



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Caroline Ferreira da Fonseca

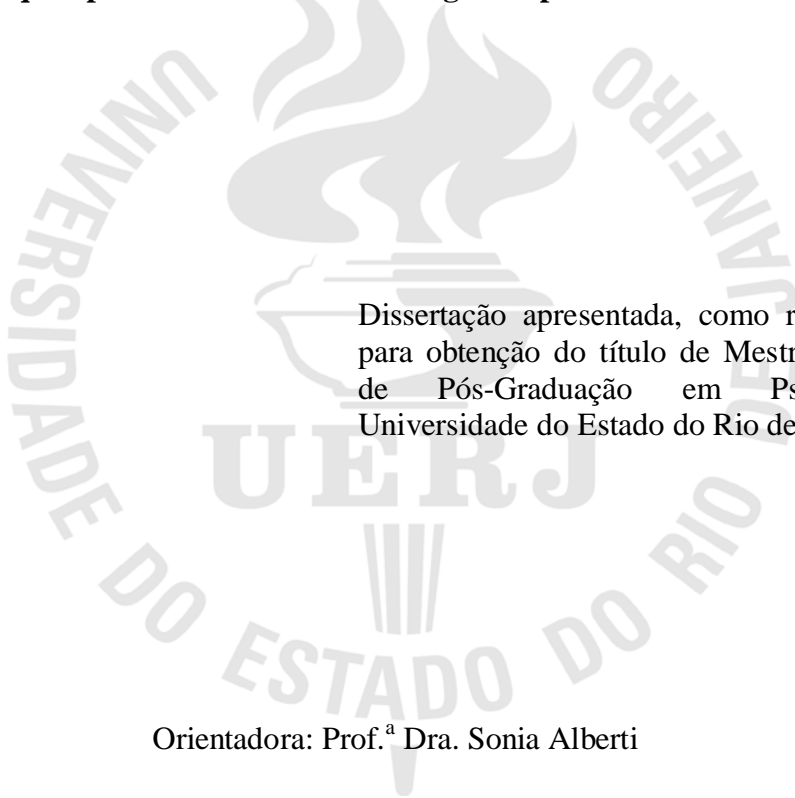
**Uma clínica que opera na fissura: sobre o lugar do psicanalista no Hospital
Geral**

Rio de Janeiro

2022

Caroline Ferreira da Fonseca

Uma clínica que opera na fissura: sobre o lugar do psicanalista no Hospital Geral



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sonia Alberti

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

C331 Fonseca, Caroline Ferreira da.
Uma clínica que opera na fissura: sobre o lugar do psicanalista no Hospital
Geral / Renata Oliveira Carvalho. – 2022.
101 f.

Orientadora: Sonia Alberti.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia

1. Psicanálise – Teses. 2. Hospital – Teses. 3. Saúde Mental – Teses. I.
Alberti, Sonia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Psicologia. III. Título.

bs

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Caroline Ferreira da Fonseca

Uma clínica que opera na fissura: sobre o lugar do psicanalista no Hospital Geral

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 30 de março de 2022.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Sonia Alberti (Orientadora)

Instituto de Psicologia – UERJ

Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba

Instituto de Psicologia – UERJ

Prof.^a Dr.^a. Luciana Piza

Instituto de Psicologia - UERJ

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Sonia Alberti, exímia orientadora que, desde a graduação, mesmo antes do nosso encontro, me incentivava indiretamente através dos seus textos a respeito deste tema de pesquisa. Suas orientações foram riquíssimas e estar ao lado de uma analista que, pôde através da sua prática, criar um caminho a ser trilhado por outros analistas que desejam estar no ambiente hospitalar foi um privilégio. É perceptível seu desejo em fazer operar a psicanálise em qualquer ambiente em que esteja inserida.

Agradeço ao professor Vinicius Darriba que aceitou o convite de compor este trabalho com a sua leitura minuciosa e seus apontamentos que me foram tão preciosos ao longo desta escrita.

Agradeço à Luciana Piza que também contribuiu muito com suas reflexões a respeito do apagamento da subjetividade médica, trazendo luz a um fragmento clínico vivido em um atendimento no estágio, que foi compartilhado também nessa escrita.

Agradeço aos meus pais que contribuíram e lutaram ao longo de toda a vida para que eu pudesse me dedicar aos estudos e me incentivam, diariamente, a percorrer os meus sonhos. É por causa do seu amor, que hoje escrevo essa dissertação.

Agradeço a cada um dos meus queridos e amados amigos que trilharam junto a mim esse caminho que foi tão árduo, em especial minhas colegas de mestrado Danielly Meirelles e Marília Verdussen. Com vocês e com as trocas estabelecidas nesse período, meus passos foram mais seguros e prazerosos.

Agradeço ao meu marido que, através de sua escuta atenta, pôde me acolher nos diversos momentos vividos ao longo dessa elaboração. É por creer tanto em mim que pude creer em mim também.

Agradeço à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, local onde sempre quis estar desde o vestibular, e que felizmente, pude reencontrar para o desenvolvimento desta pesquisa.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Agradeço à CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

A via para uma clínica do sujeito no hospital público necessariamente passa pela transformação da queixa em demanda de tratamento, demanda na qual o sujeito se implica.

