas. Essa disposição é irredutível às exigências do prazer.

A pulsão de morte é o que está para “além do princípio do prazer”, além do próprio aparelho psíquico. Uma das maneiras de presentificação desse “além” no psiquismo é o caráter destrutivo, que está além da ordem, é pura potência dispersa. Esse aspecto faz jus à afirmação de Freud de que a pulsão de morte é a pulsão por excelência.

Foi a partir da observação da compulsão à repetição que Freud teoriza o conceito de pulsão de morte. De origem inconsciente, a compulsão à repetição leva o sujeito a se colocar repetitivamente em situações dolorosas, réplicas de experiências antigas. Mesmo que não se possa eliminar qualquer vestígio de satisfação libidinal desse processo, o princípio do prazer não pode explicá-lo. Observa-se que há um mais além do princípio do prazer.

Assim, Freud reconhece o caráter demoníaco da compulsão à repetição, comparando-o à tendência à agressão e à destrutividade. No percurso de suas observações, o autor acaba formulando a hipótese de que existe uma pulsão cuja finalidade é reconduzir o que está vivo ao estado inorgânico. A pulsão de morte tornou-se, assim, o protótipo da pulsão, na medida em que a especificidade do pulsional reside nesse movimento regressivo de retorno a um estado anterior.

A pulsão de morte não pode ser localizada de forma isolada, ela está em constante confronto com Eros – que são as pulsões de vida; reunião das pulsões sexuais e das pulsões outrora designadas como pulsões do eu. A partir dessa ideia, pode-se retomar o mandamento “Amarás a teu próximo como a ti mesmo” para lembrar, como diz Freud, que em vista desse confronto, dessa agressividade, o próximo não é apenas um “ajudante potencial ou um objeto

sexual, mas também alguém que os tenta a satisfazer sobre ele sua agressividade, a explorar sua capacidade de trabalho sem compensação, utilizá-lo sexualmente sem o seu consentimento, apoderar-se de suas posses, humilhá-lo, causar-lhe sofrimento, torturá-lo e matá-lo” (Freud, 1930[1929]/1996, p.116).

Se a civilização impõe sacrifícios e renúncias tão grandes ao homem, é possível compreender o motivo pelo qual é tão difícil ser feliz. Freud (1930[1929]/1996) afirma que a civilização é em grande parte responsável pela “nossa desgraça” (p.93) e acrescenta que a defesa contra a agressividade pode causar tanta infelicidade quanto ela própria. Entretanto, segundo Freud (1908/1996), a civilização apenas consegue atingir nos homens “uma supressão aparente de seus instintos, supressão essa que se torna cada vez mais falha” (p.177).

O autor critica o programa da civilização por atender de forma inadequada às exigências de uma vida que torne os homens mais felizes e por permitir a existência de tanto sofrimento que talvez poderia ser evitado. Ao tentar mostrar as falhas da civilização, Freud espera que se possam efetuar alterações na civilização que satisfaçam melhor as necessidades dos homens, levando em consideração sua própria constituição.

Seguindo essas perspectivas, observa-se que à medida que Freud descaracteriza o ser humano como bom e aponta a impossibilidade de uma conduta ética como modelo coletivo, ele está rompendo com a ética do Bem. Nesse sentido, a ética da psicanálise não é uma ética que visa ao Bem Supremo e à universalização moral. Ela é, antes de tudo, uma ética que visa a fazer emergir o desejo de cada sujeito na sua particularidade.

O psicanalista, referenciado pela ética do desejo, não está autorizado a ordenar o que é melhor para o sujeito, a partir da posição do sujeito que sabe. A psicanálise não pretende ajustar o paciente a um padrão de normalidade que exclui as particularidades do sujeito. Freud

(1913/1996) afirma que a regra fundamental da psicanálise é a associação livre, ponto que marca o início do tratamento analítico. Segundo as ideias freudianas, essa regra não está do lado do analista, mas sim do paciente. Do lado do analista, fora o preceito da atenção flutuante, não há regras, mas a ética da psicanálise que é a ética do desejo.

Lacan (1959-1960/2008) desenvolve sua proposta de uma ética da psicanálise como ética do desejo referenciada ao real. Longe de pretender a exaustão desse tema que envolve uma complexidade na obra lacaniana, o objetivo aqui é localizar alguns pontos nessa teoria que envolvem a ética articulada ao real.

Lacan (1959-1960/2008), ao apontar a dimensão da ética por meio da orientação do homem em relação ao real, afirma que essa dimensão não incide no domínio do ideal. Isso porque a ética da psicanálise opõe-se a qualquer forma de universalização moral, do poder e imposições de um mestre. Sua crítica diz respeito à ética do Bem, cuja relação do homem com sua ação é regida por ideais que pressupõem o alcance de um bem, que engendra um ideal de conduta e promete uma relação harmônica entre os homens.

Sobre a relação harmônica e ideal entre os homens, por exemplo, Lacan (1956-1957/1995) se opõe aos teóricos que estudam a relação mãe-criança como uma relação primária dual direta e sem hiância. Para eles, a criança é, muitas vezes, considerada como um ser em desenvolvimento e em constante satisfação com seu objeto adequado e harmonioso, a mãe. Ela é vista como um objeto ideal, como o único capaz de instalar a relação harmoniosa e até mesmo capaz de restabelecer uma relação interativa perturbada.

Lacan (1956-1957/1995) rompe com a ideia de harmonia entre a mãe e a criança, apontando uma discordância de estrutura entre eles. “Há, neste registro, uma hiância, alguma coisa que não funciona” (Lacan, 1956-1957/1995, p.25). Na perspectiva psicanalítica, o laço

social se funda antes na falta de objeto. Ao contrariar os defensores da “relação de objeto”, o autor propõe tomar a relação mãe-criança por duas vias: a da falta de objeto essencial na mulher – o falo – e a da introdução da criança na falta. Ele diz da necessidade de a criança encontrar, além da mãe como potência preenchedora ou preenchida, a mãe desejanse, ou seja, a mãe em quem a falta fálica está em seu lugar de causa de desejo. É a partir daí que vai desenrolar uma via para introdução do sujeito na articulação do desejo do Outro e permitir a constituição de seu universo simbólico. De fato, aqui aparece toda a importância da metáfora paterna, que é a instância que permite dar conta da questão do desejo para o sujeito.

Observa-se que Lacan não despreza a relação do sujeito com o outro – o que ele faz é uma crítica no que tange às relações do Bem, ideal e harmônica, que desconsideram e descartam a existência da falha que aponta para o impossível da relação harmoniosa, a hiância da estrutura, o real em jogo. De acordo com as concepções lacanianas, é a partir dessa falha que o desejo pode emergir.

Freud, ao tratar sobre a primeira experiência de satisfação, já apontava para uma impossibilidade na relação do sujeito com o outro. Esse primeiro encontro inscreve o sujeito no campo do desejo. É importante abrir um parêntesis para esclarecer que, neste momento da pesquisa, retomar a experiência de satisfação auxiliará a avançar na discussão sobre a ética pautada no real e no desejo, tal como Lacan a designa. Conforme se verá adiante, a experiência de satisfação de Freud é uma noção fundamental para abordar o conceito laciano de *das Ding*, desenvolvido no Seminário VII, *A ética da psicanálise*.

Portanto, vamos retomar Freud (1895/1996) com a experiência de satisfação que se liga à concepção de desamparo original do indivíduo. Esse desamparo, que pode ser o grito – descarga da tensão –, coloca o recém-nascido numa total dependência da pessoa responsável

pelos seus cuidados, uma vez que ele não consegue realizar a ação específica que suprimiria sua tensão. Dessa forma, essa ação só pode ser realizada por outra pessoa que lhe fornece o alimento, por exemplo. Essa pessoa transforma o grito, o apelo, em demanda, propiciando o acesso do sujeito ao campo do Outro. É a eliminação da tensão interna causada por um estado de necessidade que dá lugar à experiência de satisfação.

Essa experiência fica associada à imagem do objeto que proporcionou a satisfação, bem como à imagem do movimento que permitiu a descarga. Em decorrência da associação estabelecida, na próxima vez que essa necessidade for despertada, surgirá imediatamente um impulso psíquico que procurará reinvestir a imagem mnêmica do objeto, restabelecendo a situação de satisfação original. Um impulso dessa espécie “é o que chamamos de desejo; o reaparecimento da percepção é a realização de desejo, e o caminho mais curto para essa realização é a via que conduz diretamente da excitação produzida pelo desejo para uma completa catexia da percepção” (Freud, 1900a/1996, p.594).

No entanto, o que é reativado é o traço mnêmico da imagem do objeto sem que essa reativação seja acompanhada da imagem real do objeto. Portanto, o que se produz é uma alucinação. O bebê apresenta o ato reflexo cujo objetivo é a posse do objeto, mas como ele não é capaz de distinguir o objeto real do objeto alucinado, surge a frustração. Ressalta-se que Lacan (1956-1957/1995) aponta a frustração como uma das três formas da falta de objeto, que é a própria mola da relação do sujeito com o mundo.

Assim, a experiência de satisfação é a marca da impossibilidade do sujeito com o objeto, e esse primeiro encontro inscreve o sujeito no campo do desejo. Essa experiência ligada à imagem do objeto deixa sua marca no aparelho psíquico e introduz o sujeito no circuito pulsional, passando da demanda ao desejo. A partir daí, o indivíduo se lança numa

busca infundável desse objeto causa de desejo, dessa Coisa perdida – *das Ding* – que, embora nunca tido, tentará ser reencontrado.

Lacan aborda o conceito de *das Ding* a partir das considerações de Freud sobre a Coisa. Tomando como referência o “Projeto para uma psicologia científica” (1895/1996), Lacan recorre à questão de como a realidade se constitui para o homem. A primeira apreensão da realidade pelo sujeito se dá através do próximo, onde ele aprende a reconhecer.

Suponhamos que o objeto que compõe a percepção se pareça com o sujeito – *um outro ser humano*. [...] um objeto semelhante foi, ao mesmo tempo, o primeiro objeto satisfatório [do sujeito] e mais tarde seu primeiro objeto hostil, além de sua única força auxiliar. Por esse motivo, é em relação a seus semelhantes que o ser humano aprende a conhecer (Freud, 1895/1996, p.383, grifo do autor).

Este reconhecimento está marcado por uma divisão: de um lado os traços de memória reconhecíveis no campo perceptivo que, nas palavras de Freud, podem ser compreendidos. Do outro lado, algo permanece de não assimilável, intraduzível, que resiste ao reconhecimento – *das Ding* –, com o qual o sujeito se depara na experiência com o próximo. Essa divisão original da experiência da realidade aponta que no reconhecimento do próximo há algo que resiste e escapa como uma Coisa, que aparece de forma enigmática, estranha ou hostil. Isso significa que esse reconhecimento jamais será total.

Essa Coisa é designada por Lacan (1959-1960/2008) como *das Ding*: “Trata-se desse interior excluído que, para retomarmos os próprios termos do *Entwurf* [Projeto], é, deste modo, excluído no interior. No interior de quê?” (p.128). Lacan se questiona sobre esse interior – ressalta-se que não se trata do interior do aparelho psíquico, pois, nesse momento, ele ainda está se formando – e responde que é de algo que se articula com o *Real-Ich*, “o real derradeiro da organização psíquica” (p.128). Em síntese, o *Real-Ich* é um estado originário do

psiquismo no qual ainda não há diferenciação entre o eu e o mundo exterior nem oposição prazer-desprazer. Nesse momento, ainda não há organização psíquica, que ocorrerá posteriormente.

Das Ding é o que é excluído desse real psíquico, e não parte integrante dele. O que temos nesse lugar é um buraco, um vazio, que é o índice de que, na realidade, *das Ding* deve ser estabelecido como exterior (Lacan, 1959-1960/2008). A partir desse vazio, o sujeito busca reencontrar *das Ding*, que é, entretanto, um objeto perdido, nunca tido, impossível de alcançar, em relação ao qual o sujeito mantém uma “distância íntima que se chama proximidade” (Lacan, 1959-1960/2008, p.97). Daí, portanto, nota-se uma primeira noção, ainda que de forma sucinta, do desejo apontando para o real, o impossível, já que *das Ding*, objeto causa de desejo, será sempre inatingível.

É importante retomar algumas formulações lacanianas sobre *das Ding*, pois Lacan recorre a essas concepções para referenciar a ética da psicanálise. Jorge (2005) afirma que *das Ding* é a dimensão real do objeto *a* – como causa do desejo, que funciona como um verdadeiro motor da estrutura; como causa da própria estrutura do desejo. Embora esse objeto participe simultaneamente dos três registros (imaginário, simbólico e real) que constituem a estrutura,

seu pertencimento ao registro do real, *das Ding*, é o que se revela como absolutamente prevalente na estrutura, pois *das Ding* implica a representificação, na estrutura, do real **sem nome** originário e **sem imagem**. Lacan fala, nesse sentido, que *das Ding* é “essa Coisa, o que do real primordial padece de significante” (Jorge, 2005, p.140).

Isso significa que o estatuto real do objeto *a*, *das Ding*, designa o que está fora do registro do simbólico. Lacan (1959-1960/2008) afirma que *das Ding* é o elemento que é

originalmente isolado pelo sujeito em sua experiência do *Nebenmensch* – o semelhante, o primeiro a cuidar do recém-nascido em seu desamparo. É um elemento que, daquilo que é do interior do sujeito, é levado para um primeiro exterior. Ele se apresenta e se isola. Lacan destaca que é em torno desse objeto – que ocupa para o sujeito o lugar de primeiro exterior, o Outro pré-histórico impossível de esquecer, de uma impressão à qual nada no campo das percepções pode corresponder – que se orienta todo o encaminhamento desejante do sujeito.

É esse objeto, *das Ding*, enquanto Outro absoluto do sujeito que se trata de reencontrar. No entanto, esse objeto é, por sua natureza, perdido como tal e jamais será reencontrado. Lacan destaca que esse objeto, na verdade, nunca foi perdido, apesar de tratar-se essencialmente de reencontrá-lo. Nesses sucessivos reencontros surge o caráter real do objeto faltoso; a Coisa comparece sempre a cada vez que o sujeito reencontra o objeto. O movimento de busca do sujeito implica que encontrar esse objeto seja sempre reencontrá-lo, sem, de fato, encontrá-lo.

Lacan (1959-1960/2008), ao retomar o texto de Freud, “A negativa” (1925/1996), afirma que essa tendência a reencontrar *das Ding* funda a orientação do sujeito em direção ao objeto. Essa orientação é regulada segundo as leis de uma organização de memória, de um trilhamento, e também é regulada pela lei do princípio do prazer. Esse princípio “governa a busca do objeto e lhe impõe esses rodeios que conservam sua distância em relação ao seu fim” (Lacan, 1959-1960/2008, p.76). Isso porque a função do princípio do prazer é fazer com que o homem busque sempre aquilo que ele deve reencontrar, mas que não pode atingir justamente pelo caráter faltoso do objeto. Tal objeto apresenta-se sob uma forma enigmática, fechada, obscura.

Apesar de o princípio do prazer agir de forma imperativa e sem limites, ele fracassa necessariamente. É aqui que surge o princípio da realidade, que tem como função o adiamento da gratificação, impondo as restrições necessárias à adaptação à realidade externa. No entanto, as sucessivas buscas pelo reencontro do objeto levam o sujeito a uma série de satisfações vinculadas ao objeto e que, a cada instante, modelam e embasam seus procedimentos segundo a lei própria do princípio do prazer.

O que Freud articula como finalidade última do princípio do prazer é a satisfação da pulsão por excelência, chamada por ele de pulsão de morte. Neste ponto, é importante retomar, de forma sucinta, alguns pontos da teoria freudiana das pulsões e outras contribuições de Lacan sobre o assunto. De forma geral, a pulsão é o conceito limite entre o psíquico e o somático; representante psíquico das excitações provenientes do corpo e que chegam ao psiquismo. Ela se apresenta ao sujeito como enigmática e como uma força constante.

Freud (1915a/1996) menciona alguns termos utilizados como referência ao conceito de pulsão: pressão, finalidade, fonte e objeto. A pressão da pulsão seria o fator motor da atividade psíquica, a quantidade de força que ela representa. A finalidade é a satisfação, que pressupõe a eliminação da excitação que se encontra na origem da pulsão. A fonte é o processo somático, localizado numa parte do corpo ou num órgão, cuja excitação é representada no psiquismo. O objeto da pulsão é o meio de ela atingir sua finalidade e nem sempre lhe está originalmente ligado. O objeto é o que há de mais variável numa pulsão e pode ser modificado quantas vezes for necessário no decorrer das vicissitudes que a pulsão sofre durante sua existência.

As pulsões estabelecem seus circuitos e seus objetos a partir da relação com o Outro, através das satisfações que o contato com o Outro proporciona à criança. As pulsões

ramificam-se em pulsões parciais que se satisfazem – sempre temporariamente e nunca de forma completa – com objetos parciais. Apesar do caráter mudo da pulsão, os destinos da satisfação que ela demanda se constroem na linguagem, com o Outro. As marcas de satisfações oferecidas pelo Outro – que no início da vida é a mãe – informam e apontam à pulsão seus objetos possíveis. Com isso se estabelece a tendência à repetição, que busca sempre retornar à experiência de satisfação. No entanto, há também a possibilidade de fazer variar o modo de satisfação pulsional, pois além da plasticidade das pulsões – elas podem se substituir umas as outras –, o objeto é o que há de mais variável na pulsão e pode ser modificado.

Lacan, ao retomar o que Freud diz sobre a independência do objeto em relação à pulsão, e sobre o fato de que qualquer objeto pode ser levado a exercer a função de um outro, menciona que o objeto da pulsão não pode ser assimilado a nenhum objeto concreto. Para apreender a essência do funcionamento pulsional, é importante conceber o objeto enquanto vazio, designado de maneira abstrata e não representável: o objeto *a*. O que se repete na pulsão é a tendência ao movimento de busca pelo objeto perdido, mas que jamais será reencontrado. Nesse contexto, a pulsão é caracterizada por uma descontinuidade, uma hiância, que a lança num constante movimento. Ela inscreve-se numa abordagem do inconsciente em termos de manifestação da falta e do não realizado. Nessas condições, a pulsão é considerada no registro do real.

O sujeito não tem como escapar da tensão advinda do real enigmático, que conduz ao movimento pulsional e que pressiona por satisfação, mas não informa seu objeto. Todavia, o próprio enigma da satisfação pulsional é que torna a pulsão tributária da linguagem, destinada

a se satisfazer com objetos parciais, substitutos do objeto pleno capaz de satisfazer uma pulsão, o Bem perdido que jamais vai se reconhecer.

Para além do princípio do prazer, o que a pulsão demanda é o repouso absoluto das tensões vitais. Daí Freud mencionar que a pulsão se apresenta na origem como pulsão de morte, a pulsão por excelência, pura tendência de destruição da tensão vital. Ele articula esse “além” com o caráter destrutivo da pulsão de morte, enquanto pura potência dispersa. Lacan (1959-1960/2008) retoma a ideia freudiana da pulsão de morte com finalidade a destruição, cujo movimento se repete indefinidamente, e acrescenta que daí pode surgir uma potência criadora que dirige a repetição para o surgimento de novos objetos.

Lacan (1959-1960/2008) menciona que a pulsão de morte deve estar para além da tendência ao retorno ao inanimado. Isso indica que apesar do seu caráter destrutivo, ela também pode surgir enquanto potência criadora. A pulsão de morte, na medida em que destrói, pode impor novos começos ao invés de reproduzir o mesmo. Nesse contexto, a pulsão de morte só pode ser concebida em relação à ordem simbólica, a cadeia significante:

Como em Sade, a noção da pulsão de morte é uma sublimação criacionista, ligada a esse elemento estrutural que faz com que, desde que lidamos com o que quer que seja no mundo que se apresenta sob a forma de cadeia significante, haja a uma certa altura, mas certamente fora do mundo da natureza, o para-além dessa cadeia, o *ex nihilo* sobre o qual ela se funda e se articula como tal (p.260).

Essa citação revela a possibilidade de criação simbólica a partir desse nada, *ex nihilo*. É um vazio em torno do qual a pulsão não deixa de circular e que Freud designou como a Coisa e Lacan como *das Ding*. Ao mesmo tempo em que a pulsão de morte aponta para a Coisa, objeto vazio que não tem registro significante, ela revela a possibilidade de criação,

contorno desse vazio, uma vez que essa pulsão se articula num nível que só é definível em função da cadeia significante.

Das Ding encontra-se no plano do para além do princípio do prazer, onde não há registros de significantes. Isso quer dizer que a Coisa é o que, do real primordial, padece do significante. Lacan, ao retomar a frase de Picasso “Eu não procuro, acho”, afirma que o que é achado é procurado, mas procurado nas vias do significante. Nesse sentido, a busca por *das Ding* é uma busca “antipsíquica” que, por seu lugar e sua função, está para além do princípio do prazer. Segundo as leis do princípio do prazer, “o significante projeta nesse para além a equalização, a homeostase, a tendência ao investimento uniforme do sistema do eu como tal – fazendo-o faltar” (Lacan, 1959-1960/2008, p.150).

O princípio do prazer visa a conduzir o sujeito de significante em significante, introduzindo uma quantidade necessária de significantes para manter o mais baixo possível o nível de tensão. Isso implica que a falta de significante conduz ao aumento da tensão e do desprazer. Portanto, a proximidade de *das Ding* é ameaçadora; a angústia é o afeto mais característico a essa ausência de significante, a não ser nos casos daqueles que dela se aproximam por meio de uma atividade mística ou dos momentos extremos do ato criador.

Para a psicanálise, não existe o Bem Supremo, que é *das Ding*, mantido pela ética do Bem. Isso porque não há um objeto que corresponda a esse Bem, capaz de fornecer a plena satisfação pulsional. No lugar do Bem Supremo, há um vazio, marcado pelos rastros de *das Ding*. Nesse sentido, o que nos governa no caminho do nosso prazer não é nenhum Bem Supremo, “e que para além de um certo limite de nosso prazer, estamos, no que diz respeito ao que *das Ding* recepta, numa posição inteiramente enigmática, pois não há regra ética que faça mediação entre nosso prazer e sua regra real” (Lacan, 1959-1960/2008, p.121). Entretanto, o

vazio marcado pelos rastros de *das Ding* possibilita as constantes buscas do sujeito pelo objeto causa de seu desejo, sempre inatingível. Resta ao sujeito a tarefa de contornar o vazio com sua palavra, com alguma criação que o represente.

Lacan (1959-1960/2008) menciona a noção de criação no Seminário VII pelo que ela comporta: o saber da criatura e do criador. A criação é um tema central não apenas ao tema da sublimação, extensamente desenvolvido nesse Seminário, mas também ao que se refere à ética da psicanálise. O autor estabelece: “um objeto pode preencher essa função que lhe permite não evitar a Coisa como significante, mas representá-la na medida em que esse objeto é criado” (p.151). Afirma que toda criação se faz *ex nihilo*, ou seja, a partir do nada. A título de exemplo, ele recorre à construção de um vaso por um oleiro:

Se vocês considerarem o vaso [...] como um objeto feito para representar a existência do vazio no centro do real que se chama a Coisa, esse vazio, tal como ele se apresenta na representação, apresenta-se, efetivamente, como um *nilhil*, como nada. E é por isso que o oleiro [...] cria o vaso em torno desse vazio com sua mão, o cria assim como o criador mítico, *ex nihilo*, a partir do furo (Lacan 1959-1960/2008, p.153).

O vaso cria o vazio, introduzindo a própria perspectiva de preenchê-lo. Dessa forma, o vazio e o pleno são instituídos pelo vaso. Se o vaso pode estar pleno é na medida em que, primeiro, ele é vazio. A criação é a moldura que busca contornar o vazio que permanece no centro. Essa Coisa, em torno da qual se fazem todas as formas criadas pelo homem, será sempre representada por um vazio, precisamente pelo fato de ela não poder ser representada por outra coisa. Ou seja, é a partir de *das Ding*, do *ex nihilo*, do nada, que advém a criação, o contorno do vazio. Conforme sublinha Lacan (1959-1960/2008), o homem, para seguir o caminho de seu prazer, deve, literalmente, contornar *das Ding*.

Ao tratar extensamente da questão da sublimação no Seminário VII, Lacan (1959-1960/2008) propõe que um objeto criado implica na novidade do objeto, sua originalidade. A

criação, ao se constituir a partir do *ex nihilo*, introduz uma novidade no que existia antes. O objeto criado é incapaz de recobrir o vazio; o vazio é parte integrante da criação que ousa contorná-lo. A ética pautada no real aponta justamente para essa dimensão criativa, que pressupõe o enfrentamento desse vazio para a seguir bordejá-lo com palavras ou com um objeto inventado. A psicanálise conduz o sujeito a se deparar com o vazio, a falta-a-ser com a produção de um estilo próprio do sujeito, um modo de vida que contemple a dimensão do desejo.

No entanto, diante desse vazio existe a possibilidade de recusá-lo, como, por exemplo, na medicina. Nesse campo, há uma tentativa desenfreada de preencher esse vazio que possibilitaria a criação do sujeito. A religião é outro exemplo de preenchimento do vazio, uma vez que ele é habitado pelo nome de Deus, em que o sujeito se aliena aos desígnios de um Outro imaginário. Assim, observa-se que frente ao vazio, ao real, a psicanálise conduz o sujeito para um outro caminho.

Nesse sentido, a psicanálise não trata do ser, mas da falta-a ser, vazio de ser. Assim, “qualquer bem, qualquer valor, já perde o predicado de ‘supremo’. Devemos nos contentar com bens parciais, satisfações parciais e com a ideia de um sujeito dividido quanto ao seu bem” (Kehl, 2002, p.31). A concepção freudiana trata de um sujeito marcado por um conflito entre instâncias psíquicas, em relação ao qual ele está dividido. É uma divisão que implica num desconhecimento de uma dimensão de si mesmo, o estranho. É um sujeito dividido quanto ao seu Bem, que não coincide com o objeto de seu prazer. Ou seja, não há um objeto de satisfação que corresponderia ao Bem Supremo. Freud anuncia aí uma ruptura entre o Bem do homem e o prazer.

Lacan (1959-1960/2008) esclarece que desde a origem do pensamento moralista, desde Platão e Aristóteles, toda a concepção acerca do bem do homem fez-se em função do índice de prazer. Há uma tentativa de apontar os verdadeiros e falsos bens que o prazer indica. No entanto, nada é mais tentador do que eludir a questão do bem com um bem harmonioso a ser reencontrado no caminho do desejo. Lacan nos alerta contra as vias enganadoras do bem e afirma a imprudência de posturas que ditam promessas de todos os bens como acessíveis. Nesse sentido, a dimensão do bem levanta uma muralha poderosa na via do desejo.

Ao contrário dessa concepção, a experiência analítica é um convite para o acesso a essa via do desejo, possibilitando uma mudança na relação do sujeito com o bem. Esse desejo não se submete a normalização nem a leis universais, constituindo-se em uma singularidade do sujeito. A ética da psicanálise parte da universalidade do desejo para enfatizar a sua particularidade, e não como uma forma de universalização moral fundada em algum ideal. Para a ética da psicanálise, o universal é a diferença.

Lacan (1959-1960/2008) destaca que o analista precisa ficar atento quanto a querer o bem do sujeito, ao seu desejo de fazer o bem, ao desejo de curar, pois isso produz impasses na posição do sujeito em relação ao seu próprio desejo. Freud (1912a/1996) recomenda que o analista deve ter cuidado com seu possível *furor sanandi*, a paixão por curar pessoas, e enfatiza a importância de trabalhar com o desejo do sujeito.

Lacan (1959-1960/2008) designa o desejo do analista como um não desejo de curar, na tentativa de nos alertar contra as vias vulgares do bem, “tal como elas se oferecem a nós tão facilmente em seu pendor, contra a falcatrua benéfica do querer-o-bem-do-sujeito” (p.267). A partir daí, ele lança a pergunta, o que analista deseja curar no sujeito? E responde: “curá-lo das ilusões que o retêm na via de seu desejo” (p.267).

No final do seu Seminário, Lacan (1959-1960/2008) acrescenta que não se trata de negar o campo dos bens e indica uma proposta diferente daquela abordada pela ética do Bem: “Não há outro bem senão o que pode servir para pagar o preço ao acesso ao desejo” (p.385). Mais adiante, ele diz: “Sublimem tudo o que quiserem, é preciso pagar com alguma coisa. Essa alguma coisa se chama gozo. (...) Eis o objeto, o bem, que se paga pela satisfação do desejo” (p.386). A ideia lacaniana é que o acesso ao desejo implica numa perda de gozo, em abrir mão da ilusão da satisfação plena, em ultrapassar toda piedade diante do bem do outro. O acesso ao desejo não é uma via que se possa avançar sem nada pagar: paga-se um preço!

Diante desse contexto, talvez também se possa atribuir esse preço à passagem pela experiência trágica da vida, tal como Lacan (1959-1960/2008) a formula. Ele esclarece que a ética da psicanálise não incide sobre o adestramento das pulsões – Freud já dizia sobre a ineducabilidade das pulsões – sobre a arrumação dos bens ou sobre o aperfeiçoamento do comportamento humano. “Ela implica, propriamente falando, a dimensão que se expressa no que se chama de experiência trágica da vida” (Lacan, 1959-1960/2008, p.376). Essa experiência marca uma causa perdida, a falta do objeto, a castração, o enfrentamento inevitável com a morte, uma vez que, de fato, não há nenhum Bem no horizonte do sujeito que poderia satisfazer o seu desejo. O que se evidencia aí é que a ética do desejo aponta para o real impossível, para aquilo que “não para de não se escrever” (Lacan, 1972-1973/1985, p.127), no regime do encontro sempre faltoso. Trata-se de uma ética que se remete ao próprio movimento do inconsciente que se instaura numa prática da diferença que remete ao desejo.

Lacan (1959-1960/2008) afirma que, na perspectiva psicanalítica, a culpa aparece quando o sujeito cedeu de seu desejo. Para ele, “ceder de seu desejo” designa o destino do sujeito de alguma traição. Trata-se de uma traição a si mesmo, a serviço dos bens. Agir em

nome do bem ou do bem do outro não elimina a culpa nem as catástrofes interiores, por isso, ao fazer as coisas em função do bem, é preciso questionar: pelo bem de quem?

Neste ponto, pode-se retomar o contexto hospitalar. Observa-se que muitas vezes há um desejo desenfreado do médico de querer curar seu paciente, já que sua ética é pautada em fazer o bem para o outro. Nesses casos, conforme afirmam Alberti e Almeida (2005), cabe ao psicanalista ajudar os médicos a suportar o fato de que o bem do próximo muitas vezes mais o anula que o sustenta. Isso porque nem sempre o que a equipe identifica como um bem para seu paciente é identificado por este como tal. Essa é uma ideia que causa certa frustração na equipe, uma vez que sua ética tem como referência o bem e os cuidados.

A experiência analítica convida o sujeito a responsabilizar-se pelo desejo que o habita e pelas manifestações do seu inconsciente. A responsabilidade aparece como um compromisso entre o sujeito e o desejo. Kehl (2002), ao tratar sobre a ética da psicanálise, diz que essa é uma responsabilidade difícil de assumir, devido ao estranho – o inconsciente – que existe e age no sujeito e com o qual ele não quer se identificar. No entanto, enfatiza que “é preferível que o sujeito arque com as consequências dos efeitos de seu inconsciente, fazendo deles o início de uma investigação sobre o seu desejo, a que ele permita que tais efeitos se manifestem apenas na forma do sintoma” (p.32).

Nesse sentido, o sujeito precisa, de alguma forma, responsabilizar-se por seu inconsciente, se não quiser viver como eterna vítima de seus sintomas. Estes não deixam de representar algo do desejo que escapa, porém a aposta da psicanálise é que o sujeito faça disso, que a ele sempre retorna e dele sempre escapa, alguma outra coisa além da banalidade da repetição sintomática. Abre-se uma via para que o sujeito se identifique com seu sintoma,

adquirindo certa mobilidade criativa em relação a ele. Assim, a análise oferece um novo destino para a pulsão, capaz de possibilitar à potência destrutiva uma potência criadora.

A partir das concepções lacanianas, observa-se que Lacan chama a atenção para as dificuldades de sustentação da ética da psicanálise referenciada ao real fora do contexto da psicanálise em intensão. Aqui podemos retomar algumas dificuldades e impasses apresentados ao psicanalista quando ele se insere nos hospitais, espaço onde impera a ética da medicina, a ética do Bem. Assim, surge a pergunta: de que maneira o psicanalista poderia sustentar sua ética nos hospitais? Há uma interlocução possível entre psicanálise e medicina?

Antes de avançarmos nessas questões, é importante mencionar que a partir da discussão sobre as diferenças entre os discursos e as éticas da psicanálise e da medicina, observa-se que uma distinção fundamental seria em relação ao registro do real. Enquanto a psicanálise leva em consideração essa dimensão e tem uma referência a ele, a medicina tenta excluí-lo. O médico sustenta um discurso que comanda, ordena e unifica para tentar manter a ordem e eliminar o real que atrapalha o sucesso de suas intervenções. O mesmo ocorre pelo viés de sua ética que aproximamos com a ética do Bem. A medicina, ao sustentar uma ética que visa atingir um Bem capaz de propiciar a plenitude e o prazer (seja por meio da cura, do bem para o outro), também tenta extinguir o real em jogo. A tentativa de eliminar esse registro tem como efeito a exclusão da subjetividade e da dimensão criativa frente ao real que insiste.

Essas diferenças entre a psicanálise e a medicina poderiam ser um obstáculo para a articulação entre esses dois campos ou poderiam impedir a viabilização da psicanálise no hospital. Entretanto, é exatamente essa distância que permite a aproximação entre a psicanálise e a medicina, pois o real faz parte da estrutura do sujeito e vai sempre retornar e

insistir. A medicina não tem recursos para tratar dessa dimensão e, por isso, solicita a presença do psicanalista.

2.3 PSICANÁLISE E MEDICINA: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS

No capítulo anterior, tratou-se de questões que envolvem diferenças entre o discurso e a ética da psicanálise e da medicina. Podemos localizar, agora, alguns pontos que demonstram aproximações e distanciamentos entre esses dois campos. A exposição dessas ideias tem como principal objetivo delimitar a posição do médico e do psicanalista no hospital, para que assim seja possível demarcar o lugar do psicanalista no hospital.

A partir das ideias já trabalhadas nesta pesquisa, pode-se inferir que a medicina, sustentada por um discurso ordenador e pela ética do Bem, visa a reduzir as desordens da subjetividade e integrá-las às suas ordens. Entretanto, em diversas circunstâncias, os médicos observam que alguma coisa lhes escapa no que diz respeito a essa tentativa de integração. Os médicos percebem que, por algum motivo, algo vacila e o doente passa a não assegurar sua ordem, o que muitas vezes eles situam no quadro do “fator psíquico”. De acordo com Clavreul (1983):

Aqui reside o que não é integrável num projeto propriamente científico no qual o saber se identifica com o saber do previsível. Sobre o que diz respeito ao desejo e ao gozo, não há nenhuma possibilidade de um saber totalizador, nenhuma dominação possível, e nada pode ser dito nos termos de um discurso médico no qual o saber é indissociável do poder que ele confere (p.143).

O que se configura aí é um fracasso do discurso médico, uma lacuna no saber da medicina. Conforme será visto a seguir, é a partir desse fracasso, desse furo, que se abre uma via possível para a psicanálise nos hospitais. Para sustentarmos esse argumento, é importante

recorrer a situações no cotidiano do hospital que mostram o “estranhamento” do médico em relação a alguns fenômenos psíquicos que surgem durante a internação de um paciente, assim como recorrer às demandas do médico ao analista. Apresentar essas situações dará estofa à sequência do argumento aqui esboçado.

No texto “Biopolítica e contemporaneidade: ato médico e ato analítico”, Rocha (2007) considera que a condição do desamparo⁸ é a marca elementar da posição subjetiva na instituição hospitalar. Ele afirma que o adoecer promove um tipo de descentramento subjetivo, uma perda da “referência normativa” que pode admitir várias roupagens, “cujo espectro vai dos modos mais submissos aos mais reativos, passando pela indiferença, pelo horror, pelo fascínio” (p.112).

O autor considera alguns efeitos típicos decorrentes das ideias supracitadas e apresenta situações do contexto hospitalar que envolvem tais questões. Na primeira situação, Rocha (2007) afirma que numa internação hospitalar pode-se observar, em alguns casos, que o sujeito se identifica às taxas dos exames, às entidades diagnósticas, aos parâmetros de respiração na tentativa de significar o vazio de sua condição humana – marcada por uma falta estrutural.

É importante ressaltar que o sujeito para a psicanálise é aquele marcado por uma falta estrutural, uma falta constitutiva em torno da qual as representações se organizam. Freud associa este vazio, decorrente da constituição do sujeito, à noção de um desamparo próprio ao ser humano. Como resposta à angústia proveniente do deparar-se com a falta irremediável, o sujeito desenvolve diversas maneiras para apaziguar seu mal-estar. Em uma situação de

⁸ Rocha (2007), ao trabalhar o conceito de desamparo, afirma que o desamparo revivido no adoecimento difere daquele estado originário no âmbito das vivências alucinatórias pré-edípicas, pois agora é experimentado num contexto fantasmático, dos arranjos imaginários sobre a posição do sujeito diante do Outro.

internação hospitalar, os resultados laboratoriais e o próprio diagnóstico podem surgir como possibilidade de respostas apaziguadoras.

No entanto, os números e as estatísticas não fornecem nenhum sentido para a condição de sofrimento representada pelo adoecimento e, dessa forma, o sujeito permanece no vazio insuportável. “Há no cerne do desamparo e da finitude anunciada pela vivência de castração uma hiância, um inominável que indica a irrupção mesma do real. Resiste aí, pois, e de modo trágico, o não sentido” (Rocha, 2007, p.113). É com esse material que o médico vai se deparar.