Sonia Alberti

RESUMO

FONSECA, C.F. *Uma clínica que opera na fissura: sobre o lugar do psicanalista no Hospital Geral*. 2022. 102f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O presente trabalho é oriundo do desejo de refletir a respeito das especificidades que sustentam a clínica psicanalítica no espaço hospitalar. Para isso, utilizamos referências de autores psicanalistas inseridos nos hospitais gerais, bem como casos clínicos atendidos pela autora na sua trajetória no hospital, nos anos de 2017 a 2019. Iniciamos com um apanhado histórico sobre a clínica médica que nos permitiu verificar que, até o século XVIII, o hospital como o conhecemos hoje e a terapêutica de cura proposta pela medicina eram ideias distantes. A medicina e o hospital foram se alinhando com o tempo e, atualmente, observa-se a primazia do discurso médico, que, via de regra, apresenta uma visão organicista do paciente e delimita o foco do olhar ao órgão adoecido, excluindo a subjetividade do paciente. É neste momento que urge a presença do psicanalista, como aquele que, ancorado pela ética do desejo, é capaz de fazer operar o advir do inconsciente, ou seja, do sujeito que, conforme a psicanálise é o do inconsciente. Ao promover giros discursivos, a práxis analítica abre a possibilidade de o sujeito, qualquer que ele seja, do paciente ao médico passando pelos diferentes sujeitos que estão no hospital, reconhecer sua participação no que ali é dito e não dito. Com isso, abre ao mesmo tempo, a possibilidade de escolher outra coisa. A pesquisa destaca conceitos psicanalíticos fundamentais para uma posição ética de pesquisa, visando mais do que a redução de uma técnica a ser aplicada na instituição hospitalar. Ao fim, são apresentados dois casos construídos a partir da experiência clínica, que por suas próprias particularidades, colocam em discussão os impasses e desafios presentes no âmbito da clínica hospitalar, assim como, também apresentam algo que testemunha do poder da clínica psicanalítica nessas condições. A dissertação coloca em relevo aquilo que, via de regra no hospital, é negligenciado pelo discurso médico: o sujeito e suas implicações.

Palavras-chave: Psicanálise. Hospital. Casos clínicos. Discurso médico. Saúde mental.

RESUMEN

FONSECA, C.F. *Una clínica que opera en la fisura: sobre el lugar del psicoanalista en el Hospital General*. 2022. 102f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

El presente trabajo surge del deseo de reflexionar sobre las especificidades que sostienen la clínica psicoanalítica en el espacio hospitalario. Para ello, utilizamos referencias de autores psicoanalistas insertos en hospitales generales, así como casos clínicos atendidos por la autora durante su trayectoria en el hospital, de 2017 a 2019. Partimos de un recorrido histórico de la clínica médica que nos permitió verificar que, hasta el siglo XVIII, el hospital tal como lo conocemos hoy y la terapia curativa propuesta por la medicina eran ideas lejanas. La medicina y el hospital se han alineado a lo largo del tiempo y, en la actualidad, se observa la primacía del discurso médico que, por regla general, presenta una visión organicista del paciente y limita el foco de la mirada al órgano enfermo, excluyendo la subjetividad del paciente. Es en este momento que es urgente la presencia del psicoanalista, como aquel que, anclado en la ética del deseo, es capaz de hacer operar el advenimiento del inconsciente, es decir, del sujeto que, según el psicoanálisis, es el del inconsciente. Al promover giros discursivos, la praxis analítica abre la posibilidad de que el sujeto, sea quien sea, desde el paciente hasta el médico, pasando por los diferentes sujetos que están en el hospital, reconozca su participación en lo que allí se dice y no se dice. Esto abre, al mismo tiempo, la posibilidad de elegir otra cosa. La investigación destaca conceptos psicoanalíticos fundamentales para una posición ética de investigación, buscando más que la reducción de una técnica para ser aplicada en la institución hospitalaria. Al final, se presentan dos casos contruidos a partir de la experiencia clínica que, por sus propias particularidades, cuestionan los impasses y desafíos presentes en la clínica hospitalaria, así como también presentan algo que testimonia el poder de la clínica psicoanalítica en estas condiciones. La disertación destaca lo que, por regla general, en el hospital, es descuidado por el discurso médico: el sujeto y sus implicaciones.

Palabras claves: Psicoanálisis. Hospital. Casos clínicos. Discurso médico. Salud mental

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 O NASCIMENTO DO HOSPITAL E SEU ENCONTRO COM A PSICANÁLISE	13
1.1 O hospital e o nascimento da prática médica	13
1.2 Um escape ao saber médico: Freud e o estudo da histeria	20
1.3 Lacan: a clínica do real	27
1.4 Psicanálise in loco: a entrada da psicanálise no Hospital	32
2 SOBRE UM OFÍCIO: O LUGAR DO ANALISTA	38
2.1 Enlace indissociável: clínica e pesquisa na psicanálise	38
2.2 Discurso médico x Discurso psicanalítico	40
2.3 No campo da ética: entre a Ética do Bem e a Ética da Psicanálise	54
2.4 O lugar estrangeiro do analista e a multidisciplinariedade	61
3 O INEXORÁVEL DA VIDA: SOBRE O CORPO E A FINITUDE	67
3.1 Corpo e gozo: como curar um casamento?	67
3.2 “Como porque estou viva, no dia que eu morrer não vou poder comer”: todo mundo que está vivo, mastiga, come e engole	75
3.3 Morte e luto no COVID-19: o que pode o psicanalista em uma pandemia?	82
CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS	96

INTRODUÇÃO

A escolha do tema e do campo para o desenvolvimento desta pesquisa é fruto de um trabalho iniciado na graduação, no primeiro estágio no Hospital Universitário Antônio Pedro, localizado em Niterói e vinculado à Universidade Federal Fluminense. Inserida no “Serviço de Psicologia da Área Cirúrgica” (SPAC), sob a orientação psicanalítica, as primeiras questões frente ao impasse e às possibilidades de sustentar a clínica psicanalítica no hospital surgiram e formentaram a escrita do trabalho de conclusão de curso da autora, intitulado: *Psicologia no Hospital Geral: perspectivas atuais e impasses sob a ótica discente*. Dessa forma, hospital, psicanálise e medicina vieram a se configurar como entrecruzamento inevitável de campo de pesquisa, conforme o percurso até aqui descrito e outras vicissitudes da vida acadêmica.

Após a graduação, a busca por uma formação mais específica em psicanálise se tornou a próxima etapa para uma profissional que pretende trabalhar sob essa orientação teórica e prática. Portanto, as questões levantadas neste projeto alavancaram o anseio da autora tanto na busca por uma formação mais aprofundada, quanto na implicação em sua análise pessoal e na supervisão dos casos clínicos estudados ao longo da graduação, que serão apresentados no decorrer desta pesquisa.

Durante meu percurso no hospital ao longo da graduação, algumas questões eram intrigantes: qual o lugar do psicanalista no hospital? Como “reordenar” a clínica psicanalítica em um espaço marcado por tantos saberes e submetido a tantas intercorrências? De que maneira o psicanalista deve se posicionar frente à demanda médica? É possível, realmente, uma clínica orientada pela psicanálise no hospital geral, sem que haja uma descaracterização da clínica, que produz uma mudança nos fundamentos da psicanálise. Dessa forma, surgiram também questionamentos à formação do analista e à sustentação da práxis analítica em um ambiente marcado pela marginalização da subjetividade do paciente.

Esta pesquisa teórica abrange a clínica em sua formação e práxis e, nela, será utilizado material recolhido ao longo de práticas clínicas realizadas dentro do hospital, tanto da autora desta pesquisa quanto dos demais psicanalistas inseridos nesse campo. É importante pontuar que o trabalho se debruça sobre a perspectiva do hospital geral no sentido *lato*, sem se ater a uma internação em um hospital específico, justamente, por entender que algo nessa prática se repete e pode ser observado em diversos hospitais gerais presentes no país. Ou seja, a delimitação aqui preterida busca refletir sobre a presença de um fazer: a clínica psicanalítica;

e a operação de uma função: o psicanalista. O significante analista que aparece ao longo desta pesquisa explicita todo aquele que, mesmo ao não chegar ainda ao final de sua análise pessoal, sustenta a teoria e a práxis psicanalítica em um hospital, orientado pelo seu desejo e pela ética da psicanálise.

As principais referências teóricas escolhidas foram a obra de Sigmund Freud e o ensino de Jacques Lacan. Além disso, no decorrer da pesquisa, recorre-se também aos referenciais teóricos que narram a trajetória de psicanalistas renomados neste campo, que acrescentam concepções fundamentais para refletirmos a respeito do encontro da psicanálise com a medicina. Assim sendo, o saber-fazer psicanalítico explicitado ao longo desta pesquisa está referenciado a partir de diversos textos e artigos de autores que atuam ou atuaram nos hospitais gerais, sustentando a pesquisa e a clínica psicanalítica. Em diversos trechos ao longo deste trabalho, são explicitadas as mais variadas formas de atuação e intervenção desses psicanalistas nas instituições de saúde.

Esta pesquisa está dividida em três capítulos, organizados da seguinte maneira: o primeiro capítulo *O nascimento do Hospital e seu encontro com a Psicanálise* aborda o nascimento do hospital geral e sua interlocução com a medicina, primeiramente, tornando-se assim, um espaço de cura, e posteriormente, o encontro entre medicina e psicanálise. A organização desse capítulo se desdobra em quatro partes. A primeira parte, por meio da análise histórica embasada por Michel Foucault, no livro *Microfísica do Poder* (2007), busca situar historicamente a instituição hospitalar e o surgimento da prática médica dentro do hospital. A segunda parte aborda a ruptura de Freud com o discurso médico e a criação da Psicanálise, através da escuta de pacientes histéricas, bem como a interlocução de Freud com outros pensadores como Fliess, Charcot e Breuer. Na terceira parte, são conceituadas contribuições fundamentais de Lacan à psicanálise, como o conceito de significante, os três registros e o sujeito suposto saber. Por fim, são abordados os registros das primeiras inserções e atuações de psicólogos referenciados pela clínica psicanalítica nos hospitais gerais, com autores como Sonia Alberti, Consuelo Pereira de Almeida, Marisa Decat de Moura, Ana Cristina Figueiredo, entre outros. Por meio dos desdobramentos apresentados nesse capítulo, bem como do relato da inserção da psicanálise nos hospitais, a pesquisa converge a pensar o lugar em que se insere o psicanalista e como ele sustenta sua prática clínica.