Em uma segunda situação, Rocha (2007) diz que a medicina é exercida por meio de um apelo às normas e exige do sujeito em tratamento que ele se aliene de suas escolhas. É uma situação na qual o sujeito deve sacrificar o seu desejo em benefício de sua cura. Seguindo essas perspectivas, no cotidiano hospitalar podemos observar que, quando tudo está dentro das regras e funcionando de acordo com os protocolos estabelecidos, a equipe comenta que os familiares e pacientes estão conscientes e informados: “eles estão adaptados às normas”. Entretanto, quando o inesperado ou o elemento surpresa surge, uma questão se instala. Diante do imprevisível, não existem respostas prontas, não há um preparo ou um saber prévio que possibilitaria a adequação dos indivíduos às situações. Essa circunstância causa grande transtorno na equipe médica, uma vez que eles não esperam tratar de pacientes “desadaptados” às suas normas.

Na terceira situação, Rocha (2007) menciona que o sujeito pode estabelecer uma crença de que sua cura fundamenta-se na verdade dos protocolos médicos e nas eficácias dos tratamentos. Muitas vezes, o sujeito se depara com a ameaça da angústia, pela percepção da contingência, ou seja, pela condição de imprevisibilidade, da falta de garantias. Ele pode vir a

perceber que não há garantias em relação à reprodutibilidade de curas anteriormente obtidas, mesmo que as condições em questões se assemelhem. Diante desse descentramento subjetivo, o sujeito pode reagir de diversas maneiras.

A primeira forma assinalada pelo autor trata do sujeito que pode passar a não querer saber, ou seja, não fala, não demanda, desqualifica a atenção do profissional. Nesse contexto, recorro ao caso de um paciente que teve uma insuficiência respiratória e precisou da ventilação mecânica. No início da sua internação, ele afirmava e repetia que os “remédios” iriam curá-lo, pois soube que o paciente do quarto ao lado teve o mesmo problema e hoje não precisa da ventilação mecânica. Com o tempo de internação, o paciente percebeu que os remédios não eram suficientes para curá-lo⁹. Nessa fase, o paciente passou a não demandar, a não reclamar. Durante os horários de visita, ele fechava os olhos e fingia dormir. O mesmo fato acontecia durante o atendimento da psicologia, do médico ou da fisioterapia. A equipe do hospital dizia que o paciente estava adaptado àquela situação e, se ele não reagisse, permaneceria ali por muito tempo ou morreria. Os médicos pediam para que a psicologia tentasse convencer o paciente a esforçar-se, pois sua recuperação também dependia desse empenho.

A segunda maneira diz respeito ao sujeito que pode ficar obcecado pelo controle de dados clínicos, ou seja, que insiste em saber os detalhes científicos dos exames, dos procedimentos, dos diagnósticos. Essa é uma situação possível de se observar nos familiares dos pacientes internados no Centro de Tratamento Intensivo. Cita-se um caso de filhas de um paciente que insistiam em questionar a equipe (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas) sobre os

⁹ Para que os parâmetros da ventilação mecânica do paciente pudessem ser diminuídos ou desligados, ele dependia, além dos remédios prescritos, da resposta do seu organismo ao tratamento proposto. No entanto, ele apenas elaborou essa questão em sessões posteriores. Inicialmente, ele apenas dizia que tinha certeza que os remédios iriam salvá-lo.

pequenos detalhes científicos do quadro clínico do pai. Elas estudavam e conversavam diariamente com os outros familiares sobre os procedimentos realizados com os pacientes. Algumas vezes chegaram a burlar normas do hospital porque acreditavam existir mais detalhes dos exames do que aqueles que eram passados frequentemente pelo médico. Durante os boletins médicos, as perguntas eram minuciosas e repetitivas; não havia respostas que satisfizessem suas dúvidas. Toda essa situação deixou a equipe bastante incomodada e irritada.

Rocha (2007) relata ainda uma terceira maneira diante do descentramento subjetivo proporcionado pelo adoecimento. Ele diz que o sujeito, na tentativa de evitar reconhecer a contingência do seu sofrimento – isso seria insuportável –, permanece doente, reafirmando a necessidade do seu sofrimento.

Em algumas circunstâncias do cotidiano hospitalar, observa-se, por exemplo, que a doença constitui um verdadeiro estatuto social e familiar que confere ao sujeito uma existência que não teria sem ela. Durante um atendimento psicológico, uma paciente diz: “Eu disse para o médico que ele não pode me dar alta porque ainda estou doente. Dessa vez só vou embora daqui quando eu estiver me sentindo bem”. Posteriormente, a paciente comenta sobre seus conflitos familiares e diz: “Precisei ficar doente para eles me darem atenção; eles reclamam que sou chata, mas não entendem que preciso de atenção e cuidados, principalmente porque vivo doente”.

Lacan (1966a/2001), no texto “O lugar da psicanálise na medicina”, afirma que o doente não espera do médico simplesmente a cura, pois às vezes ele pode ir ao hospital para pedir ao médico que o autentique como doente. A ideia inserida aí é que o paciente, por algum motivo particular, pode ter interesse em ser reconhecido como doente. A situação da doença

propicia ganhos secundários que justificam o desejo de permanecer doente. Portanto, nesses casos, o paciente “vem pedir, de modo mais manifesto, que vocês o preservem em sua doença, que o tratem da maneira que lhe convém, ou seja, aquela que lhe permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença” (p.10).

Entretanto, o médico acha estranho o fato de alguns pacientes não quererem a proposta de cura oferecida pela medicina. Alguns médicos não entendem os motivos pelos quais isso ocorre, já que os pacientes os procuraram justamente solicitando a cura. Eles percebem uma contradição lógica, uma distância entre aquilo que o paciente pede, a cura, e o que o paciente deseja. Essa incoerência penetra na clínica médica como um obstáculo ao tratamento proposto.

Em alguns casos, nota-se a insistência do médico em tentar conciliar a demanda e o desejo, ou mesmo um esforço em tentar fazer com que o paciente se lembre do que lhe pediu inicialmente: “Você está de alta e não tem motivos para continuar aqui; eu já te disse que seus exames estão ótimos. Você esqueceu por que veio aqui?”. Nesse contexto, observam-se comentários dos médicos com os outros profissionais: “Ele está de alta, mas continua dizendo que está doente. Será que isso é sentimento de culpa?”; “ele não quer ter alta, pediu para outra equipe ir examiná-lo, pois diz sentir dores em várias partes do corpo”.

Lacan (1966a/2001) diz que existe uma falha entre a demanda e o desejo. No momento em que alguém “demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja” (p.10). Há uma distância entre demanda e desejo no nível do inconsciente. De forma sucinta, pode-se afirmar que a demanda é o próprio enunciado, um apelo que se dá ao Outro por intermédio da linguagem através da cadeia significante. Nesse sentido, as demandas se manifestam nas falas do sujeito implicando a

dimensão do Outro. Essa circunstância remete que há um Outro que fala através do sujeito fazendo-o tropeçar nas palavras e dizer coisas que não tinha intenção de dizer. Ou seja, nunca há concordância total entre o que se intenciona dizer e o que se diz.

Para além dos enunciados, existe o sujeito da enunciação, onde o desejo se articula. No nível da linguagem, há sempre alguma coisa que escapa, que se encontra além da consciência, dos enunciados. Segundo Lacan (1966a/2001), é nesse ponto que podemos situar o desejo. Ressalta-se que apesar de o desejo não se inscrever no significante, ele só pode ser inferido a partir da demanda. Ou seja, o desejo se presentifica através dos significantes da demanda. É no enunciado de uma fala, mais precisamente nas suas pausas, suas cadências, seus lapsos que surge o desejo.

Frequentemente, o médico tenta manejar essas situações que tangem a demanda e o desejo, mas muitas vezes é uma iniciativa fracassada, já que ele não possui recursos teóricos para lidar com esse tipo de sofrimento humano. Existem situações que escapam à lógica da medicina. No momento em que médico depara com circunstâncias que, de alguma forma, apontam para um fracasso no seu saber e percebe as desobediências do paciente às suas ordens e ao seu discurso, ele solicita o psicanalista para que ponha ordem nesse fator estranho.

De fato, todas as situações relatadas causam transtornos na equipe médica, uma vez que surgem aí fatores psíquicos que atrapalham o sucesso das suas intervenções. O médico não tem recursos teóricos para lidar com esse tipo de expressão de sofrimento humano, nem se propõe a tratá-lo. O sofrimento para o discurso médico – aquele que se nomeia como dor, febre etc. – só existe na medida em que é formulável nos termos constituintes de uma síndrome que se inscreve nesse discurso.

Do que é dito pelo doente, o médico só retém aquilo que cabe na sua nosologia. Pouco importa para ele se o sofrimento também remete o sujeito à sua fantasia ou à sua própria história de vida. O médico nada ouvirá sobre isso, exceto para suspeitar de efeitos que correm o risco de entravar suas intervenções.

Assim, na hospitalização, observa-se a emergência de algumas situações que envolvem a dimensão psíquica, surgindo aí questões que muitas vezes não podem ser tratadas pela medicina. São nesses momentos que o médico solicita a presença do psicólogo, possibilitando uma via para a inserção da psicanálise nos hospitais. Observa-se que essas questões dirigidas ao analista remetem ao momento em que os médicos se deparam com a singularidade de cada paciente, uma vez que não conseguiram aplicar suas teorias universais. Há uma particularidade que escapa a todo e qualquer projeto de classificação.

Psicanálise e medicina, trata-se de um encontro possível que advém de um encontro impossível no que tange às diferenças dos seus discursos e de suas éticas. Conforme localizaremos a seguir, os efeitos dessa aproximação exigem do analista um esforço para não perder de vista a dimensão específica da psicanálise. Essas questões certamente se tornam desafiadoras para a legitimidade da psicanálise nos hospitais gerais.

Ao retomar as ideias anteriores, observa-se que a psicanálise e a medicina podem se aproximar na medida em que o médico demanda a presença do psicanalista, acreditando que ele utilizará seus recursos clínicos a serviço da solicitação médica. No entanto, a psicanálise e a medicina podem se distanciar no que diz respeito ao discurso e à ética. Na prática do cotidiano hospitalar, percebe-se que essa distância pode aparecer na medida em que o analista não responde ao pedido do médico tal como ele é formulado. O que impede o psicanalista de responder a essa demanda?

O psicanalista pode ser solicitado pelo médico para eliminar um fenômeno psíquico, para tentar acalmar qualquer situação de angústia ou para convencer o paciente a aceitar alguma coisa a que ele se opõe ou resiste. Eliminar, prever, acalmar, convencer... Estes são termos que frequentemente envolvem o pedido do médico ao analista.

Muitas vezes, alguns psicanalistas, preocupados com sua aceitação, reconhecimento e com a eficácia imediata, se deixam corromper pelas solicitações dos médicos para eliminar, convencer e acalmar as “causas psíquicas” que estão emergindo no tratamento do paciente. Figueiredo (1997) e Moretto (2001) afirmam que o psicanalista, ao aceitar essas solicitações dos médicos, tais como foram formuladas, rompe com o próprio discurso e com a ética psicanalítica.

De fato, o objetivo do psicanalista no hospital não é o de atender ao pedido médico. Entretanto, se levarmos em consideração que a entrada do psicanalista nos hospitais foi permitida justamente para resolver as solicitações médicas, esta se torna uma questão delicada e que exige do analista colocar à prova sua ética e as especificidades dessa clínica.

É importante esclarecer que não é que o psicanalista deva negar os pedidos dos médicos de atendimento ao paciente. A questão apresentada refere-se ao posicionamento do psicanalista diante das demandas do médico ou da maneira pela qual ele sustentará o seu lugar na clínica psicanalítica. Ressalta-se que, para existir o trabalho psíquico no hospital, é fundamental que os médicos demandem a presença dos psicanalistas, independentemente da maneira pela qual o pedido de atendimento venha a ser formulado. Rejeitar os pedidos médicos seria uma forma de extinguir a própria clínica psicanalítica no hospital.

Sob essas perspectivas, o analista não pode esperar que os médicos, os pacientes e os familiares saibam identificar o que, de fato, ele poderia lhes oferecer. Ao mesmo tempo, em

alguns casos, o analista não deve responder aos pedidos médicos tais como são formulados, mas também não deve rejeitá-los. Diante desse impasse, a prática na instituição hospitalar nos leva a perceber que é o analista que deve ter condições éticas de sustentar o discurso que lhe é próprio, assim como a originalidade da sua clínica – seja no tratamento do paciente, seja no seu posicionamento diante dos pedidos médicos –, sem medo de perder o lugar que lhe é devido e sem alienar-se ao discurso médico, que prevalece no hospital. Assim, pode-se observar e introduzir a ideia de que as condições de possibilidade para que a psicanálise se sustente nos hospitais estão centradas na formação do analista e na formalização da práxis analítica.

A partir da prática no hospital, pode-se inferir que é possível atender ao chamado médico de atendimento ao paciente sem, no entanto, responder às demandas do médico, tais como foram formuladas inicialmente. Diante das diversas demandas dirigidas ao analista, é importante que elas sejam acolhidas e escutadas. Moura (2003) afirma que, nesse caso, é necessário “oferecer algo” que permita não atender as demandas para que se possa ir além delas e escutar o que os profissionais têm a dizer, que está para além do nível descritivo e do enunciado. Mas, na prática, o que seria esse “oferecer algo”?

É curioso observar que ainda que o psicanalista não vá ao encontro do paciente para tentar acalmá-lo ou convencê-lo de algo que o médico lhe pediu, ele pode vir a auxiliar o médico. Nota-se esse efeito após algumas sessões – ou apenas uma – de atendimento psíquico ao paciente quando o médico agradece e diz: “Ele está bem melhor!”. A partir disso, no momento em que o analista se oferece como lugar de escuta, lugar onde finalmente seu drama poderá ser escutado, o paciente deixa de dirigir suas questões subjetivas ao médico e passa a direcioná-las ao analista. É possível que a transferência de saber que estava localizada no

médico se desloque para o analista, propiciando aí um início para o processo analítico. Dessa forma, para o médico, o paciente passa a ser mais coerente e adequado aos seus procedimentos.

Portanto, a solicitação do pedido médico ao analista possibilita uma abertura, um convite ao trabalho e, ao mesmo tempo, exige dele condições de rigor na sua prática para que não distorça as especificidades da psicanálise. No momento de abertura ao trabalho psíquico, surge a oferta do analista que, com sua escuta, possibilitará a emergência da demanda do sujeito a ele endereçada – demanda que inicialmente era inespecífica. O sujeito pode se apresentar ao analista para se queixar do seu sintoma ou até pedir para dele se desvencilhar, mas isso não é suficiente para um processo analítico. É preciso que essa queixa se transforme em demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, a fim de que este seja instigado a decifrá-lo.

2.4 AS CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA SE CARACTERIZAREM AS ESPECIFICIDADES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA

A construção do lugar do psicanalista no hospital depende, entre outras coisas, da implicação do analista com as especificidades da psicanálise. Refletir sobre isso nesta pesquisa é fundamental, principalmente porque estamos tratando de um local marcado por discursos, éticas e especificidades radicalmente diferentes da psicanálise. Essas distinções podem suscitar grandes desafios para o psicanalista e para a legitimidade da clínica psicanalítica nos hospitais gerais.

Neste momento, é importante mencionar uma questão que certamente norteou as discussões abordadas até aqui. Ao se introduzir a ideia de que as condições de possibilidade

para sustentar a psicanálise nos hospitais dependem fundamentalmente da formação do analista e da formalização da práxis analítica, deve-se questionar: quais seriam as condições mínimas – termo utilizado por Figueiredo (1997) – para se caracterizarem as especificidades da clínica psicanalítica? Como identificar a clínica psicanalítica num determinado tipo de trabalho?

É importante destacar que a obra de Figueiredo (1997) é desenvolvida a partir da experiência analítica nos ambulatórios públicos. De fato, o trabalho nesses espaços abrange diferenças em relação aos hospitais gerais. No entanto, quando Figueiredo analisa as condições mínimas, ela trata das especificidades da psicanálise e não do que é específico para o atendimento nos ambulatórios. Ela busca reafirmar a ortodoxia da psicanálise, de modo preciso e singular. Trata-se de identificar o que Freud (1919 [1918a]/1996) designou como “psicanálise estrita e não tendenciosa” (p.181), para que seja possível praticá-la com todas as suas consequências. Dessa forma, torna-se viável utilizarmos as ideias da autora neste estudo, pois, neste momento, o objetivo é delimitar o que é específico da clínica psicanalítica. Traçar esses aspectos nos dará subsídios para delimitar, num segundo momento, o lugar do psicanalista no hospital, bem como para investigar as particularidades do trabalho analítico nesses espaços.

Inicialmente recorreremos ao que Figueiredo (1997) designou como condições mínimas para que se reconheça como psicanálise um modo específico de trabalho clínico. Tentaremos articular suas ideias com algumas concepções freudianas no que concerne às condições para identificação de um trabalho analítico. Essas concepções se encontram, principalmente, nos artigos sobre a técnica psicanalítica. Longe de pretender a exaustão do tema, é importante salientar que o objetivo aqui é apenas localizar as condições mínimas para

um trabalho psicanalítico de acordo com essa autora. Trata-se ainda de conferir, na experiência analítica, quanto essas condições são determinadas pelos próprios fundamentos da psicanálise. Isso implica que as condições mínimas de reconhecimento do tipo do trabalho são também condições para a eficácia da clínica psicanalítica.

A primeira condição a que Figueiredo (1997) faz referência é o que Freud denominou de realidade psíquica. Essa realidade é uma forma de existência do sujeito que se distingue da realidade material, uma vez que é dominada pelo império da fantasia e do desejo. De acordo com Roudinesco e Plon (1998), historicamente, a ideia de realidade psíquica “nasceu do abandono da teoria da sedução... e da elaboração de uma concepção do aparelho psíquico baseada no primado do inconsciente” (p.646).

Em “A interpretação dos sonhos”, Freud (1900b/1996) afirma que “o inconsciente é a verdadeira realidade psíquica” (p.637) e completa: “*em sua natureza mais íntima, ele nos é tão desconhecido quanto a realidade do mundo externo, e é tão incompletamente apresentado pelos dados da consciência quanto o é o mundo externo pelas comunicações de nossos órgãos sensoriais*” (p.637, grifos do autor). Em uma passagem da Conferência “Os caminhos da formação dos sintomas”, Freud (1917/1996), ao tratar sobre a fantasia e a realidade, expõe que “as fantasias possuem realidade *psíquica*, em contraste com a realidade *material*, e gradualmente aprendemos a entender que, *no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva*” (p.370, grifos do autor). De acordo com essas ideias, Figueiredo (1997), ao abordar a realidade psíquica como uma das condições mínimas para o trabalho psicanalítico, diz: “Trata-se da única realidade que diz respeito e interessa ao sujeito, a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha; enfim, se põe no mundo e, até mesmo, se desconhece” (p.124).

Segundo a autora, a especificidade do trabalho psicanalítico está em ater-se às produções da fala do sujeito como indicação da realidade psíquica. Neste ponto, pode-se retomar Lacan (1953/1998) quando afirma que a psicanálise é uma prática da linguagem. No processo analítico, a presença do analista implica na escuta, que é condição da fala, ou seja, é pela escuta que a fala se constitui. Aqui se explicita a regra fundamental da psicanálise para fazer trabalhar a realidade psíquica: “diga o que lhe vier à cabeça”. Conforme Freud (1913/1996) expõe, essa regra é a associação livre, método de acesso à produção do inconsciente e que marca o início do processo analítico. Segundo as concepções freudianas, a associação livre está do lado do paciente. Em relação ao analista, Freud propõe que ele não fale mais do que o indispensável para fazer com que o paciente relance seu discurso.