O segundo capítulo, intitulado *Sobre um ofício: o lugar do analista*, debruça-se sobre as questões fundamentais que sustentam a clínica psicanalítica no hospital geral. Esse capítulo é dividido em quatro partes. Primeiramente, urge elaborarmos a associação indispensável entre psicanálise e pesquisa, relação que possibilita a inserção e sustentação da prática

psicanalítica dentro das instituições. Posteriormente, a pesquisa aborda as diferenciações entre o discurso médico e o discurso psicanalítico, bem como seus desdobramentos tanto no sujeito internado quanto na equipe médica. Além disso, será analisado como a construção do saber médico opera sobre o paciente e sobre a própria equipe de saúde. Na terceira parte, será investigada cuidadosamente a ética da psicanálise, que difere radicalmente da ética presente no discurso da ciência. A última parte trata das aproximações e dos distanciamentos entre o saber médico e a psicanálise, com a finalidade de buscar interlocuções possíveis entre esses saberes e práticas. Para isso, será necessário o estudo da função que exerce um psicanalista dentro de uma equipe multiprofissional.

O terceiro e último capítulo, *O inexorável da vida: sobre o corpo e a finitude*, é articulado em três tópicos principais. A princípio, por meio da apresentação do caso clínico Sérgio, o conceito de corpo, gozo e sintoma – questões fundamentais presentes na prática clínica dentro da instituição hospitalar – são relacionados. O tópico aborda a diferenciação entre os conceitos de corpo e sintoma para a psicanálise e para a medicina, assim como a forma subjetiva na qual o sujeito se encontra frente ao seu processo de adoecimento. O segundo tópico traz outro relato clínico, o caso Gisele. Nele, trabalhamos a questão da angústia de castração frente a impossibilidade de tudo poder, ou seja, frente à falta. O último tópico desse capítulo apresenta tanto a possibilidade de atuação de um analista em um momento de pandemia – vivido por todos nós desde 2019 – quanto questões já conhecidas pela psicanálise como finitude e luto, mas agora, acrescidas de outras contingências impostas pelo vírus, como o isolamento social que impossibilita a despedida.

Atualmente, presenciamos uma difusão, cada vez maior, da psicanálise nas instituições. Tal acontecimento exige do analista o rigor em manter-se atrelado à sua ética e ao seu discurso, particularidades que o diferem dos demais saberes presentes no hospital e viabilizam sua presença na instituição. Reinventar a psicanálise para além dos consultórios privados é o desafio proposto neste campo, desafio que requer esforço por parte do analista e se torna vital para o avanço da sua clínica. No hospital, o psicanalista precisa criar sua oferta a partir da demanda que lhe é dirigida, deixando em evidência, justamente, que o lugar do analista difere dos demais profissionais, visto que não é um lugar dado *a priori*, por um concurso público ou pela oferta de uma vaga.

Ao longo das obras freudianas, podemos perceber que desde o princípio Freud já apontava seu desejo de que a psicanálise fosse reconhecida e que pudesse vir a contribuir a diversos outros saberes, inclusive para o saber médico, como explicitado em *Linhas de progresso na terapia psicanalítica* (1996[1918]):

Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como estas também não podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. (FREUD, 1996[1918], p.105).

Porém, como aponta Freud logo em seguida, o trabalho do analista teria que ser adaptado às técnicas e às novas condições, sem perder os princípios psicanalíticos.

No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa. (FREUD, 1996[1918], p.105).

Assim, não se deixar aprisionar pelos discursos presentes na instituição hospitalar é um dos maiores desafios encontrados pelos psicanalistas que se engendram nessa prática. Ao mesmo tempo, o psicanalista é convocado a assumir um papel de auxiliar médico, visto que em sua falsa crença, o médico acredita que isso viabilizaria uma passividade do paciente que, completamente submetido aos pedidos da equipe de saúde, viria a aderir ao tratamento perfeitamente. É justamente por não o fazer que o psicanalista pode operar sua clínica no hospital e engendrar uma outra relação entre equipe de saúde, paciente e familiares. Relação esta que leve em consideração o dizer do paciente a respeito de si e de sua história.

O adoecer imprime ao sujeito a dimensão de temporalidade e pode levá-lo a questionamentos e reflexões sobre a própria vida e as escolhas que fez. Perante a morte, o paciente passa a se confrontar com a ideia de finitude que, não obstante, pode ocasionar angústia e sofrimento. Assim sendo, o sujeito se depara com a crueldade do real, como defende Rosset (1989) em seu livro *O princípio de crueldade*, sendo essa crueldade entendida como “a natureza intrinsecamente dolorosa e trágica da realidade” (p.16).

A equipe de saúde, atravessada por esse campo permeado de angústia, dores e sofrimentos, por muitas vezes, toma para si um papel de distanciamento, para poder suportar lidar cotidianamente com aquilo que é doloroso. Este sofrimento lembra, tanto ao paciente, quanto à equipe de saúde, que a morte é a certeza da vida, ao mesmo tempo em que faz emergir a impotência do discurso médico. Dessa forma, a subjetividade de ambos, médico e

paciente, é apagada para se prevalecer a instituição médica.

É nesse contexto que o psicanalista é chamado a intervir. Se faz necessária a presença dessa figura para acolher e trabalhar com aquilo que é negligenciado pelo discurso médico, ampliando o olhar sobre o paciente para além da visão organicista presente na instituição hospitalar. Para que assim possa recolher a palavra do sujeito em um espaço onde cada vez mais abandona-se a fala dele, sustentando um lugar em que, através de intervenções, seja possível provocar efeitos de rearticulação entre o sujeito e seu adoecer, levando-o a construir um saber a respeito de si e de sua doença, o convocando a ocupar um lugar de responsabilidade frente a sua queixa e seu tratamento.