Neste ponto, recorre-se a outra recomendação freudiana que envolve essa primeira condição para um tratamento psicanalítico. Freud (1912a/1996) diz: “Agora acrescentarei algumas outras regras, que servirão como uma transição da atitude do médico para o tratamento do paciente” (p.131). Ele afirma que as técnicas que envolvem o tratamento por sugestão implicam um afastamento dos princípios psicanalíticos. Isso porque as influências sugestivas não revelam o que é inconsciente ao paciente. Portanto, “o médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não lhes mostrar nada, exceto o que lhe é mostrado” (Freud, 1912a/1996, p.131).

A segunda condição que Figueiredo (1997) menciona consiste na produção de um modo de fala através da transferência. Segundo ela, a transferência é o movimento do sujeito que apresenta ao analista algo de sua realidade através da fala. O que se evidencia aí é a ideia freudiana de que a palavra é a ferramenta de trabalho da psicanálise, uma vez que essa fala é dirigida ao analista e circula num contexto transferencial.

Seguindo as perspectivas freudianas, pode-se afirmar que a clínica psicanalítica se faz sob transferência. O trabalho do analista consiste no manejo da transferência, o que exige conhecimento sobre o funcionamento do que Freud chamou de inconsciente. É a partir da transferência que o analista é colocado no psiquismo do paciente, e ele precisa fazer um bom uso disso, pois é nesse lugar que o analista vai operar. Nesse contexto, a transferência pode ser definida como um processo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando referentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos. Assim, o sujeito, como dizia Freud, atualiza na transferência os seus conflitos neuróticos.

Para que possamos avançar nesta discussão sobre a transferência, recorreremos ao conceito lacaniano de “sujeito suposto saber”. No texto “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola”, Lacan (1967/2003) afirma que no começo da psicanálise está a transferência. Diz ainda que o conceito de “sujeito suposto saber” é o pivô a partir do qual se articula tudo o que se refere à transferência. A resolução de se buscar um analista está vinculada à hipótese de que há um saber em jogo no sintoma ou naquilo de que a pessoa quer se desvencilhar. Nesse sentido, a transferência consiste no reconhecimento do sujeito de um saber que possui, mas que lhe escapa – que saber é esse que me escapa e que, no entanto, me determina? Isso que o sujeito não sabe sobre si vai ser suposto saber ao analista. O psicanalista, ao ocupar este lugar, é suposto não como aquele que sabe, mas sim como aquele que deve receber a fala do sujeito como produção de saber. O que se revela aí é que o “sujeito suposto saber”, ao contrário do que pode parecer a princípio, não está do lado do analista, mas sim do analisante, mesmo que a suposição de um saber ao analista alimente a demanda do analisando e movimente o processo.

Lacan (1966b/1998) lança a pergunta: o que o psicanalista deve saber na análise de seu analisando? Responde que o analista deve ignorar o que sabe, afirmando que ele só pode enveredar por essa prática “ao reconhecer em seu saber o sintoma de sua ignorância, e isso no sentido propriamente analítico de que o sintoma é o retorno do recaiado no compromisso, e de que o recaiado, aqui como alhures, é a censura da verdade” (p.360). Essa ignorância é considerada não como ausência de saber, mas como paixão do ser, assim como o amor e o ódio. É justamente essa paixão que dá sentido à formação analítica, uma vez que é ela que estrutura a própria situação analítica.

Seguindo a recomendação freudiana de que cada caso deve ser tomado como se fosse o primeiro e que o saber elaborado em uma análise implica a singularidade do desejo de um sujeito, Lacan (1966b/1998) reafirma a importância de não se partir de um conhecimento prévio ou de um saber acumulado para sustentar o lugar do analista, pois o inconsciente se fecha quando o analista acredita saber o que a fala tem a dizer – isso seria ocupar o lugar de mestre ou conduzir a análise para uma identificação ao analista, tão criticada por Lacan.

Essa reafirmação lacaniana aponta para a dimensão da ignorância em relação ao analista, considerada como uma douta ignorância, o que não quer dizer sábia. O termo “douta” significa que o psicanalista em sua análise pessoal passou pela experiência do inconsciente, construindo a elaboração de um saber em torno de um ponto de falta, que é o não saber, “fruto positivo da revelação da ignorância, [e] que não é uma negação do saber, porém sua forma mais elaborada” (Lacan, 1966b/1998, p.360). A formação do analista não pode concluir-se sem o reconhecimento do não saber como contexto para elaboração do saber inconsciente do analisando. Nesse sentido, o processo analítico só pode acontecer nas vias de uma douta ignorância.

Vale ressaltar que não se trata de uma posição de humildade altruísta, em que o analista se despoja do seu saber para dar voz ao outro ou se apoia no saber que não sabe nada. O analista precisa ter a noção de que o que está em jogo nesse não saber é a possibilidade de abertura para o acesso ao inconsciente do analisante. Ou seja, o que ele deve saber é de que se trata nesse trabalho com o inconsciente que a análise promove, e para isso a implicação com sua formação é fundamental. Dessa forma, cabe ao analista, através da transferência, sustentar o lugar de endereçamento das questões do sujeito, propiciando o movimento inconsciente de seu analisando. Tem-se aí o analista como portador da palavra falada (Lacan, 1966b/1998).

A terceira condição que Figueiredo (1997) expõe seria uma determinada concepção do tempo que é a mola-mestra da interpretação, ou seja, “uma palavra ou ação do analista só tem valor de interpretação, como efeito, num tempo posterior” (Figueiredo, 1997, p.125). A concepção de tempo está presente na própria causação psíquica, indicando que o tempo para a psicanálise não é evolutivo nem linear. Isso porque, conforme Freud (1915b/1996) esclarece, o inconsciente é atemporal, ou seja, seus processos “não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo; não têm absolutamente qualquer referência ao tempo” (p.192).

Seguindo as perspectivas freudianas, Figueiredo (1997) afirma que a concepção de tempo não se refere exatamente à ação do passado sobre o presente. Ao invés disso, de acordo com Freud, essa concepção corresponde ao esquema da constituição do trauma. Ao tratar sobre a etiologia dos sintomas neuróticos e sobre a noção de trauma, Freud (1896/1996) diz que uma criança pode sofrer uma experiência sexual de efeito traumático. Essa experiência se caracteriza por um caráter prematuro de uma vivência imposta à criança por um adulto sedutor ou por uma criança mais velha (que já tinha sido seduzida). Esta seria a teoria da sedução,

segundo a qual a neurose teria como origem um abuso sexual real: de um lado o adulto sedutor e, de outro, a criança numa situação de “*passividade sexual durante o período pré-sexual*” (Freud, 1896/1996, p.164, grifos do autor). Ressalta-se que essa experiência não é, em si mesma, traumática, pois, em função da imaturidade sexual da criança, a experiência não provoca excitação ou elaboração psíquica por parte da criança. No entanto, quando uma cena atual desperta os traços mnêmicos traumáticos da infância, há uma lembrança dessa experiência. Nesse sentido, o momento traumático se caracteriza por essa lembrança da experiência infantil, ou seja, é o momento em que o indivíduo, após a maturidade sexual, é capaz de dar uma significação a tal experiência.

Dessa forma, a concepção de tempo para a psicanálise é a de uma retroação, ou seja, um primeiro acontecimento só tem seu sentido revelado num tempo posterior, por ocasião de um segundo acontecimento. Em acordo com as ideias freudianas, Figueiredo (1997) diz: “Temos a retroação de um tempo atual sobre o anterior, seja no trauma, na constituição da fantasia, no sintoma ou na cena analítica. É sobre os efeitos de nossos atos e falas, e também dos atos e falas dos sujeitos que podemos trabalhar” (p.126).

Tem-se aí a ideia de posterioridade em Freud que, em última análise, resume o conjunto da concepção freudiana da temporalidade. Essa ideia nos possibilita observar que as elaborações do sujeito ao longo do percurso analítico também se dão num tempo de posterioridade às sessões. A elaboração é um processo, uma exigência de trabalho que o sujeito se impõe “através” da análise, na presença do analista que o faz trabalhar. O analista só tem indícios desse trabalho do sujeito num tempo posterior, a partir das palavras e ações do sujeito. Esse acesso à elaboração ocorre de modo fragmentário e sempre incompleto.

A elaboração ocorre a partir das intervenções do analista e das próprias associações do sujeito. Freud (1914/1996) já afirmava que a elaboração é tarefa do paciente, “tarefa árdua para o sujeito e uma prova de paciência para o analista” (p.171). Isso porque, em relação à elaboração, “o médico nada mais tem a fazer senão esperar e deixar as coisas seguirem seu curso, que não pode ser evitado nem continuamente apressado” (Freud, 1914/1996, p.171). A partir dessas ideias, recorre-se a Lacan quando diz que o analista é o depositário das elaborações e associações que o paciente faz fora da sessão.

Diante desse contexto, Figueiredo (1997) aponta uma questão que é fundamental nessa terceira condição para um trabalho psicanalítico. Tendo como base o processo de elaboração do sujeito em análise, a autora questiona: qual é o teor da incidência do analista nesse processo? Ela responde: “Chegamos à interpretação, onde o analista é supostamente livre para dizer o que quiser. Essa é sua tática” (p.150). Nesse ponto, a autora faz referência ao texto lacaniano “A direção do tratamento e os princípios do seu poder” (1958/1998). É importante recorrermos a ele para esclarecer essas ideias.

Nesse texto, Lacan (1958/1998) trata o poder não como do analista, mas do tratamento, ao mencionar que é o analista e não o paciente quem dirige o tratamento. Por essa direção, o analista paga um preço: paga com palavras, já que suas palavras podem sofrer efeitos de interpretação. Paga com sua pessoa, uma vez que ele a empresta como suporte para a transferência. Paga também com o que há de essencial em seu juízo mais íntimo, já que deve ficar fora de jogo. Um fato curioso é que Lacan associa esses três tipos de pagamentos a algumas liberdades que o analista dispõe e, assim, desenvolve uma versão da clínica inspirada na teoria do general prussiano Karl Clausewitz sobre a guerra como cálculo cujos elementos são: a tática, a estratégia e a política.

O analista se vale desses três elementos na clínica psicanalítica. Sua tática, onde é mais livre, é a interpretação, em que paga com palavras, mas sua liberdade se pauta no manejo que faz da transferência. A estratégia do analista é a transferência, na qual, ao ver se desdobrar sua pessoa pela ação da transferência, deve saber que não é de sua pessoa que se trata. A política domina a tática e a estratégia e é onde ele tem menos liberdade. O analista, em sua política, deve situar-se mais em sua falta-a-ser do que em seu ser. Isso porque ele não domina sua ação sobre o paciente a partir de um saber prévio, mas se orienta pela elaboração de um saber inconsciente, que se produz através da fala.

Lacan (1958/1998) menciona que a interpretação seria um balbucio. Isso poderia remeter à ideia de que a interpretação deve ser pontuada com o menor número de palavras e não é para ser compreendida, mas para produzir algo novo na direção da verdade do sujeito. Segundo Figueiredo (1997), “a interpretação trilha um sentido que se desdobra e se limita em determinado arranjo de significantes produzidos pelo sujeito que tecem e retecem a realidade psíquica marcando os caminhos do desejo” (p.153).

O analisante pode receber as interpretações do analista com surpresa ou familiaridade, perplexidade ou incompreensão. Pode reconhecer algo que lhe diz respeito. Ao ouvir as palavras do analista, o analisando entende o que pode, pois não há uma correspondência unívoca entre o que o analista diz e o que o paciente interpreta. Daí a importância do analista em manejar suas palavras na análise, pois, estabelecida a transferência, essas falas podem ter efeito de interpretação.

Nesse contexto, o que importa, então, mais do que o dito, é o efeito que a intervenção do analista produz no analisando. Há um tempo para essa incidência operar no circuito da elaboração do analisando a fim de produzir uma resposta na via da transferência. Freud

(1913/1996) diz que se a intervenção do analista incidir precocemente sobre algo que o sujeito ainda não pôde dizer, o efeito é a resistência. Freud (1925 [1924]/1996) afirma que “(...) a descoberta da resistência, contudo, constitui o primeiro passo no sentido de superá-la. Assim, o trabalho de análise implica uma *arte de interpretação*, cujo manuseio bem-sucedido pode exigir tato e prática, mas que não é difícil de adquirir” (p. 46, grifos do autor).

A essa terceira concepção, Figueiredo (1997) articula ainda a noção de cura. Após mencionar que esta é uma questão controvertida da psicanálise, a autora introduz a pergunta: “De que o sujeito se cura afinal? (...) Talvez se possa transformar essa pergunta em outra: do que o sujeito padece?” (p.161). De forma sucinta, ela responde: “Se respondemos que ‘ele padece dos acontecimentos da vida com uma intensidade incapacitante’, concluímos que ‘capacitá-lo para enfrentar a vida’ já seria satisfatório. E esta não deixa de ser uma solução prática considerada tanto por Freud quanto por Lacan” (p.161).

Freud (1912a/1996) já havia alertado os psicanalistas quanto às suas ambições terapêuticas de alcançar a cura. Conforme exposto anteriormente, a psicanálise não visa a um modelo ideal a ser alcançado nem propõe ajustar o paciente a um padrão de normalidade. A partir das concepções freudianas e lacanianas, Figueiredo (1997) propõe um norte ao psicanalista para levar a psicanálise à sua finalidade. Isso seria deslocar a dimensão alienante do “destino”, entendido como “destino selado”, para a dimensão de uma separação, para um “destino aberto”. Dessa forma, o analista abre possibilidades para o que antes estava “selado”, mas sabe que sempre resta algo que marca esse destino.

Figueiredo (1997) menciona o desejo do analista como última condição para identificar o trabalho analítico. As questões que norteiam a discussão da autora são: o que faz um analista tornar-se analista? Ou, o que quer um analista? Uma das recomendações deixadas por Freud

(1937/1996) seria a própria análise do analista. Para ele, a condição necessária para se tornar analista é que o analisando deve obter a “convicção firme da existência do inconsciente para perceber em si mesmo coisas de que de outra maneira seriam inacreditáveis” (Freud, 1937/1996, p.265). Portanto, Freud fala sobre a importância da experiência do inconsciente; não como algo místico, mas sim como a experiência do trabalho analítico em sua especificidade na produção de algo novo.

O que Lacan nomeia como desejo do analista é, em última instância, um efeito de análise. Dito de outra forma, o desejo do analista designa o desejo que move alguém em análise – particularmente no período final de análise – a tornar-se analista. Esse mesmo desejo é o instrumento com o qual o analisante que se tornou analista vai operar, por sua vez, na condução do tratamento analítico de seus analisantes. Neste ponto, pode-se retomar Figueiredo (1997) ao afirmar que “até onde se foi na própria análise determina a possibilidade e o limite de fazer operar o dispositivo que constitui o trabalho analítico a partir do desejo do analista” (p.163).

O desejo do analista não se sustenta em nada: é um lugar vazio que o analista oferece ao analisante, um espaço para que aí possa se instalar o desejo do analisante. Segundo as concepções lacanianas, o desejo do analista – como lugar vazio e operador de uma análise – possibilita, num processo analítico, que o retorno dos ditos que provocam a implicação do analisante em suas demandas circule e ponha em causa o que o movimentará enquanto sujeito do desejo.

Em relação às condições mínimas que caracterizam as especificidades da clínica psicanalítica, Figueiredo (1997) resume:

Trata-se de uma clínica que diz respeito à realidade psíquica e, para isso, provoca um modo peculiar de fala que se dá a partir da transferência, numa relação também peculiar com o tempo, visando remanejar essa realidade por sucessivos deslocamentos. (...) E, *last but not least*, há a última condição, postulada por Lacan, que realiza as demais como operadores da clínica, a saber: o desejo do analista (p.126).

2.5 E ENTÃO, QUAL O LUGAR DO PSICANALISTA NO HOSPITAL?

Pensar a psicanálise fora do enquadre clássico não é tarefa fácil, pois, como se observou, Freud não teoriza sobre a inserção da psicanálise fora do enquadre convencional. Esse fato faz com que a clínica psicanalítica constantemente se misture a outros campos do saber. Dessa forma, a extensão da psicanálise exige do analista responsabilidade com sua formação e com a formalização da práxis analítica. Essas exigências são fundamentais para refletirmos sobre as condições de possibilidade para sustentar o lugar do psicanalista no hospital.

A partir das ideias discutidas ao longo deste estudo, apresentamos alguns desafios que o psicanalista enfrenta quando se insere em hospitais gerais. Esses desafios certamente nos convocam ao questionamento sobre a legitimidade da psicanálise nesses locais. Isso porque, diante desses desafios, muitas vezes observa-se uma descaracterização e até mesmo uma alteração dos fundamentos da psicanálise por parte dos profissionais que se dizem psicanalistas. Quando o psicanalista se insere num local marcado pelos critérios de eficácia e por um discurso que visa à restauração da saúde perdida, ele pode levar a psicanálise a se diluir nesses tratamentos que propõem o bem-estar. Nesse sentido, delimitar o lugar do psicanalista a partir da vertente do discurso, da ética e das “condições mínimas” de um trabalho especificamente psicanalítico foi fundamental, já que, no contexto hospitalar, o analista é constantemente convocado a sustentar o lugar da sua prática.

Esta posição não é alcançada apenas por meio dos livros e estudos didáticos, apesar de eles serem essenciais para a construção do saber referencial indispensável na formação. Entretanto, é a partir de sua trajetória de analisando a analista, em seu tempo próprio de elaboração, com avanços e recuos, que o analista pode convir com os pontos essenciais do trabalho psicanalítico no hospital geral.

Dentro desse contexto, cita-se a conclusão de Moretto (2001): “O que um analista pode num hospital, conluo, não é mais nem menos do que ele pode em qualquer lugar. O que um analista pode fazer se aproxima bastante daquilo que ele deve fazer, daquilo que é sua função” (p.207). No entanto, para ocupar esse lugar, o analista precisa estar apto para isso; “ciente da sua função e dos seus limites, é bem provável que ele consiga fazer um trabalho rico e eficaz” (p.207).

A partir daí, observa-se que a aplicação da psicanálise para além dos consultórios privados é viável, mas depende fundamentalmente da implicação do psicanalista nas especificidades dessa clínica e na exigência de um rigor ético de formalização permanente de sua prática. Quando o analista tem clareza de seus propósitos e de sua função, é possível sustentar essa prática fora do enquadre clássico. Conforme Lacan (1953/1998) afirma, a técnica não pode ser compreendida nem aplicada, quando se desconhecem os conceitos que a fundamentam. “Nossa tarefa será demonstrar que esses conceitos só adquirem pleno sentido ao se orientarem num campo de linguagem, ao se ordenarem na função da fala” (p.247).

Ao investigarmos o lugar do psicanalista no hospital, a partir da vertente do discurso, da ética e das especificidades, observa-se que a função do analista nos hospitais é a mesma que a do consultório particular. No entanto, no contexto hospitalar, ele é obrigado a lidar com muitas variáveis que não se apresentam no seu trabalho no consultório. O psicanalista no

hospital se afasta das normas e padrões adotados pelas técnicas convencionais. Ele encontra à sua disposição um conjunto limitado de utensílios e materiais. Além da ausência do tradicional divã, muitas vezes faltam salas para o atendimento ou, embora elas existam, os atendimentos podem também ocorrer nos corredores ou escadarias do hospital. Além disso, o analista no hospital faz parte da equipe e não tem como ele se desprender dela. Em relação aos atendimentos, na maioria das vezes é o analista que vai até o paciente sem ainda ter uma demanda de análise. Nota-se, portanto, que são várias as situações específicas do hospital com que o analista se depara.

Diante dessa discussão, percebe-se que o lugar do psicanalista no hospital pode ser abordado a partir de duas dimensões que não se excluem e, ao mesmo tempo, se articulam: a dimensão da clínica psicanalítica e a dimensão da instituição. Neste capítulo, ao tratarmos o lugar do psicanalista a partir do discurso, da ética e das especificidades da psicanálise, delimitou-se esse lugar a partir da dimensão da clínica. Isso significa que do ponto de vista dessa dimensão, a função do psicanalista no hospital não se distingue daquela que o analista ocupa nos consultórios ou em qualquer lugar onde ele atue.

No entanto, quando esse lugar é investigado a partir da dimensão institucional, ele se torna específico do hospital, ou seja, diferente daquele do enquadre convencional. Isso porque, no contexto hospitalar, o analista precisa lidar com situações particulares desses locais. É importante enfatizar que essas situações devem ser enfrentadas e discutidas a partir dos princípios da psicanálise, isto é, da dimensão clínica. Portanto, trata-se de duas dimensões que estão articuladas.

Seguindo essas ideias, o lugar do psicanalista no hospital precisa ser criado a cada dia de modo que ele possa operar. É um lugar que não se define pela vaga disponível para esse

cargo, pelo espaço físico e nem mesmo pela demanda do médico por um “psicólogo”. É um lugar que não corresponde necessariamente ao lugar em que a equipe o coloca. Ele precisa ser construído a partir do posicionamento do psicanalista no que diz respeito à dimensão de sua clínica e à dimensão institucional. Isso exige do analista condições de sustentar seu discurso e sua ética na interlocução com os outros, possibilitando a transmissão da psicanálise.

Até este momento da pesquisa, investigamos, principalmente, o lugar do psicanalista a partir da dimensão da clínica. Agora, faz-se necessária a discussão sobre o lugar do psicanalista a partir da dimensão institucional. Isso significa pesquisar sobre as diversas situações – aquelas que não se apresentam no consultório – com que o analista é obrigado a lidar quando trabalha num hospital geral. Essas variáveis serão designadas, no próximo capítulo, como particularidades.

CAPÍTULO 3

O LUGAR DO PSICANALISTA NOS HOSPITAIS GERAIS: DIMENSÃO INSTITUCIONAL

No capítulo anterior, demarcamos o lugar do psicanalista no hospital a partir da vertente do discurso, da ética e das especificidades. Designamos essas vertentes como a dimensão clínica do lugar do analista no contexto hospitalar e concluimos que, nesse âmbito, a função do analista é a mesma que nos consultórios particulares ou em qualquer outro espaço que ele atue.

Todavia, ao considerarmos as situações particulares que envolvem o analista na instituição hospitalar, sua função se torna específica desse local. No capítulo II, vimos que quando tratamos o lugar do analista a partir da dimensão institucional, sua função não é a mesma que a dos consultórios, ainda que ele trabalhe com os mesmos conceitos. Isso porque o analista vai lidar com variáveis que se distanciam do enquadre convencional. Neste capítulo, essas situações variáveis serão designadas como particularidades da clínica psicanalítica no hospital.

Portanto, o objetivo deste capítulo é investigar o lugar do psicanalista a partir do que designamos como dimensão institucional. Ressalta-se que discutir sobre essa dimensão implica, necessariamente, também tratar da dimensão clínica, pois é aí que se encontram os arcabouços teóricos da psicanálise.

3.1 CRIATIVIDADE DO PSICANALISTA: CONDIÇÃO MÍNIMA?

Vimos que Figueiredo (1997) empregou o termo “condição mínima” para caracterizar as especificidades da clínica psicanalítica, independentemente do contexto onde o psicanalista se insere. No entanto, neste momento, a proposta é utilizar o termo “condição mínima” para pensar o trabalho analítico num contexto específico, que é o hospital geral.

Na instituição hospitalar, o analista lida com muitas variáveis que não se apresentam no consultório. Em função dessas variedades, o psicanalista no hospital constantemente se depara com situações imprevisíveis, mas que, ao mesmo tempo, convocam seu trabalho. Para que esse trabalho seja possível, é preciso contar com sua criatividade; com a capacidade de produzir recursos simbólicos para a instauração dos dispositivos analíticos, visto que tais recursos são precários no hospital. Dito de outra forma, diante das surpresas provocadas pelas situações do cotidiano hospitalar, é imprescindível o saber fazer do analista no que concerne às condições para que a prática do trabalho analítico seja possível.

Neste ponto, introduziremos a hipótese de que essa criatividade é uma “condição mínima” para que o trabalho do psicanalista no hospital seja viável. A partir da prática, é possível mencionar situações que nos levam a considerar a hipótese proposta. A reflexão desses acontecimentos articulados à criatividade tem como referência a ideia lacaniana de que toda criação se faz a partir de um vazio, uma vez que ela busca contornar esse *ex nihilo*. A criação introduz algo novo no que existia antes. No entanto, essa novidade ou o objeto criado é incapaz de recobrir todo o vazio, pois este é parte integrante da criação que vai contorná-lo. Conforme veremos adiante, o analista no hospital, por meio do ato criativo, vai justamente contornar esse nada, uma vez que isso se torna condição mínima para prática do seu trabalho.

Nos hospitais, podemos relacionar esse vazio, o nada, a partir de dois aspectos: o primeiro seria a precariedade de recursos simbólicos para a instauração dos dispositivos analíticos. Por exemplo, muitas vezes faltam salas para o atendimento ou mesmo quando elas existem, o atendimento pode acontecer nos leitos, nas enfermarias, no necrotério, nas escadarias, etc. Isso significa que o atendimento pode ocorrer em diversos lugares no hospital, no entanto, é fundamental que o analista crie condições para a instauração dos dispositivos analíticos.

O segundo aspecto a que podemos relacionar o vazio seriam as situações imprevisíveis, de urgência e de crise. Diante dessas circunstâncias, a criatividade é essencial para que o trabalho se dê. Por exemplo, pode acontecer de o analista estar atendendo um paciente e um médico chegar para examiná-lo. Dependendo da gravidade do caso, às vezes, é preciso que o analista interrompa o atendimento justamente num momento importante do processo analítico. Pode acontecer também que o analista esteja atendendo um familiar no momento em que o paciente falece, ali, na sua frente. Ou ainda, que o psicanalista seja abordado, nas escadarias do hospital, pela equipe da enfermagem para atender um familiar que está “aos berros” no corredor, pois o paciente acabou de sofrer uma parada cardíaca e o familiar precisou sair do quarto para que ele fosse atendido. Recorremos também às diversas situações dos familiares no CTI em que muitas vezes o psicanalista precisa se aproximar – ou até criar situações para isso ocorrer – e oferecer sua escuta, pois dali pode surgir uma demanda. Mencionamos ainda aquelas situações em que o paciente é atendido em enfermarias com várias pessoas internadas no mesmo local e que começam a ouvir o atendimento dele – chegando até a oferecerem conselhos e opiniões.

Todas essas circunstâncias nos levam a perceber quanto o analista se afasta dos padrões de um consultório particular. Apesar de sua criatividade também ser condição fundamental para a prática nos consultórios, o trabalho nos hospitais requer uma maior atividade do analista quanto à criação. Talvez isso se justifique exatamente pelas diversas situações imprevisíveis, pela precariedade de condições simbólicas para sua prática e pela presença maciça do real, que aí aparece de forma escancarada. São situações que apontam para o vazio e, conseqüentemente, para a possibilidade de criação. Dessa forma, considera-se a criatividade do analista como uma “condição mínima” para que o trabalho analítico se estabeleça na instituição hospitalar. É possível localizar essa capacidade do psicanalista aqui descrita como uma particularidade do trabalho analítico no hospital.

3.2 O PSICANALISTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O psicanalista no hospital não atua sozinho, como no consultório particular. O analista faz parte de uma equipe multiprofissional da qual não pode se desvencilhar. Ele é visto pelo paciente como um membro da equipe, por isso, o que ocorre na clínica com o analista tem consequência na relação do paciente com a equipe, e desta com o analista. Por ter como referência um discurso e uma ética diferentes dos outros profissionais da equipe, é muito importante que o psicanalista tenha clareza da sua função, para que sua condução não se misture com as outras práticas.

Assim como a entrada do psicanalista no hospital não depende da estruturação de vagas disponíveis nem de um contrato, o seu lugar na equipe de saúde também não depende disso. É um lugar que não existe *a priori* e se dá ao longo da construção de uma relação transferencial com a equipe. Para a construção desse lugar é fundamental que o analista

ofereça seu trabalho. Isso porque são mínimas as chances de a equipe fazer demanda à psicanálise se esta não lhe for ofertada, ou seja, é preciso que o psicanalista inserido numa instituição hospitalar faça oferta da psicanálise para criar uma demanda específica.

A construção do lugar do psicanalista na equipe depende, entre outras coisas, do tipo de demanda que a equipe lhe dirige e da maneira como o analista responde a ela. O desafio é acolher essas solicitações, mas saber recuar quando for necessário, pois nem toda demanda requer a intervenção do analista – como, por exemplo, um pedido para acalmar, convencer ou eliminar algum fenômeno psíquico –, mas certamente indica uma dificuldade da equipe em lidar com a subjetividade do paciente.

Apesar de a medicina e a psicanálise tratarem de discursos e de éticas diferentes, vimos que é viável um trabalho entre esses dois campos. Entretanto, a partir da prática no hospital, observa-se que muitas vezes essas diferenças sobressaem, principalmente, nas conduções clínicas. Nesses casos, o analista é convocado a assumir seu discurso e sua ética perante outros fundamentos que prevalecem no hospital.

Na presença de outros campos que se distinguem da clínica psicanalítica, o posicionamento do analista é o de transmitir a psicanálise – o termo transmissão é aqui designado não como um ensino ou um saber único e total a ser atingido. A transmissão da psicanálise se articula ao próprio discurso do psicanalista, onde se produz o impacto da destituição de um saber completo, possibilitando a produção do singular e o aparecimento do desejo – observando o particular de cada caso. A partir do momento em que o psicanalista entra no hospital, há uma espécie de extensão da escuta psicanalítica e, nesse sentido, cabe ao analista tornar a psicanálise presente no mundo.

De fato, essa transmissão é um desafio para o analista no hospital. Isso porque ele vai transmitir, entre outras coisas, a noção de singularidade do sujeito para profissionais que tendem a padronizar o sofrimento e praticamente se recusam a pensar nas particularidades. Muitas vezes, as concepções psicanalíticas podem ser úteis ao médico que passa a perceber, por exemplo, as diferenças entre as ações de um paciente, do ponto de vista comportamental, e sua posição subjetiva frente à doença, que o implicará no seu tratamento. Obedecer às regras diante de uma doença não é a mesma coisa que estar implicado em seu tratamento.

Apesar das tentativas da equipe de enquadrar o sujeito a um determinado padrão de doença, existem maneiras singulares de o sujeito se relacionar com sua patologia. A maneira inédita pela qual cada paciente apresenta sua doença é recebida pela equipe como uma interferência no ritmo normal do tratamento. Esses escapes do sujeito frente àquilo que era esperado deixam a equipe transtornada em relação à condução do tratamento. É nesses momentos que a presença do psicanalista também pode ser solicitada pela equipe.

Essa situação surge como um desafio para a equipe, já que o saber acumulado por cada profissional não é capaz de dar conta da relação particular do paciente com sua doença – aquela que escapa a qualquer tipo de enquadramento, de padrões de normalidade. Manter tal impasse pode proporcionar uma circulação de hipóteses formuladas pela equipe com a finalidade de construir um saber não-todo acerca de como tratar um paciente que tem determinada patologia, levando em consideração o particular de cada caso. Trata-se de construir um saber possível que inclua o impossível de saber, uma vez que o sujeito pode sempre escapar ao comportamento padrão da doença.

Por outro lado, pode acontecer também de a equipe resistir às concepções psicanalíticas ou não levar em consideração a tentativa de transmissão da psicanálise. Nesse

caso, observa-se que os médicos permanecem presos aos subsídios teóricos do seu discurso e da sua ética. Dessa forma, não há articulação possível com a psicanálise, que se fundamenta em outra metodologia. De fato, eles nada querem saber sobre o que tem a dizer um outro discurso diferente do seu.

Diante desse impasse, talvez caiba ao analista transmitir a psicanálise até onde exista uma demanda de saber por parte dos médicos. Esse é um ponto fundamental para a transmissão da psicanálise no hospital. Lacan (1959-1960/2008) nos lembra que “os limites éticos da análise coincidem com os limites de sua práxis” (p.32), uma vez que essa práxis ocorre num campo de linguagem e se desenvolve a partir de um querer saber do analisando – ressalta-se que aqui estamos aproximando o médico do analisando apenas no que diz respeito aos seus posicionamentos para que o discurso analítico opere. Entretanto, são nesses momentos de impasses que muitos analistas abrem mão dos princípios psicanalíticos e se deixam levar pelo discurso e pela ética do médico. Alguns chegam a enfatizar a impossibilidade da psicanálise no hospital.

No entanto, se considerarmos a ideia lacaniana de que o analista é efeito do seu discurso, a possibilidade da psicanálise no hospital decorre da maneira pela qual o analista sustenta seu discurso e as especificidades da sua clínica. Caso contrário, a psicanálise perde sua eficácia. Além disso, afirmar que é impossível utilizar a psicanálise no hospital porque este é um espaço onde prevalecem o discurso e a ética do médico, seria colocar a psicanálise no lugar de ideal. Seria também desconsiderar as diferenças e voltar-se para um discurso universal. Portanto, usar a psicanálise no contexto hospitalar é um convite para a inscrição do discurso analítico na interface dos outros discursos no mundo, e verificar seus efeitos. “Não temos outro designo senão advertir os analistas sobre o deslizamento sofrido por sua técnica,

quando se desconhece o verdadeiro lugar em que se produzem seus efeitos” (Lacan, 1958/1998, p.618).

Entretanto, toda essa situação é um grande desafio para o analista, que muitas vezes é um empregado do hospital, pode estar subordinado a uma hierarquia médica à qual ele deve prestar explicações sobre seus atos e afirmações. Seja como for, o analista deve operar a partir do que advém da clínica, que são tanto as palavras e as ações de cada paciente quanto os efeitos de sua intervenção. Daí ele pode extrair indicações que sustentam a direção do seu tratamento, e caso seja necessário, pode prestar contas de sua clínica.

Figueiredo (2010) recorre a três indicações da psicanálise para o trabalho em equipe na saúde mental – apesar de a autora se referir a essa área, é possível utilizar e transpor suas ideias para o hospital geral. A primeira indicação é em relação à posição subjetiva dos profissionais como aprendizes da clínica. Isso significa uma posição, *a priori*, esvaziada de saber possibilitando a palavra ao sujeito e a circulação de um saber outro que não o da equipe.

A segunda indicação é a organização da equipe a partir da transferência de trabalho, que propicia esse trabalho com responsabilidade partilhada e não apenas transferida para o outro. A terceira indicação é a construção do caso, que se dá a partir das palavras do próprio sujeito e não do saber acumulado pelos profissionais. Segundo Figueiredo (2010), o caso é sempre uma construção sobre o que se recolhe do sujeito:

As indicações da psicanálise para o trabalho em equipe se ampliam e se pulverizam na tessitura da rede, como em um mosaico. A partir daí devem ser recolhidos os elementos como pedaços, ou mesmo estilhaços, para tecer o “caso”. O processo se complexifica em “construção-circulação-construção” (p.16).

Essa circulação a qual a autora se refere é uma maneira permanente de construção do caso. Mas, para que o caso seja, de fato, um saber em construção e para que o trabalho sob orientação psicanalítica opere seus efeitos de sujeito, é necessária uma condição: deve existir pelo menos um psicanalista entre os profissionais, para que assim seja sustentada a experiência a partir do sujeito que há em cada caso. Esse analista deve exercer a função de supervisão, “que é um modo de transmissão desse ‘saber fazer no ato’, em um fazer-junto” (Figueiredo, 2010, p.17). Se não for assim, completa a autora, “nos enredaremos em terapias e pedagogias infundáveis na busca de normatizar, regular e controlar o que escapa incessantemente” (p.17).

3.3 ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O TEMPO DE ANÁLISE NOS HOSPITAIS GERAIS

Refletir sobre a noção de tempo em análise no contexto hospitalar possibilita a abertura de algumas questões que serão apresentadas ao longo deste tópico. Para isso, retomaremos alguns pontos teóricos sobre o tempo em Freud e em Lacan que nos auxiliarão a desenvolver nossas indagações. Estas se articulam, principalmente, com a noção de tempo lógico, sessões curtas e corte analítico. Conforme será discutido a seguir, essas concepções nos auxiliam a sustentar a prática da psicanálise nos hospitais gerais.

3.3.1 O tempo lógico

A noção mais comum do tempo é a de um tempo espacializado, linear ou cíclico, que tem apenas uma dimensão, a da duração. No entanto, na teoria psicanalítica, Freud subverte essa noção de tempo, já que o inconsciente funciona na contramão da ordem cronológica, linear e evolutiva. Ele afirma que o inconsciente é atemporal. Isso significa que os processos

inconscientes constituídos pela articulação da pulsão às representações não sofrem a ação do tempo, ou seja, eles não se alteram com a passagem do tempo.

No capítulo II, vimos que a noção de tempo corresponde ao esquema da constituição do trauma. Isso significa que o tempo em psicanálise equivale a uma retroação, isto é, um primeiro acontecimento tem seu sentido revelado num tempo posterior, após surgir um segundo acontecimento. Nesse sentido, ao formular a temporalidade do inconsciente, Freud (1915b/1996) afirma que o inconsciente tem um modo próprio de funcionamento que é por retroação, *a posteriori*. Portanto, os termos retroação e atemporalidade se referem a duas maneiras de o inconsciente se mover no tempo e resumem à concepção freudiana de temporalidade.

Lacan (1966c/1998) vai tratar sobre a questão do tempo em “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada”. Esse texto é fundamental para a clínica e essencial no ensino de Lacan, que faz vários retornos a essa referência, remanejando e atualizando, a cada vez, os seus desdobramentos e consequências de acordo com o movimento de suas elaborações teóricas. Nesse escrito, Lacan (1966c/1998) denuncia aqueles que designam o tempo como uma concepção espacializada que tenha apenas uma dimensão, direcionada para medida e para duração. Sua crítica seria em relação a um tempo dependente da espacialização.