Portanto, é possível dizer que a psicanálise se sustenta operando fissuras frente às inúmeras práticas institucionais. E é justamente pelo fato do hospital demandar um posicionamento ético daqueles que querem atuar orientados por uma clínica psicanalítica nessa instituição, atravessados por um sujeito com uma marca da transitoriedade no corpo que evoca a todo instante as ideias de morte, sofrimento e angústia, que se faz essencial pesquisar a maneira de redimensionar a própria clínica, levando em consideração todas as particularidades desse campo, afim de propiciar a possibilidade concreta de se estabelecer um vínculo diferente dos que estão presentes no hospital.

1 O NASCIMENTO DO HOSPITAL E SEU ENCONTRO COM A PSICANÁLISE

1.1 O hospital e o nascimento da prática médica

A palavra hospital advém do latim e tem origem relativamente recente – *Hospitalis* – que significa “casa de hóspedes”, o que explica sua função na Europa até o início do século XVIII. Os hospitais eram locais de abrigos para enfermos, pobres, prostitutas e loucos – pessoas marginalizadas pela sociedade e depositadas nessas instituições à espera da morte e da salvação das suas almas. A função terapêutica e a medicina, hoje tão indissociáveis à ideia de hospital, não eram vinculadas ao ambiente da instituição europeia na Idade Média.

Michel Foucault (1984), no capítulo *Nascimento do Hospital*, nos elucida a forma como surgiu essa instituição. Segundo o autor, na Europa, até o início do século XVIII, o hospital era uma instituição de segregação, que se destinava à assistência aos pobres e doentes, vistos como perigosos, e assim, marginalizados pela sociedade. Neste instante, a figura de destaque do hospital não era o doente que necessitava de cura, mas o moribundo que necessitava dos últimos cuidados materiais e espirituais. A cura não era o principal objetivo a ser alcançado neste espaço, mas a salvação das almas que ali habitavam. Foucault identificou o hospital como um “morredouro”, onde o pobre que estava morrendo teria sua alma salva, assim como a pessoa que cuidava dele até o fim de sua vida. Ou seja, em sua origem, a instituição hospitalar foi caracterizada como um local de caridade de caráter notadamente religioso.

Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres (FOUCAULT, 1984, p.102).

Segundo Foucault (1984), o hospital permanece até meados do século XVIII com essa conformidade: um lugar de exclusão destinado aos pobres, loucos e doentes, além de um instrumento de salvação espiritual, onde não apareciam os cuidados médicos. Segundo o autor, até este momento, a medicina era tida como uma prática individualista. Foucault

aponta, em dois momentos, exemplificações do conceito de individual: primeiramente, como uma prática médica na qual “as dimensões coletivas da atividade médica eram extraordinariamente discretas e limitadas” (p.80). A função do médico era centrada na noção de crise, momento em que ele observava o doente e os primeiros sintomas para que pudesse prever o momento em que a crise apareceria.

A crise era o momento em que se afrontavam, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava. Nesta luta entre a natureza e a doença, o médico devia observar os sinais, prever a evolução, ver de que lado estaria a vitória e favorecer, na medida do possível, a vitória da saúde e da natureza sobre a doença. A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico (FOUCAULT, 1984, p.102).

Além disso, o conceito de individual também é abordado pelo autor ao apontar a impossibilidade do encontro entre o médico e a instituição hospitalar da época,

A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista. Individualista da parte do médico, qualificado como tal ao término de uma iniciação assegurada pela própria corporação dos médicos que compreendia conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas ou públicas. A experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico. O que o qualificava era a transmissão de receitas e não o campo de experiências que ele teria atravessado, assimilado e integrado (FOUCAULT, 1984, p.102).

A prática médica era inviável de ser exercida dentro da instituição hospitalar como ela era constituída até o momento, “vê-se, assim, que nada na prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia intervenção da medicina.” (p.103)

É importante ressaltar que, o hospital e os centros urbanos, da forma como eram organizados na época, não atendiam às exigências do contexto socioeconômico: a ascensão da burguesia e o mercantilismo. Visando uma modernização, a instituição passou a ser utilizada pelo Estado para fazer frente aos desafios de organizar os espaços das cidades, como aponta Ribeiro (1993, p.24),

[...] a mudança de qualidade da instituição hospitalar traduzia necessidades e exigências geradas pelas novas políticas econômicas e sociais das nações europeias que floresciam com o mercantilismo e a incipiente industrialização. Os adensamentos urbanos e o intenso movimento portuário, em decorrência do sistema de trocas entre a Europa manufatureira e demais continentes, países produtores de outros tipos de mercadorias, aproximaram povos e doenças, obrigando a adoção de medidas sanitárias abrangentes.

Segundo Michel Foucault (1984), muitos soldados, após gastos com treinamento,

morriam ao adentrarem nos hospitais, o que causava prejuízos à economia mercantilista. Surgiu a necessidade de uma efetiva mudança na arquitetura do hospital e de seu funcionamento para que se minimizassem os custos daqueles homens considerados como investimento.

Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar, é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. E nesta época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade (FOUCAULT, 1984, p. 104).

A reordenação do hospital ocorreu a partir de uma nova forma de coerção, uma tecnologia política: a disciplina. Além dessa, Foucault aponta a transformação do saber e da prática médica como outros fatores que culminaram na mudança da configuração do espaço hospitalar. Segundo o autor, a disciplina definida como uma técnica de controle possibilitou um reordenamento do espaço hospitalar e a minimização do agravamento e proliferação de doenças. Esta técnica pode ser observada quando há a necessidade de controle contínuo do espaçamento dos leitos e de sua organização através de registros de pacientes, sendo este o modo observado até os dias atuais.