Porge (1998), ao tratar sobre a noção de tempo e psicanálise, diz que Lacan, ao introduzir sua concepção de tempo lógico no que diz respeito à experiência subjetiva, afirma que, nesse caso, o que está em jogo é uma questão de lógica e de tempo, e não uma lógica do tempo. O autor esclarece:

Não se trata tanto de situar os acontecimentos lógicos em função do tempo (o que é o objetivo de uma lógica do tempo), mas de tomar o tempo como acontecimento lógico,

que por si mesmo engendra uma certeza. O valor de verdade da conclusão do *tempo lógico* depende de tempos, de instâncias temporais objetivadas (Porge, 2008, p.78, grifo do autor).

Lacan (1966c/1998), portanto, recusa a unidimensão do tempo e relaciona os fundamentos da temporalidade da experiência subjetiva com a lógica, a partir de três tempos que serão apresentados no sofisma dos três prisioneiros: o diretor de um presídio comunica a três prisioneiros a possibilidade de sua liberdade, desde que eles consigam passar por uma prova. Ele mostra cinco discos para os prisioneiros que se diferem por sua cor, três brancos e dois pretos, e fixa um disco nas costas de cada um dos detentos, sem que eles saibam qual a cor fixada em si mesmos. Nesse sentido, eles teriam que deduzir a cor do disco sem vê-la, baseando-se somente nos discos dos outros dois prisioneiros. O diretor prende os três discos brancos nas costas dos prisioneiros e diz que o primeiro que deduzir sua própria cor é quem deverá se beneficiar da liberdade. Comunica ainda que a conclusão deveria ser fundamentada em motivos de lógica, e não apenas de probabilidade. Após um tempo, os três prisioneiros, explicam ao diretor o mesmo raciocínio lógico, respondendo (digamos que quem sai é o prisioneiro A): eu sou branco porque vejo que B e C são brancos. Os três detentos conseguem a liberdade.

No sofisma, os três prisioneiros conseguem a liberdade após um percurso lógico apresentado por Lacan (1966c/1998), que o designa como modos diferentes da instância do tempo: o instante de olhar, o tempo para compreender e o momento de concluir. Em relação ao instante de olhar, o autor menciona: “*Estando diante de dois pretos, sabe-se que se é branco*” (p.204, grifos do autor), ou seja, a lógica tem valor instantâneo de sua evidência e seu tempo de fulguração seria igual a zero. Trata-se do instante em que o sujeito se depara com o real. Neste tempo, o sujeito em questão é o impessoal, sob a forma do “sabe-se que...”.

O segundo momento, o tempo para compreender, é marcado pela hipótese e pela intuição: “*Se eu fosse preto, os dois brancos que estou vendo não tardariam a se reconhecer como sendo brancos*” (Lacan, 1966c/1998, p.205, grifos do autor). Esse tempo supõe a duração de um tempo de meditação: o raciocínio de A que vem colocar-se no lugar dos outros e refletir: “*Se eu fosse preto, ele teria saído sem esperar um instante. Se ele continua meditando, é porque sou branco*” (p.205). Temos aí o sujeito indefinido, recíproco, pois implica esses dois outros (os brancos que vejo). Esse sujeito é mais da ordem do eu imaginário, que se espelha no outro. É um sujeito que se aliena e se identifica ao significante do Outro. Lacan afirma que esse tempo assim objetivado é incomensurável e pode se reduzir ao instante de olhar.

A terceira fase do movimento lógico, o momento de concluir, é o prosseguimento do tempo de compreender. Ele é designado pela seguinte evidência: “*Apresso-me a me afirmar como branco, para que esses brancos, assim considerados por mim, não me precedam, reconhecendo-se pelo que são*” (Lacan, 1966c/1998, p.206, grifos do autor). Temos aí uma *asserção sobre si*, através da qual o sujeito conclui o movimento lógico na decisão de um juízo que é manifestado por um ato.

Essa última instância do tempo é o momento de concluir o tempo para compreender que prossegue no sujeito como uma reflexão que se apresenta subjetivamente como se fosse um tempo de demora em relação aos outros. Isso significa que o sujeito apreendeu o momento de concluir diante da evidência subjetiva de um tempo de atraso que o apressa a sair – a pressa se apresenta como a urgência do momento de concluir. Se o sujeito não apreender esse momento, permanecerá, diante da evidência objetiva da saída dos outros, com a conclusão

errada de que é preto. Lacan (1966c/1998) apresenta esse momento como uma iluminação que eclipsa a objetividade do tempo para compreender.

A lógica que perpassa pelo momento de concluir seria: se o prisioneiro não concluir logo, poderá ser passado para trás pelos outros dois e não poderá mais vir a concluir que é branco, perdendo assim sua liberdade. Se os outros acertarem, ele não terá mais tempo. Portanto, é na urgência do movimento lógico que o sujeito precipita seu julgamento e seu ato. Esta é a função da pressa.

O sofisma demonstra que, se no tempo para compreender o raciocínio que antecede uma decisão pode-se elaborar uma lógica intersubjetiva, o momento de concluir ocorre num instante de decisão em que o sujeito se desprende da suposição atribuída ao outro. Nesse sentido, é no momento da hesitação dos outros prisioneiros, na suspensão de seu saber, que se precipita à decisão num ato que confirma e produz a asserção do sujeito. O momento de concluir é o ato do sujeito quando, após o tempo para compreender que não há como assegurar no Outro um saber sobre si mesmo – momento lógico de dedução da impossibilidade de resposta no Outro –, ele se separa, ato que cumpre sua asserção de sujeito.

Na asserção subjetiva – “eu sou branco” –, o sujeito atinge uma verdade que se manifesta “como antecipando-se ao erro e avançando sozinha no ato que gera sua certeza” (Lacan, 1966c/1998, p.211). A asserção só pode ser verificada na certeza, pois se o sujeito ficar na dúvida – “sou branco ou sou preto?” – não poderá constatá-la. Na asserção, o que constitui a singularidade do ato de concluir é a antecipação da certeza; daí o termo proposto por Lacan (1966c/1998) “certeza antecipada”.

A antecipação da certeza é motivada pela tensão temporal e se confirma numa precipitação lógica que determina a descarga dessa tensão para chegar-se à conclusão do

sofisma. Dessa forma, se o prisioneiro se apressa a concluir é pelo temor de que o atraso acarrete erro e que esse erro seja decisivo para ele continuar preso. O que se evidencia é que a tensão traz em si a certeza e, no ato de concluir, trata-se de arrancar a certeza implicada nessa tensão.

Porge (1998) afirma que essa certeza não é um julgamento dedutivo nem uma *theoria* (contemplação) que conduz para um ato racional. A certeza “está ligada a uma lógica da ação; mais ainda, ela é antecipada por essa ação, o ato de concluir” (p.78). Ele acrescenta que, em síntese, “o tempo lógico não é tanto uma lógica do tempo, mas uma *lógica do ato*. Uma lógica do ato determinada, não pelo tempo, mas *pelos tempos*” (Porge, 2008, p.78, grifos do autor).

No momento de concluir, o sujeito do enunciado – “eu sou branco” – coincide com o sujeito da enunciação. Isso se relaciona com o sujeito da asserção; aquele que se declara o que é através da asserção sobre si.

Após essa breve exposição dos três tempos lógicos em Lacan, podemos retomar o contexto hospitalar. Nesse local, diante das situações de urgência e de crise – proporcionadas pelo imprevisto, pela doença, pela possibilidade de morte – observa-se a permanência do instante de olhar, sem que se arme a passagem lógica ao tempo de compreender¹⁰ (Jerusalinsk, 2000). Nesse momento, podem surgir algumas frases de pacientes e familiares, tais como: “Eu não sei o que está acontecendo comigo”, “O médico já tentou me explicar o que ocorreu com meu pai, mas não consigo entender”, “Como isso pôde acontecer? Onde foi que errei?”. Essas frases demonstram a perplexidade diante de um evento inesperado. Isso nos conduz a retomar a afirmação de Lacan (1966c/1998) de que no instante de olhar, o tempo de

¹⁰ Apesar de Julieta Jerusalinsk (2000) apresentar essa ideia a partir da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, é possível utilizar e transpor essa concepção para os outros setores do hospital.

fulguração é igual a zero, revelando a evidência dos fatos e, ao mesmo tempo, a surpresa e o embaraço de um sujeito impessoal diante do real em jogo.

Diante desse contexto, o psicanalista tem a função de possibilitar a passagem para o tempo de compreender, já que o sujeito fica preso no instante de olhar. Na urgência, há uma ruptura que se faz do lado do paciente e de seus familiares quando são lançados ao desamparo. A verdade fica escancarada e o sujeito instaura um tempo fora do simbólico. Diante disso, podemos citar duas situações que são frequentes no cotidiano do hospital. A primeira é que o sujeito pode ficar literalmente estagnado neste instante de olhar, tomado pelo registro do real e impossibilitado de prosseguir para o tempo de compreender.

A segunda situação propiciada pela urgência é que o sujeito desamparado, preso no instante de olhar, apressa-se para chegar ao momento de concluir – muitas vezes de forma desesperada e buscando soluções rápidas e eficazes – com o objetivo de sanar seu desamparo. É importante ressaltar que, nesse caso, essa pressa atrelada a uma demanda de conclusão é diferente da função da pressa que precipita a certeza do sujeito. Enquanto que nesse último caso o sujeito passa pelo tempo de compreender e daí precipita uma certeza, no primeiro caso é como se o sujeito não desse espaço para esse tempo. O que está em jogo aí parece ser mais da ordem de uma conclusão antecipada – no sentido de querer eliminar o sofrimento a todo custo, uma vez que isso pode aparecer, por exemplo, através das atuações suicidas – do que de uma certeza antecipada, tal como trabalhada por Lacan (1966c/1998).

Diante da demanda de concluir instalada na urgência, o psicanalista instaura uma pausa na pressa, privilegiando o tempo para compreender o que se passa com aquele sujeito. Isso pode ter como efeito, por exemplo, o resgate e a reintrodução do sujeito no encadeamento simbólico do qual foi destituído. Ao manejar a passagem do instante de olhar para o tempo de

compreender, o analista propicia espaço para o movimento dos tempos lógicos propostos por Lacan. É a partir daí que vai se dar o momento de concluir. Dessa forma, o sujeito passa da ânsia da conclusão antecipada para o tempo de compreender e assim prosseguir com o momento de concluir.

3.3.2 O encurtamento das sessões

O tempo que o paciente permanece no hospital muitas vezes não coincide com o tempo necessário para que ele passe por uma análise propriamente dita. Apesar disso, o curto período de tempo em que o paciente permanece internado não é uma impossibilidade para que uma psicanálise se inicie e tenha seus efeitos. Tanto nesse tópico quanto no próximo o objetivo é discutir sobre essas questões relacionadas ao tempo e que, a princípio, poderiam inviabilizar a psicanálise na instituição hospitalar.

O trabalho analítico no hospital, geralmente, não avança além de um primeiro tempo, no qual há uma análise iniciada e que deve obedecer às suas condições, mas que em muitos casos é interrompida em função da alta do paciente – em alguns casos, os pacientes continuam o processo de análise nos consultórios. Nesse sentido, o objetivo primeiro do analista no hospital não é buscar estabelecer as condições necessárias para o desenvolvimento de uma análise, mas de oferecer para que um encontro com o analista seja possível. Esse encontro pode propiciar intervenções analíticas que gerem efeitos que levam à mudança de posicionamento do sujeito diante da finitude, da castração, da morte. Na prática, nota-se que não é preciso um longo período de atendimento para que as intervenções tenham seus efeitos. Observam-se esses efeitos por meio de retornos de pacientes que chegam buscando aquele

analista. Esses retornos podem ocorrer em dias, meses ou anos. Assim, no hospital, podemos falar mais de intervenções analíticas do que de análise propriamente dita.

O psicanalista, ao trabalhar com o tempo lógico – tempo operador da análise, que decorre da atemporalidade do sujeito do inconsciente –, tem como referência a concepção de que cada sessão é única, ou seja, cada sessão terá um final de análise, o momento de concluir tal como trabalha Lacan (1966c/1998). Essa noção é fundamental para pensarmos os atendimentos nos hospitais, já que as internações podem ser breves.

Outra concepção que nos auxilia a sustentar a psicanálise nos hospitais, e que também se relaciona ao tempo lógico, é a referência lacaniana das sessões curtas. Na história do movimento psicanalítico, Lacan rompe com e denuncia a padronização do tempo de sessão sustentado pela IPA, de 50 minutos. Em contraposição a essas normas estabelecidas, ele propõe que o analista se oriente pelas palavras do analisando e, assim, ele ressitua a experiência psicanalítica na função da fala e no campo da linguagem. O psicanalista passa a trabalhar com o que foi designado como sessões curtas, ou seja, com o tempo variável das sessões.

A sessão de tempo variável pressupõe a temporalidade do inconsciente, o *a posteriori*, estrutura que não se confunde com a dimensão espacial do tempo. Ao recorrermos ao axioma lacaniano de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, temos que o inconsciente está na própria fala do analisando e cabe ao analista fazer com que ele exista. Essa existência pode ocorrer através das pontuações, das intervenções e do corte do analista. Nesse sentido, as sessões curtas têm uma função fundamental numa clínica que tem como referência a psicanálise.

O encurtamento das sessões visa a precipitar no sujeito o momento de concluir – asserção subjetiva –, para que o sujeito se declare com seu ato. O momento de concluir é um momento de separação do sujeito em relação à determinação do Outro, uma dedução da impossibilidade de resposta do Outro. Com o objetivo de fazer a passagem do sujeito do tempo para compreender ao momento de concluir, o analista, por meio das suas intervenções, pontuações e cortes, aponta para a falta de significante no campo do Outro. É a partir dessa falta que o sujeito antecipa sua certeza e se declara através do seu ato.

O analista que trabalha com sessões curtas e de tempo variável aponta, justamente, para essa falta de significante no Outro que responde pelo ser do sujeito. De fato, não é o tempo do relógio ou o tempo fixo das sessões que revela isso, pelo contrário, esse tempo visa à completude do Outro e implica em sustentar um Outro consistente que garante um sentido final e absoluto. É por considerar a inconsistência do Outro que o psicanalista lacaniano trabalha com as sessões sem tempo determinado.

Os atendimentos no hospital são marcados por momentos em que o nascimento de um lado e a morte de outro convivem a cada instante. Diante disso, podemos apresentar uma situação do cotidiano hospitalar que se relaciona com o uso do tempo analítico nos hospitais. Essa situação se refere ao paciente terminal, beirando a morte. Muitas vezes dizem que não há o que fazer com esses pacientes devido à concretização real da castração. Talvez isso se relacione com a ideia freudiana de que a morte seria o limite do analisável, o inassimilável. Entretanto, o paciente terminal pode demandar a presença de um psicanalista. A demanda desses pacientes, geralmente, não é propriamente de análise, mas de algo para lidar com a angústia frente à morte. Se considerarmos que não trabalhamos com o tempo cronológico, que

implica na duração da vida/morte, por exemplo, mas com o tempo lógico, então, não devemos recuar diante da demanda desses pacientes.

Trabalhar com o tempo lógico é considerar o sujeito do inconsciente, a finitude, a inconsistência do Outro. O analista, ao oferecer sua escuta aos pacientes terminais, como um Outro que possibilita a fala, propicia formações simbólicas diante do real da morte. Esses pacientes, muitas vezes, são tomados pelo real escancarado e que acarreta efeitos por vezes destrutivos decorrentes da dispersão da pulsão de morte devido à ruptura violenta dos seus laços. Quanto a isso, podemos retomar Lacan (1959-1960/2008) quando afirma que apesar do caráter destrutivo da pulsão de morte, ela também pode agir como potência criadora, impondo novos começos ou novas articulações significantes. Nesse caso, a função do analista pode ser justamente a de propiciar essa dimensão criativa ao invés de deixar que os efeitos destrutivos da pulsão de morte tomem conta do sujeito. Assim, o nascimento e a morte, que se encontravam em lados opostos, podem se aproximar, ainda que de forma branda.

A introdução na sessão analítica da estrutura temporal da certeza antecipada define o tempo de análise como contraponto ao tempo do neurótico (Lacan, 1953/1998). O neurótico, cada um a sua maneira, revela dificuldade em agir: é sempre tarde demais ou ainda não é chegada a hora. Há sempre uma forma de escapar do encontro com seu desejo, seja por meio de fuga, vacilação, procrastinação. Por isso, eles reclamam tanto das sessões curtas e dizem que o tempo nunca é suficiente. Ao entrar numa sessão sem saber quanto tempo ela vai durar, o sujeito fica sob o impacto da pressa, o que precipita o momento de concluir.

Assim, se considerarmos que as sessões curtas implicam numa função essencial para a clínica psicanalítica e que os possíveis efeitos analíticos decorrentes das intervenções do

analista podem ocorrer em poucas sessões, a duração do tempo de internação de um paciente no hospital não é um requisito que impede a viabilidade da psicanálise nos hospitais.

3.3.3 As escansões significantes e o corte das sessões analíticas

Lacan (1966c/1998) introduz o termo “significante” para designar as escansões do tempo lógico. Segundo Porge (1998), Lacan escolhe esse termo para dar conta de alguma coisa cuja importância precisamos captar. Afirma que, num certo momento dos três tempos, algo se produz que não era dado antecipadamente. Essa produção é algo fundamental e remete a um ponto de parada, de escansão. Nas palavras de Lacan (1966c/1998) sobre as escansões ou moções suspensas, “A razão de elas serem significantes é constituída, não por sua direção, mas por seu *tempo de parada*” (p.203, grifo do autor).

Porge (1998), ao discutir essas concepções lacanianas, pontua que Lacan reserva o termo significante apenas para o tempo de parada – ou seja, ele não usa esse termo para designar os três tempos do tempo lógico. Ele diz: “o significante engendra o sujeito e os três tempos realizam *formas* do sujeito, às quais proponho reservar o nome de subjetivação” (Porge, 1998, p.101, grifos do autor). O sujeito pessoal do movimento lógico assume essas formas em cada um dos tempos do tempo lógico, como vimos: no instante de ver, sujeito impessoal; no tempo para compreender, os sujeitos recíprocos; e no momento de concluir, sujeito da enunciação.

A escansão é um momento de verificação de uma transformação, aquela na qual uma subjetivação pôde se realizar. O valor crucial da escansão, diz Lacan (1966c/1998) é “o do movimento de verificação instituído por um processo lógico em que o sujeito transformou as

três combinações¹¹ possíveis em três *tempos de possibilidade*” (p.203, grifo do autor). Esses tempos de possibilidade são os três tempos do tempo lógico. O sofisma preserva, no processo lógico, o valor de duas escansões, sendo que cada uma delas objetiva um tempo: a primeira, no tempo para compreender; a segunda no momento de concluir.

O termo escansão é da análise poética e significa pontuar, sublinhar, ritmar, pronunciar, destacando as sílabas ou os grupos de palavras. No entanto, nas concepções lacanianas, o termo escansão se aproxima do termo corte, que se refere ao corte da sessão em função da fala do analisante. Na experiência analítica é fundamental que o corte da sessão tenha uma estrutura de escansão. Lacan (1953/1998) menciona que a suspensão da sessão ou o corte desempenha o papel de uma escansão, que tem todo valor de uma intervenção, precipitando os momentos conclusivos.

Na experiência analítica, um ponto importante a se considerar é como o analista pode, através de suas intervenções, cortar as hesitações do sujeito e precipitar um efeito de verdade. O analista, ao apontar suas intervenções como corte do discurso do sujeito, introduz uma descontinuidade na cadeia significante. Essa descontinuidade, escansão, ruptura, visa ao momento lógico de dedução do sujeito da impossibilidade de resposta do Outro, precipitando a certeza do sujeito através do seu ato. Com efeito, em última análise, temos que a intervenção do analista como corte produz o momento de concluir do analisante a partir de sua asserção subjetiva.

O corte da sessão pela intervenção do analista com sua presença no discurso do analisante, além de apontar para a descontinuidade da cadeia significante, faz aparecer uma dimensão fora do significante, exterior a linguagem. Trata-se aí do objeto *a*, que é aquele

¹¹ No texto “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada”, Lacan (1966c/1998) descreve detalhadamente essas três combinações de cores para a solução do sofisma. Essas combinações passam a ser os três tempos do tempo lógico.

objeto que, estando fora da cadeia, a orienta. É o objeto *a* que sustenta a metonímia do discurso, de significante em significante; ele rola na cadeia e só pode corresponder ao intervalo do significante.

Esse intervalo pode ser marcado pelo corte da sessão, que será da ordem da interpretação na medida em que visa ao objeto *a* como causa de desejo. É nesse sentido que o corte da sessão faz surgir a dimensão do desejo, que se apresenta sempre como uma questão, um enigma: questão sobre um desejo que aparece como desejo do Outro sob a forma da pergunta “que queres?”.

O corte da sessão, ao apontar para a ruptura da cadeia significante, faz surgir a dimensão desse intervalo entre os significantes apontando para um furo que esvazia o sentido. A suspensão da sessão constitui uma escansão, não do significante, mas do seu intervalo, indicando o não sentido, a falta no Outro, ponto onde pode objeto *a* aparecer como o referente. Assim, o corte da sessão faz aparecer a dimensão fora do significante, a do objeto, em torno do qual se inscrevem as representações do sujeito.

A estrutura do corte veio fazer um basta no gozo da fala, colocando um limite naquilo que poderia se estender por anos e anos. O psicanalista, ao ouvir o ponto de repetição, delimita seu campo de ação e introduz um corte no deslizamento metonímico da cadeia significante. Ao interromper o encadeamento sem fim da cadeia, o analista inclui a estrutura que permite a finitude da análise, arrancando o sujeito de uma temporalidade infinita. Assim, o tempo psicanalítico é aquele que tem como referência as escansões, os intervalos, que cifram a queda do sujeito para que assim possa emergir, em última análise, o sujeito do inconsciente. É nesse sentido que cada sessão é única e terá um final de análise.

Aqui podemos retomar a prática das sessões curtas, nas quais a análise não se reduz ao tempo do relógio, já que a própria sessão é descontinuidade, ruptura. Ou seja, a sessão se inscreve no processo analítico com a função de corte e o analista será o depositário das elaborações que o analisante faz fora das sessões. Portanto, se as sessões têm a função de corte que visa à verdade do sujeito, o seu tempo não pode ser o cronológico, mas o do sujeito do inconsciente.

Diante desta discussão sobre as escansões e o corte da sessão, podemos recorrer ao contexto hospitalar. Como vimos, na clínica, as escansões das sessões se dão por meio das intervenções do analista que se engajam numa operação que presentifica o corte. Entretanto, nos hospitais gerais – principalmente em alguns setores como o CTI e a UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) Neonatal – podemos considerar que o corte (vida/morte; saúde/doença) surge *a priori*, de forma radical. Ressalta-se que esse *a priori* pode ser articulado com a ideia de que o corte ocorre antes mesmo do encontro com o analista.

É importante abrir um parêntesis para discutir essa concepção do corte como surgido *a priori* ao encontro com o analista. *A priori* significa admitido como evidente, segundo um princípio anterior. Essa é uma diferença entre os atendimentos que geralmente ocorrem nos consultórios e aqueles que ocorrem nos hospitais, portanto, torna-se uma particularidade do trabalho do analista na instituição hospitalar.

Nos consultórios, a cena trazida pelo paciente já é atravessada pelo seu discurso e pela fantasia. Há uma cena estabelecida que será relatada pelo analisante. O analista introduz suas intervenções como cortes, que vão fazer vacilar as certezas do sujeito. Já nos hospitais, diante de eventos trágicos – que apontam para o corte *a priori* ao encontro com analista, ou seja, são eventos admitidos como evidentes, representam um princípio anterior ao encontro – o paciente

ainda não fez a simbolização da cena. Ela é, ao mesmo tempo, vivida e relata pelo paciente de forma aparentemente desconexa; isso quando há palavras, pois elas podem faltar nesse momento. Há um real que irrompe no tecido simbólico do sujeito que até então estabelecia suas representações. A título de exemplo, podemos citar algumas situações clínicas: o analista pode estar atendendo um familiar quando o paciente falece ali, na sua frente e na do familiar. A mesma situação ocorre quando o analista atende um familiar no horário de visita do paciente internado no CTI. Nessas duas situações, ao mesmo tempo em que o familiar vive aquela situação aguda, muitas vezes faltam palavras para falar sobre ela ou aparecem falas entrecortadas pelo evento que o toma de surpresa.

Diante dessas circunstâncias, o psicanalista intervém não em um quadro já estabelecido, como geralmente ocorre nos consultórios, mas na própria cena que está sendo vivida e contada pelo paciente. Ele intervém na direção que poderia tomar a tela simbólica do sujeito ao sofrer uma dilaceração, mas que a partir de sua intervenção é possível retornar a seus nexos. Ao invés de o evento trágico silenciar o discurso do sujeito, a intervenção é uma aposta para que tal situação possa ser bordejada simbolicamente. Trata-se de uma intervenção na qual sustentamos em cena a realização de novas conexões e representações.

Para avançar na ideia sobre o corte nos hospitais, menciono uma situação clínica. O marido de uma paciente que estava em estado grave no CTI (após sofrer um aneurisma cerebral), diz que não vai conseguir sobreviver caso sua esposa faleça. Ele conta que sempre dependeu da sua mulher, principalmente depois que ficou diabético. No momento do seu relato, ele repetia a frase: “Não vou suportar a ausência dela, vou morrer”.

No caso, evidencia-se a identificação do marido à sua esposa. Há um corte, propiciado pela situação que envolve o quadro clínico da paciente, que presentifica um intervalo, uma

escansão, que decorre da falta do Outro que alienava o sujeito, promovendo uma separação abrupta. O sujeito é destituído da cadeia significante e cai como um objeto, resto dessubjetivado. Nesse momento, trata-se da identificação do sujeito ao objeto *a* que, em síntese, indica um sujeito equivalente à existência de um vazio que se chama *a*. É a partir dessa queda do sujeito que se equivale ao objeto *a*, que vai advir, em última instância, o sujeito do inconsciente.

Diante dessa situação, qual a função do analista no hospital? Vale considerar que os outros profissionais do hospital não têm recursos teóricos para lidar com esse tipo de sofrimento, pois seu objeto de tratamento seria a própria doença do paciente.

Nos hospitais, como vimos, muitas vezes o corte opera em função de uma doença, da morte, de um acidente. A princípio, o analista não vai introduzir sua intervenção como corte, mas ele não deixa de se orientar pela estrutura da escansão e seus efeitos, que mantém aberta a fenda do inconsciente para que ali algo da ordem de um saber possa ser operado. Ou seja, cabe ao analista não obstruir essa hiância, esse corte na cadeia significante, já que ela seria um ponto onde toda a dimensão que envolve o sujeito do inconsciente pode surgir.

Se retomarmos o tempo lógico de Lacan, observa-se que o marido se encontra estagnado no instante de ver, uma vez que se depara com a irrupção do real. O tempo de compreender e o momento de concluir não ocorreram, e o sujeito permanece preso nesse instante. Morrer ou se suicidar – como foi dito algumas vezes no discurso do marido – seriam se precipitar a partir do instante de ver em uma possível atuação. A hiância aberta pelo encontro com o real pode acarretar efeitos destrutivos decorrentes da dispersão da pulsão de morte diante da ruptura abrupta dos laços libidinais. Conforme mencionamos anteriormente, é função do analista possibilitar a passagem do instante de ver para o tempo de compreender. É

a partir da abertura para esse tempo que o marido pode encontrar outras formas de lidar com o trágico, construindo novos caminhos e, ao mesmo tempo, bordejando o vazio da castração.

3.4 AS INTERVENÇÕES DO ANALISTA NOS HOSPITAIS GERAIS

No tópico anterior, vimos que, nos hospitais, o analista não tem como principal objetivo o percurso analítico propriamente dito. Devido ao tempo de internação do paciente, geralmente, o trabalho analítico no hospital não avança além de um primeiro tempo, no qual há uma análise iniciada e que deve obedecer às suas condições. Nesse período, as intervenções analíticas podem propiciar o que Lacan chamou de retificação subjetiva, ou seja, uma implicação do sujeito nas desordens das quais se queixa e uma mudança no seu posicionamento diante das suas escolhas.

No texto “Intervenção sobre a transferência” Lacan (1951/1998) cita um exemplo de retificação subjetiva de Freud. Ao trabalhar o caso Dora, Lacan afirma que esse caso é exposto por Freud sob a forma de “inversões dialéticas”.

Trata-se de uma escansão das estruturas em que, para o sujeito, a verdade se transmuta, e que não tocam apenas em sua compreensão das coisas, mas em sua própria posição como sujeito da qual seus “objetos” são função. Isto é, o conceito da exposição é *idêntico* ao progresso do sujeito, isto é, à realidade da análise (Lacan, 1951/1998, p.217, grifo do autor).

A retificação subjetiva corresponderia à primeira inversão dialética operada por Freud. Dora se queixa de ser vítima do assédio do Sr. K. propiciado pela relação amorosa de seu pai com a Sra K. Essa situação é apresentada por Dora como fato objetivo da realidade, o qual Freud não pode mudar. A retificação subjetiva de Freud consiste em perguntar a Dora: “Qual é a sua própria parte na desordem de que você se queixa?” (Lacan, 1951/1998, p.218). Nesse

sentido, ela remete ao deslocamento das certezas iniciais do sujeito, na desconstrução do conjunto de argumentos com que ele explica seu sofrimento, procurando implicar o sujeito em seu sintoma. Trata-se de uma primeira localização do sujeito de uma posição no real.

No hospital, apesar de os pacientes permanecerem internados por um tempo relativamente curto e, com isso, o processo analítico na maioria dos casos ser interrompido, é possível observar os efeitos da retificação subjetiva. Em alguns casos, percebe-se a implicação do sujeito em suas reivindicações e uma responsabilização por suas escolhas. Isso se dá a partir das intervenções no analista as quais, ao tocarem no ponto onde o sujeito está capturado no campo do Outro, operam um deslocamento por pequenas escansões, que se efetuam por cortes.

Um ponto interessante de se observar é que, no hospital, essas mudanças no posicionamento do sujeito frequentemente ocorrem de maneira mais rápida do que num processo de análise propriamente dito. Mas por que isso acontece?

Podemos localizar uma primeira ideia sobre o assunto naquilo que diz respeito à presença do corte *a priori* ao encontro com o analista. O adoecimento pode se apresentar para o sujeito como um evento traumático que irrompe violentamente na sua vida, propiciando uma ruptura aguda nas suas articulações simbólicas e imaginárias. Diante desses eventos, as certezas do sujeito sobre a vida passam a vacilar e, em muitos casos, ele passa a se questionar sobre a morte, a doença, a fragilidade, o adoecimento. Esses acontecimentos levam o sujeito a perguntar sobre si, sobre sua história.

São nesses momentos que uma demanda pode se direcionar ao psicanalista, considerando-se aí a possibilidade de uma suposição de saber¹² no analista. Nesse percurso, o

¹² Neste ponto, poderíamos também introduzir a discussão sobre a rapidez com que a transferência se estabelece no hospital.

sujeito pode vir a descobrir que ele é o responsável por suas escolhas e que seu desejo encontra-se aí implicado. Portanto, o adoecimento já é um momento de ruptura que leva o sujeito a deparar com alguns enigmas, e uma vez estabelecida a transferência, em última análise, há a possibilidade da retificação subjetiva. Observa-se que num processo de análise convencional, esses momentos de ruptura poderiam levar um tempo maior para surgirem.

Couto (2007), no texto “O analista sinthoma”¹³, formula hipóteses sobre as funções do analista no hospital geral¹⁴ e entre elas propõe que as intervenções analíticas na instituição hospitalar podem ir além de possibilitar o surgimento do sujeito do inconsciente ou mesmo de uma primeira localização de uma posição no real, tal como a retificação subjetiva. Ele levanta a seguinte hipótese:

Num hospital geral, um psicanalista pode ter a função de sinthoma, amarrando um lapso de uma triangulação que falhou. Essa triangulação não será a do RSI¹⁵, mas a tomarei como formada pelos diversos segmentos que compõem a vida de um hospital geral: o corpo médico, os pacientes, sua família, a equipe, etc. (Couto, 2007, p.95).

A perspectiva apresentada é a de que o psicanalista – sem desconsiderar a escuta e as intervenções que visam ao sujeito do inconsciente –, por meio de uma intervenção ou um ato, pode também possibilitar um enlaçamento social quando verificar a existência de uma

¹³ A partir das concepções lacanianas, Couto (2007) define o sinthoma como o que possibilita, no nó borromeano, o enlaçamento dos anéis. Se ocorrer um erro de enlaçamento, não há mais cadeia borromeana. O sinthoma pode reparar esse erro ou lapso, permitindo que o real, o imaginário e o simbólico permaneçam enlaçados. Assim, o sinthoma como quarto laço faz suplência, repara o erro do enlaçamento.

¹⁴ Nesse texto, Couto (2007) diz que a hipótese que levanta é apenas uma primeira articulação e que lhe falta um melhor desenvolvimento. Nosso objetivo aqui é apenas o de mencionar sua hipótese. Expô-la de forma mais detalhada exigiria retomar conceitos lacanianos que não foram trabalhados nesta pesquisa e que demandariam maior espaço de reflexão.

¹⁵ A discussão que Couto (2007) levanta é que tanto o nó borromeano – cadeia de três anéis, sendo que se houver o destaque de um deles os outros dois já não podem se manter ligados; eles se soltam e o nó se desfaz – quanto o analista sinthoma têm uma função de enlaçamento social que vai além daquela de enodar o RSI. Sua hipótese é a de que o nó borromeano pode ser considerado como articulando elementos da ordem do laço social, e não apenas do RSI, que significa o real, o simbólico e o imaginário.

inconsistência, um lapso no funcionamento institucional. Essa intervenção visa à reconfiguração de um laço social que fez erro.

Couto (2007) toma o laço social num sentido borromeano, ou seja, “com um tipo de enlaçamento que une elementos que se encontram dispersos, não tendo uma consistência como que unificada, por exemplo, paciente, família, corpo hospitalar” (p.102). Ressalta-se que o autor, ao utilizar o termo “unificada” não se refere à totalidade, uma vez que a própria noção de nó borromeano, por seus furos, já indica a impossibilidade da totalização.

Quando as unidades funcionais do sistema hospitalar – pacientes, familiares, equipe médica, diretoria e até os regulamentos do atendimento da própria instituição – se encontram desarticuladas, a função do analista pode ser a de um quarto laço, uma espécie de sinthoma que possibilita um novo funcionamento do sistema. Nesse sentido, essa proposta visa a dar, através de uma amarração sinthomática, uma dimensão de consistência a instâncias no hospital que se apresentam desarticuladas.

Couto (2007) destaca que a proposta toma o psicanalista como sinthoma, mas não no sentido de propiciar um enlaçamento do Real, do Simbólico e do Imaginário de um analisante, “mas de possibilitar que aspectos desarticulados que interferem no bom funcionamento de uma instituição passem a ter uma estrutura borromeana, sem a qual as cisões poderiam chegar a até mesmo impossibilitar o funcionamento institucional” (Couto, 2007, p.103). Assim, a função do psicanalista no hospital pode se ampliar, uma vez que ela não consiste apenas naquelas intervenções que implicam o sujeito do desejo, mas também em intervenções que visem a possibilidade de novas amarrações sinthomáticas.

A partir das ideias discutidas até aqui, observa-se que as intervenções analíticas nos hospitais não ocorrem apenas em relação às demandas explícitas de atendimentos. Recorro a

uma dessas situações que fazem parte no cotidiano hospitalar. Durante o horário de visita no CTI, a técnica de enfermagem responsável por um paciente não libera a entrada dos seus familiares devido a procedimentos que seriam realizados no mesmo. Após algum tempo, a família começa a reclamar da demora para liberação. O psicanalista, que é responsável pelo acolhimento aos familiares durante o horário de visita, aproxima do leito do paciente que lhe diz: “Eu quero ver minha família... Preciso falar com eles e tem que ser logo! Já não aguento mais ficar aqui! Deixa eles entrarem!”. O paciente estava visivelmente angustiado e ansioso. O psicanalista pergunta para a técnica de enfermagem se os procedimentos eram de urgência e ela responde que não. O analista, com o objetivo de incluir a responsabilidade da técnica, tenta incluí-la na cena perguntando: “Diante da situação que estamos presenciando, o que você acha que pode ser feito?”. Ela diz que os familiares poderiam entrar e que os procedimentos não eram de urgência.

Após o horário de visita, a técnica procura o psicanalista para falar da sua dificuldade com os familiares daquele paciente. No dia seguinte, o paciente pede para chamar o mesmo analista e fala sobre sua angústia de ficar internado no CTI, longe de seus familiares. O paciente passou a ser atendido por aquele analista. A intervenção pôde propiciar um espaço para a fala tanto da técnica de enfermagem quanto do paciente. Isso vai de acordo com Lacan (1958/1998): “o analista, no entanto, dá sua presença, mas creio que a princípio ela é apenas a implicação de sua escuta, e que esta é apenas a condição da fala” (p.624).

No hospital, presenciamos uma trama de relações (pacientes, familiares, equipe) muitas vezes enlaçadas pelas normas de funcionamento. No caso citado, o entrelaçamento se deu entre família, paciente, técnica e analista, devido ao horário de visita do CTI (norma). A intervenção do analista pôde incidir nessa rede simbólica e possibilitar alguns efeitos. O

primeiro foi com a técnica que, ao ser incluída na cena pelo analista – devido ao seu questionamento sobre o que poderia ser feito naquele momento –, tomou a palavra tanto para liberar a visita quanto para falar sobre sua dificuldade com a família daquele paciente. O segundo efeito da intervenção foi com o próprio paciente que demandou a presença do analista para falar sobre o momento de angústia que estava vivendo e passou a ser atendido pelo psicanalista.

É importante mencionar um comentário sobre as intervenções do analista na instituição hospitalar. Lacan, em alguns momentos do seu ensino, afirma que a transferência é fundamental para uma intervenção analítica. Entretanto, nos hospitais, muitas vezes o analista intervém na ausência de uma transferência dirigida a ele. Ou seja, as intervenções nem sempre ocorrem sustentadas pela transferência. Mas, como o analista opera na ausência da transferência? Não é nosso objetivo responder a essa questão, mas é curioso observar que, apesar de o analista intervir em situações em que não há transferência, às vezes, a intervenção instaura a transferência.