É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. Tudo o que foi dito até agora pode explicar por que o hospital se disciplina. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadrinhamento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas (FOUCAULT, 1984, p. 107).

Concomitantemente, houve uma mudança do saber médico e de suas práticas. Segundo Foucault (1984), a partir da classificação de Lineu, baseada nos conhecimentos botânicos, o adoecimento passou a ser considerado um fenômeno natural, assim como o desenvolvimento de uma planta. Dessa forma, a doença passa a ter características observáveis, diagnósticos e possíveis cursos de tratamento. Logo, surgiu a preocupação da medicina com aquilo que circunda o sujeito – o ar, a água, os alimentos e hábitos do ser humano. A prática médica transferiu seu olhar, centrado na noção de crise, para a observação dos meios que cercam o indivíduo. Posto isso, o surgimento da noção de hospital geral como conhecemos atualmente só foi possível por meio da mudança das práticas médicas e da reorganização do espaço

hospitalar através dos processos disciplinares.

O quadro assistencial de saúde na Europa, entre o século XVIII e XIX mudou drasticamente. Os hospitais tornaram-se cada vez mais “medicalizados” e a doença passou a ser a principal forma de controle social. Os médicos passaram a ser os higienizadores da sociedade, responsáveis pela sanitização das cidades europeias no final do século XVIII, visto que tais cidades cresceram descompassadamente, podendo ser observadas condições insalubres e ausência de higiene e saneamento. Dessa forma, este movimento foi de extrema importância para o desenvolvimento das cidades e para a erradicação de algumas doenças e epidemias. Portanto, para além de curar os doentes, a medicina exerce um caráter social, a partir do século XVIII, transformando-se em um instrumento de normatização, regulando a vida das pessoas em sociedade. Saberes da medicina social passaram a reverberar como produção da verdade.

Aos poucos, os hospitais foram se tornando um lugar onde a prática e a técnica da medicina foram associadas para um cuidado que busca uma possível cura e minimização da propagação de doenças, através do conhecimento das questões sanitárias. Cada vez mais, aumentava o poder dos médicos sobre os padres e freiras que outrora atuavam nesse local de caridade e assistência.

Aparece, assim, o personagem do médico de hospital, que antes não havia. O grande médico, até o século XVIII, não aparecia no hospital; era o médico de consulta privada, que tinha adquirido prestígio graças a certo número de curas espetaculares. O médico que as comunidades religiosas chamavam para fazer visitas aos hospitais era, geralmente, o pior dos médicos. O grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII (FOUCAULT, 1984, p. 109).

Através da organização, técnicas de identificação de pacientes, reorganização de leitos e escrita constante e detalhada de cada caso médico – com características da doença e seus possíveis diagnósticos e tratamentos – adentraram o modelo hospitalar. Segundo Foucault (1984), esses documentos detalhados possibilitaram ao hospital ser não somente um lugar de cura, mas de formação de saber médico, que antes era estritamente destinado aos livros. A formação em medicina passa a ser atrelada fundamentalmente à passagem pelo hospital.

E assim que naturalmente se chega, entre 1780/1790, a afirmar que a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital. Além de ser um lugar de cura, este é também lugar de formação de médicos. A clínica aparece como dimensão essencial do hospital (FOUCAULT, 1984, p.111).

A instituição hospitalar, atravessada pela disciplinarização, demarca que sua presença

se faz no ambiente clínico através da instrumentalização das diversas técnicas médicas que visam o controle, a normalização e submissão, a partir de um olhar capaz de capturar e catalogar sinais e assim, avaliar e mensurar. Segundo Foucault (1984), operam nesse lugar, técnicas de controle capazes de estabelecer especificidades únicas à dinâmica hospitalar, como o tempo, o movimento dos corpos, o ir e vir entre enfermarias e o espaço.

À vista disso, o hospital passa a ocupar um espaço importante no cenário social e no campo de um saber. Foucault (1977), além de nos apresentar o surgimento do hospital e o seu desenvolvimento até a configuração de como ele se apresenta nos dias de hoje, em *O Nascimento da Clínica*, nos aponta o estatuto científico adquirido pelo discurso médico. Através de uma análise história do conhecimento a respeito da doença, o autor buscou demarcar as principais características que culminaram na dissociação entre medicina classificatória e medicina moderna.

Antes do século XVIII, a medicina utilizava um modelo classificatório, baseado nas ciências naturais, para analisar e descrever as doenças. Assim como na botânica, a configuração da doença independia do espaço de localização no corpo ou do ambiente no qual o sujeito se encontrava, recebendo uma organização hierárquica em famílias, gêneros e espécies. Consistia em estabelecer a doença na relação com certa nosologia, sendo, portanto, o conhecimento de uma doença limitado ao reconhecimento daquilo que era possível de ser visto e nomeado enquanto sintoma.

Para os classificadores, o ato fundamental do conhecimento médico era estabelecer uma demarcação: situar um sintoma em uma doença, uma doença em um conjunto específico e orientar este no interior do plano geral do mundo patológico. Na análise das constituições e das epidemias, trata-se de estabelecer uma rede pelo jogo de séries que, ao se cruzarem, permitem reconstituir esta «cadeia» de que falava Menuret. Razoux estabelecia diariamente observações meteorológicas e climáticas que confrontava, por um lado, com uma análise nosológica dos doentes observados e, por outro, com a evolução, as crises, o término das doenças (FOUCAULT, 1977, p.32).