3.5 COM A OFERTA, CRIA-SE A DEMANDA

O analista, ao se oferecer fazendo semblante para escutar e intervir em algumas situações do contexto hospitalar, possibilita a criação da demanda de análise. Neste ponto, faz-se necessário recorrer à frase lacaniana: “Com a oferta, criei a demanda” (Lacan, 1958/1998, p.623), diz o autor ao mencionar que conseguiu o que no comércio comum se gostaria de poder realizar tão facilmente.

Tanto nos hospitais gerais quanto nos consultórios particulares, quem se oferece é o analista. A oferta está sempre do lado do analista e a demanda de análise do lado do paciente.

No entanto, entre esses dois espaços, há diferenças na maneira pela qual o analista vai fazer essa oferta, que é oferta de presença e de escuta. Se no consultório é o paciente que vai até o analista para que assim a oferta seja feita, nos hospitais, é o analista que vai até o paciente (no leito, na enfermaria, no CTI) ou até aos familiares (por exemplo, no horário de visita dos pacientes internados no CTI).

No consultório, geralmente é o próprio paciente (adultos) que procura o analista. Já nos hospitais, muitas vezes o pedido de atendimento não vem por parte do paciente, mas da equipe médica ou dos familiares. O analista, após escutar e avaliar o pedido de atendimento, seja de quem for, vai até o paciente e oferece sua escuta. Às vezes o paciente de fato aceita o tratamento e constitui uma demanda de análise, às vezes não, e ainda diz: “Concordei com o tratamento psicológico porque meu médico mandou” ou “concordei porque minha mãe não parava de falar nisso e aceitei por ela”. Ressalta-se que mesmo nesse último caso, após algumas idas do analista até o paciente, a demanda pode acabar surgindo. Outras vezes pode não surgir, o que impediria o início de uma análise. Nem sempre que se oferece a escuta se tem demandas, mas se a oferece é porque supõe a existência de demandas. É nisso que o analista aposta ao ir até o leito do paciente ou quando se aproxima dos familiares no CTI. Então, onde há oferta pode surgir a demanda, e se surge a demanda é porque existe a possibilidade de ela ser escutada. Assim, é pela presença e pela atuação do analista que a demanda de análise pode ser construída.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da minha experiência nos hospitais gerais, intrigava-me com muitas questões sobre o fazer psicanalítico nessas instituições. Essas questões surgiram, principalmente, a partir dos impasses e desafios com que me deparei na prática. Neste estudo, apresentamos essas questões relativas à prática e, na tentativa de buscar respostas, ainda que sucintas, recorremos à teoria. Nesse percurso, privilegamos a recomendação freudiana de não distorcer os princípios da psicanálise diante da extensão da psicanálise para além dos consultórios.

Fazer a articulação entre a prática e a teoria foi uma tarefa árdua, pois as principais referências desta pesquisa, Freud e Lacan, não teorizaram sobre a inserção da psicanálise nos hospitais. No entanto, as ideias desses autores foram essenciais para esclarecer e desenvolver nossas indagações e prosseguir nas discussões propostas.

Os parágrafos seguintes apresentam uma breve descrição do percurso que fizemos neste trabalho e as conclusões alcançadas. Inicialmente, tivemos a curiosidade de pesquisar sobre o início da psicanálise nos hospitais gerais brasileiros. Encontramos dificuldades em achar referências bibliográficas sobre o tema e, por isso, fizemos contato com alguns profissionais precursores na área, que iniciaram suas práticas na década de 1970.

Segundo esses profissionais, no início a psicanálise não era reconhecida nos hospitais, o que foi um processo difícil de realizar e precisou de muito investimento. A resistência ocorria tanto por parte dos médicos quanto dos próprios psicanalistas, que recusavam a autenticidade da clínica psicanalítica fora do que se designou como *setting* analítico. Com isso, foi possível notar os esforços das analistas em sustentar seus trabalhos no contexto

hospitalar. Pesquisar sobre o início da psicanálise nos hospitais brasileiros, ainda que de forma sucinta, foi interessante para percebermos que os entraves à inserção e à legitimidade da psicanálise nessas instituições surgem desde o início. Alguns são superados, mas outros aparecem. Daí a necessidade do movimento criativo do analista, que precisa se inserir num constante processo de construção e reconstrução tanto do seu lugar quanto dos próprios dispositivos analíticos. Os hospitais gerais impõem esta exigência aos psicanalistas.

Ainda no primeiro capítulo, retomamos alguns momentos da obra de Freud e do ensino de Lacan que autorizaram o psicanalista a sair dos consultórios. Esses momentos se relacionam com o desejo dos autores de reconhecimento da psicanálise e sua difusão nos diversos campos do saber. Eles enfatizam a importância da extensão da psicanálise, desde que seus princípios não se misturem com os de outras áreas. Para que a psicanálise possa estar nas instituições, é preciso que o analista assuma o risco de não distorcer os princípios psicanalíticos e de manter aceso seu desejo de psicanalista. Essas são condições essenciais para que determinada práxis seja analítica e que, de fato, envolva a implicação do analista com as especificidades da sua clínica, que deve ocorrer em qualquer lugar onde ele atue. Isso significa que sua função não depende da localização geográfica, mas de sua formação. Assim, concluímos que o analista opera a partir de um lugar que não é um espaço geográfico, mas um lugar enquanto função, um desejo, um discurso. Quando o lugar do analista não é definido pelo espaço físico, mas por aquilo que é sua função, ele é autorizado a sair do enquadre convencional.

O lugar do psicanalista nos hospitais gerais foi investigado a partir de duas dimensões que devem ser articuladas: a dimensão da clínica psicanalítica e a dimensão da instituição hospitalar. Em relação à dimensão da clínica, investigamos o lugar do psicanalista a partir da

vertente do discurso, da ética e das especificidades da psicanálise. Essas vertentes são subsídios teóricos que sustentam a prática analítica nos hospitais e convocam o analista a ocupar um lugar particular. Ao mesmo tempo, elas apontam para diferenças radicais entre a psicanálise e a medicina, tal como a referência ao registro do real. Enquanto a psicanálise tem como eixo esse registro, a medicina tenta excluí-lo, seja por seu discurso ordenador e unificador, seja por sua ética que visa a atingir o Bem capaz de propiciar a plenitude e o prazer sem limites.

As distinções radicais entre a psicanálise e a medicina assinalam também grandes desafios para o analista que se insere nos hospitais. Mencionamos alguns fatores que poderiam servir como verdadeiros obstáculos para a atuação do psicanalista no hospital. Em última instância, concluímos que esses impasses e desafios não impedem a viabilidade da psicanálise nesses locais e que as condições de possibilidade para se sustentar a psicanálise nos hospitais dependem fundamentalmente da formação do analista e da formalização da práxis analítica. Nesse sentido, o que legitima o trabalho analítico no hospital é o próprio psicanalista, que deve sustentar a existência do inconsciente a partir dos próprios dispositivos psicanalíticos. Para cada analista, trata-se de reinventar os meios para a instalação desses dispositivos, no particular de cada caso.

Investigamos o lugar do psicanalista nos hospitais gerais a partir da dimensão clínica e da dimensão institucional. Concluímos que a função do analista no contexto hospitalar deve ser pesquisada considerando-se essas duas dimensões. Primeiro porque é na vertente clínica que encontramos o arcabouço teórico da psicanálise, ou seja, aquilo que sustenta o trabalho do analista. Segundo porque o analista no hospital não pode estar numa exterioridade absoluta em relação à instituição hospitalar. O psicanalista, ao querer se desembaraçar de toda

responsabilidade dos critérios de funcionamento institucional, pode ser isolado e até mesmo desligado da instituição.

Ao argumentarmos sobre o lugar do psicanalista nos hospitais a partir da dimensão clínica, concluímos que sua função é a mesma que a do consultório privado ou em qualquer lugar onde ele atue. Entretanto, quando esse lugar é investigado a partir da dimensão institucional, a função do analista se torna específica desse local, ou seja, diferente daquela do consultório. No título desta dissertação, **“O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os dispositivos da instituição hospitalar”**, afirmamos que o lugar do psicanalista nessa instituição se encontra *entre* essas duas dimensões. Assim, concluímos que a função do analista nos hospitais gerais é específica desse local, mas ele deve se orientar pela dimensão clínica.

Refletir sobre a dimensão institucional nos conduziu a traçar particularidades da clínica psicanalítica nos hospitais gerais. Discutir sobre essas particularidades foi um ponto essencial para esta pesquisa, pois implica na tentativa de formalizar teoricamente alguns elementos da prática, ainda que de forma bastante tímida.

Discutimos a questão da criatividade do analista no hospital introduzindo a ideia de que uma condição para que o trabalho analítico aí seja viável é a capacidade do psicanalista em reinventar meios para a instalação dos dispositivos analíticos, uma vez que os recursos simbólicos nos hospitais são precários. Essa carência simbólica foi associada a um vazio, pois retomamos a concepção lacaniana de que toda criação se faz a partir do *ex nihilo*, do nada, visto que ela busca contornar esse vazio. O analista, ao criar meios para instauração dos dispositivos, vai justamente possibilitar esse contorno para que um trabalho analítico seja viável.

Outra particularidade mencionada diz respeito ao psicanalista e à equipe multiprofissional. O analista no hospital faz parte de uma equipe da qual ele não pode se desvencilhar. Diferentemente do consultório, ele não atua sozinho e muitas vezes precisa prestar explicações sobre seus atos. O psicanalista deve operar a partir do que advém da clínica, pois assim pode extrair as indicações que sustentam a direção do tratamento. O analista precisa oferecer seu trabalho, pois são poucas as chances de a equipe fazer demanda da psicanálise se esta não lhe for ofertada. Essa seria uma forma importante para o analista construir seu lugar junto à equipe. A relação transferencial entre analista e equipe é outro ponto fundamental para construção desse lugar, principalmente para que seja aberta uma via para transmissão da psicanálise.

Discutimos também algumas questões sobre o tempo em análise nos hospitais gerais, as quais se articulam, principalmente, com a noção de tempo lógico, sessões curtas e corte analítico. A partir dessas noções, discutimos algumas particularidades sobre o uso do tempo nas instituições hospitalares: a função do psicanalista frente às situações de urgência e de crise; a possibilidade de se fazer psicanálise mesmo com o curto período de tempo em que o paciente permanece internado; a ideia de que o trabalho analítico no hospital não avança além de um primeiro tempo, no qual há uma análise iniciada e que deve obedecer às suas condições; as possibilidades das intervenções analíticas em um tempo breve; as considerações desenvolvidas com a noção do corte *a priori* ao encontro com o analista; a ideia de que o psicanalista intervém não em um quadro já estabelecido – como geralmente ocorre nos consultórios –, mas na própria cena que está sendo vivida e relatada pelo paciente.

Como última particularidade da clínica psicanalítica no hospital, discutimos a questão da oferta e da demanda. Tanto nos hospitais gerais quanto nos consultórios, o analista oferece

sua escuta e sua presença ao paciente. Entretanto, entre esses dois espaços, há diferenças na maneira pela qual o analista vai fazer essa oferta. No consultório é o paciente que vai até o analista para que assim a oferta seja feita, nos hospitais, é o analista que vai até o paciente ou até os familiares. O analista vai ao paciente porque aposta que com a oferta pode surgir a demanda, e se a demanda aparecer, existe a possibilidade de ela ser escutada.

O objetivo inicial de apresentar essas particularidades da clínica psicanalítica no hospital era uma tentativa de formalizar teoricamente alguns elementos da prática. Após expor e desenvolver essas particularidades, ficamos com a impressão de que apenas introduzimos um assunto que requer maiores discussões e que ainda pode ser explorado. Além disso, refletir sobre as particularidades mencionadas nesta pesquisa indica abertura para pensarmos em outras particularidades da clínica que não foram trabalhadas. Por exemplo, a questão da transferência no hospital. Investigar e analisar essas condições particulares ficam como propostas para outros estudos.

Devido a essas impressões que apontam muito mais para uma continuidade ou um início, fica difícil afirmar que estes últimos parágrafos representam as “considerações finais” desta dissertação. Então, a pergunta que surge é: Como dizer que esta parte da pesquisa é a conclusão se ela não foi concluída e a impressão é de que ainda falta? Diante deste impasse, recorro mais uma vez a Lacan (1959-1960/2008) quando menciona que a criação se faz a partir do vazio, ou seja, a criação é a moldura que busca contornar esse nada. Esta é a minha aposta futura, na dimensão criativa, na possibilidade de criação de um novo objeto. Portanto, encerro meus escritos sem uma conclusão, no vazio, sem fim.

REFERÊNCIAS

- Alberti, S. (2005). Psicanálise: a última flor da medicina. A clínica dos discursos no hospital. In S. Alberti, & L. Elia, (Orgs.), *Clínica e pesquisa em psicanálise* (pp.37-55). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Alberti, S., & Almeida, C. P. (2005). Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em hospital geral. In S. Altoé, & M. Lima (Orgs.). *Psicanálise, clínica e instituição* (pp.55-71). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Brodsky, G. (2003). A solução do sintoma. In A. Harari, A. Cardenas, M. Hortênsa & F. Fruger (Orgs.). *Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano* (pp.19-32). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Couto, L. F. (2007, julho). O analista *sinthoma*: uma das funções do analista no hospital geral. [Clínica de Psicologia e Psicanálise – Hospital Mater Dei]. *Revista Epistemo-Somática* (Belo Horizonte, MG), 4(1), pp.93-108.
- Elia, L. (2000). Psicanálise: clínica & pesquisa. In S. Alberti, & L. Elia, (Orgs.), *Clínica e pesquisa em psicanálise* (pp.19-35). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Figueiredo, A. C. (2010). Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In A. M. C. Guerra, & J. O. Moreira (Orgs.), *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social* (pp.11-17). Curitiba, PR: CRV.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1998). *O Nascimento da clínica* (6ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2000). *Doença mental e psicologia* (6ed). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Freud, S. (1996). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 1, pp.225-245). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893)

Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 1, pp.387-529). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)

Freud, S. (1996). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 3, pp.159-183). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896)

Freud, S. (1996). Realização de desejo. A interpretação dos sonhos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 5, pp.503-521). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900a)

Freud, S. (1996). O inconsciente e a consciência – realidade. A interpretação dos sonhos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 5, pp.522-533). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900b)

Freud, S. (1996). O método psicanalítico de Freud. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 7, pp.232-238). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1904[1903])

Freud, S. (1996). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 12, pp.273-286). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911)

Freud, S. (1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 12, pp.149-159). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912a)

Freud, S. (1996). A dinâmica da transferência. . In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 12, pp.133-143). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912b)

Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 12, pp.164-187). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913)

Freud, S. (1996). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 12, pp.193-203). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (1996). Os instintos e suas vicissitudes. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 14, pp.129-162). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915a)

Freud, S. (1996). O inconsciente. . In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 14, pp.185-245). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915b)

Freud, S. (1996). Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 16, pp.419-439). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)

Freud, S. (1996). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 17, pp.201-211). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919 [1918a])

Freud, S. (1996). Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 17, pp.215-220). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919[1918b])

Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 17, pp.13-85). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Freud, S. (1996). Um estudo autobiográfico. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 17, pp.13-92) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925[1924])

Freud, S. (1996). A negativa. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 19, pp.293-300). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925)

Freud, S. (1996). Psicanálise. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 20, pp.297-309). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)

Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 21, pp.75-171). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em1930[1929])

Freud, S. (1996). Conferência XXXIV: Explicações, aplicações e orientações. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 22, pp.135-154). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em 1933[1932]).

Freud, S. (1996). Análise terminável e interminável. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 23, pp.241-287). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937)

Freud, S. (1996). Esboço de Psicanálise. Parte II: O trabalho prático. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, dir.; Vera Ribeiro, trad., vol. 23, pp.199-223). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1940[1938])

Jerusalink, J. (2000) Do neonato ao bebê: a estimulação precoce vai à UTI neonatal. [São Paulo, USP - Instituto de Psicologia]. *Estilos da Clínica*, 5(8), pp.49-63.

Jorge, M. A. C. (1983). Discurso médico e discurso psicanalítico. In J. Clavreul, *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico* (pp.7-25). São Paulo: Brasiliense.

Jorge, M. A. C. (2005). *Das Ding e o objeto a*. In M. A. C. Jorge, *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan*, v. 1: as bases conceituais (pp.139-142). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Kehl, M. R. (2002). *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.

Lacan, J. (1951/1998). Intervenções sobre a transferência. In J. Lacan, *Escritos* (pp.214-225). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1953/1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In J. Lacan, *Escritos* (pp.238-324). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1956/1998). Situação da psicanálise e formação do psicanalista em 1956. In J. Lacan, *Escritos* (pp.461-495). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1957/1998). A psicanálise e seu ensino. In J. Lacan, *Escritos* (pp.438-460). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1956-1957/1995). *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1958/1998) A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In J. Lacan, *Escritos* (pp.591-652). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1959-1960/2008). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1966a). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 32, dezembro de 2001, pp.08-14.

Lacan, J. (1966b/1998). Variantes do tratamento-padrão. In J. Lacan, *Escritos* (pp.325-364). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Lacan, J. (1966c/1998). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In J. Lacan, *Escritos* (pp.197-213). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1967/2003). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In J. Lacan, *Outros Escritos* (pp.248-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1967-1968/2006). Lugar, origem e fim do meu ensino. *Meu ensino*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1969-1970/1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1971/2003). Ato de fundação. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp.235-247). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1972-1973/1985). *O seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Mathelin, C. (1999). *O sorriso de Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Mezan, R. (1998). O psicanalista como sujeito moral. In R. Mezan, *Tempo de muda: ensaios de psicanálise* (pp.195-210). São Paulo: Companhia das Letras.
- Moretto, M. L. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moretto, M. L. (2006) *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Moura, M. D. (2002, abril). La pratique de la psychanalyse en milieu hospitalier au Brésil. *Revue FEDEPSY – Fédération Européene de Psychanalyse et École Psychanalytique de Strasbourg*, n. 2, pp.26-29. Ed. Société Psychanalytique de Strasbourg.
- Moura, M. D. (Org.) (2003) *Psicanálise e hospital 3. Tempo e morte: Da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Quinet, A. (1993). *As 4 + 1 condições de análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Porge, E. (1998). *Psicanálise e tempo: o tempo lógico de Lacan*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Rinaldi, D. (1996). *Ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia*. Rio de Janeiro: Ed UFRJ: Jorge Zahar.

Rocha, G (2007). Biopolítica e contemporaneidade: ato médico e ato analítico. [Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei]. *Revista Epistemo-somática*, (Belo Horizonte, MG), IV(2), pp.109-117.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Santos, K. & Elia, L. (2005) Bem-dizer uma experiência. In S. Altoé, & M. Lima (Orgs.), *Psicanálise, clínica e instituição* (pp.107-128). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Souza, M. L. R. (1992). O hospital: um espaço terapêutico? *Percurso: Revista de Psicanálise*, n. 9, pp.22-28.

Souza, A. (2008). *Os discursos na psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.