Como aponta Foucault (1977), ao citar antigos historiadores, a medicina moderna emerge com o aparecimento da anatomia patológica. A partir disso, era possível localizar no corpo biológico a lesão, cuja investigação e observação em cadáveres dissecados poderiam suscitar estudos para possíveis tratamentos e cura. Dessa forma, observa-se uma mudança fundamental no saber médico: o que outrora era oculto sob a enfermidade, pode ser localizado, dissecado, mensurado e catalogado, podendo ser organizado através de uma nova linguagem, marcando uma transformação do saber médico em um discurso racional, diferenciando-o da medicina praticada até o momento.

Se existe um axioma em medicina, é a proposição que não há doença sem sede. Caso se admita a opinião contrária, seria preciso admitir, também, que existem funções sem órgãos, o que é um evidente absurdo. A determinação da sede das doenças, ou sua localização, é uma das mais belas conquistas da medicina moderna (FOUCAULT, 1977, p.160).

Para Foucault, foi através do hospital e das variadas formas de controle social que a medicina pôde adquirir novas dimensões, ampliando sua possibilidade de atuação ao campo hospitalar e obtendo progressos oriundos desse campo.

No final do século XVIII e início do século XIX, a medicina passou a ser vinculada ao positivismo. Através do olhar, pautado por uma linguagem singular e racional, alcança a objetividade dos corpos. Segundo Foucault (1977), o aparecimento da clínica deve ser articulado com algumas reorganizações:

Considerada em sua disposição de conjunto, a clínica aparece para a experiência do médico como um novo perfil do perceptível e do enunciável: nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal (isolamento, por exemplo, do tecido, região funcional de duas dimensões, que se opõe à massa, em funcionamento, do órgão e constitui o paradoxo de uma «superfície interna»), reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico (uma gramática dos signos substituiu uma botânica dos sintomas), definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos (por oposição ao emaranhado das espécies nosológicas) articulação da doença com o organismo (desaparecimento das entidades mórbidas gerais que agrupavam os sintomas em uma figura lógica, em proveito de um estatuto local que situa o ser da doença, com suas causas e seus efeitos, em um espaço tridimensional) (FOUCAULT, 1977, p.XVII).

Durante o século XIX, o rigor do cientificismo alterou drasticamente a clínica e prática médica, visto que o médico a partir disso, começa a submeter sua atuação às exigências positivistas e à experimentação, pautadas por uma comprovação científica, resultando na objetividade da sua prática, conferindo-lhe elemento fundamental da sua formulação discursiva.

A partir disso, o médico deve submeter sua atuação ao estatuto da ciência, negligenciando a narrativa do paciente em prol de uma rigorosa análise dos sinais e fatos, sendo expressa por Foucault (1977) no diálogo entre paciente e médico, que outrora era caracterizado pela introdução da questão: “o que é que você tem?”, sendo esta substituída pela pergunta “onde lhe dói?”, atribuindo um aspecto objetivo ao discurso que visa, neste momento, localizar geograficamente a dor e associá-la ao órgão adoecido, eximindo todo o discurso médico de uma subjetividade.

A partir daí, toda a relação do significante com o significado se redistribui, e isto em todos os níveis da experiência médica: entre os sintomas que significam e a doença que é significada, entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala etc (FOUCAULT, 1977, p.XVIII).

O hospital e a clínica do século XIX adquiriram um novo estatuto que garantiu à medicina o lugar privilegiado entre as ciências. Para Foucault (1974/2010), os médicos estão produzindo uma sociedade da norma, na qual, o que rege seu discurso é a distinção entre normal e anormal, saudável e patológico levando à necessidade contínua de restituir o sistema de normalidade.

Para Canguilhem (1982), cientificamente, não se ditam normas à vida, assim sendo, não deveria haver uma dicotomia entre saúde e doença, sendo a normalidade e a patologia passíveis de compartilhar a mesma natureza, uma mesma realidade, “é a vida em si mesma, e não a apreciação médica, que faz do normal biológico um conceito de valor e não um conceito de realidade estatística” (p.50)

Segundo o autor, o conceito de normativo traz em si a ideia de mutação sempre que necessária, a capacidade de criar novas normas de funcionamento de acordo com a necessidade de preservação da saúde do indivíduo. Apesar dos padrões mensuráveis e estatísticas pré-definidas serem úteis na prática médica, as definições de saúde e doença convocam outras dimensões terapêuticas para serem compreendidas. A análise objetiva de respostas padrões e médias não são suficientes para qualificar a normalidade ou patologia de um órgão ou indivíduo, necessitando atentar-se para a normatividade presente. Cada sujeito, imerso em sua subjetividade, sua história, seu contexto social e cultural tem para si o que é normal. Nem todo desvio a uma média configura uma patologia, como o caso de pacientes com dextrocardia – anomalia congênita relativamente rara em que o coração está virado para o lado direito do corpo, mas que não apresenta nenhum efeito que restrinja sua função vital.

Para Bezerra (1998), a normatividade se relaciona com a capacidade de plasticidade, de enfrentar as contingências do meio e contornar os obstáculos que visam interromper a vida, não restringindo aos padrões já preestabelecidos, mas criando para si novos padrões sempre que se fizer necessário.

O autor aponta que os médicos lidam com aspectos para além dos físicos, químicos ou histológicos, mas também com o sofrimento e a angústia decorrentes da diminuição da sua capacidade normativa. Para o autor, o tratamento não deve visar trazer o organismo para os padrões previamente estipulados como normais e restituir ao estado anterior ao patológico, mas deve possibilitar um aumento da normatividade que um paciente possa vir a alcançar,

levando em consideração as condições existentes e as limitações impostas pelo adoecimento.

[...] a saúde não se define como ausência de doença, mas, ao contrário, como a potência vital que permite ao indivíduo adoecer e recuperar-se. A doença é um teste para a normatividade, que sendo saudável, será capaz de ter sucesso. Desse modo, o que caracteriza a saúde não é o estado atual de equilíbrio bem sucedido, mas a capacidade de ultrapassar este equilíbrio e produzir novas normas, para dar conta da situação emergente. Ser sadio não é exatamente ser normal, porque a doença é, no sentido factual do termo, normal – ou seja, embora reconhecida como algo a ser debelado, é previsível e compõe o cenário de uma vida saudável. A saúde implica a doença (BEZERRA, 2006, p.106).

Como apontam Canguilhem (1982) e Bezerra (1998, 2006), a saúde não é um retorno ao funcionamento orgânico anterior ao aparecimento de alguma doença, mas sim, a capacidade de tolerar e contornar as variações das normas. Seria a capacidade de superar crises orgânicas para dar lugar a uma nova capacidade normativa. Dessa forma, não se retorna a uma norma anterior adequada, mas cria-se uma nova norma, como durante o processo de recuperação de um paciente. Ou seja, ser normativo requer compreender a possibilidade de criação e invenção constantes de normas possíveis e singulares de cada sujeito.

Posteriormente a esse breve resumo histórico sobre o surgimento do hospital e da sua articulação com a medicina, com interlocuções fundamentais que nos fazem pensar a respeito de sua práxis, será abordado adiante, a inserção da psicanálise no hospital e a função do analista nesta instituição, mas não sem antes uma breve análise histórica do nascimento da Psicanálise com Freud.

1.2 Um escape ao saber médico: Freud e o estudo da histeria

A Psicanálise, por si só, é inovadora. Segundo Garcia-Roza (1988, p. 25), a psicanálise, epistemologicamente, não pode ser tida como continuidade de saber algum. Ao contrário, “pode ser apresentada como uma teoria e uma prática que rompe com a psiquiatria, a neurologia e a psicologia do século XIX”. Originalmente, a psicanálise pode ser representada como fruto de “uma série de articulações entre saberes e práticas”.

A Psicanálise surge no seio da medicina tentando compreender aquilo que transbordava ao saber médico da época – a histeria. Portanto, é de suma importância destacar aqui que a psicanálise nasce em um momento em que a prática médica se defronta com um limite do seu saber, marcando assim uma impotência no seu discurso. “Foi pelos impasses encontrados pelo discurso da clínica face à histeria, impasses esses de ordem etiológica,

diagnóstica e terapêutica, que o campo da histeria se deslocou do discurso da clínica médica para o da neurologia” (BIRMAN, 2010, p. 18).

Como fora abordado no tópico anterior, o surgimento da anatomia patológica no final do século XVIII atribuiu à medicina um *status quo* científico e baseado na racionalidade. A verificação da existência de lesões orgânicas anatômicas relacionadas a um grupo de sintomas era extremamente importante para a psiquiatria, que classificava as doenças em dois grupos distintos: aquelas onde a sintomatologia era relacionada a alguma lesão orgânica identificável pela anatomia patológica e as “neuroses”, que não apresentavam lesões aparentes e tinham sintomatologia irregular. (GARCIA-ROZA, 1988, p. 32).

A compreensão a respeito da histeria mudou ao longo da história da humanidade e da medicina. A palavra histeria deriva do termo grego útero estando completamente associada, portanto, àquilo que caracteriza o feminino, a mulher. No Egito Antigo, acreditava-se que o útero se deslocava através de movimentos ascensionais devido ao desconforto proporcionado pelo frio e úmido do corpo feminino. Posteriormente, os gregos atribuíram à teoria egípcia o nome de útero errante e relacionaram pela primeira vez, a histeria a uma vida sexual insuficiente ou insatisfatória. Durante a Idade Média, o diagnóstico de histeria deixou de ser feito por médicos e passou a ser feito pelos padres, visto que a histeria era tida por uma possessão demoníaca.

Com o avanço da medicina, coloca-se em questão se a histeria seria ou não uma doença, visto que a histérica apresentava uma sintomatologia vasta e irregular, podendo apresentar sintomas de outras enfermidades e migratórios, aparecendo e desaparecendo sem nenhuma intervenção médica. Coutinho 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). Assim, a histeria marca um impasse neste saber, um lugar de impotência frente ao desconhecido no seu discurso.

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 (COUTINHO JORGE, 1983, p.17).

No século XVIII, a histeria foi finalmente considerada uma doença relacionada ao sistema nervoso. Apesar disso, uma abordagem adequada e uma melhor compreensão da doença tiveram início apenas com as pesquisas de Charcot, no Hospital da Salpêtrière. O

hospital contava com um vasto número de mulheres acometidas por doenças nervosas crônicas internadas, integrando um serviço chamado “secção das epiléticas simples”, coordenado por Charcot.

Charcot analisou atentamente “a mais enigmática das doenças nervosas”, estabelecendo uma descrição detalhada e completa dos seus fenômenos e suas leis singulares. Etiologicamente, Charcot considerava a histeria uma doença hereditária, podendo ser pensada como uma forma de degeneração neurológica. Os demais fatores etiológicos desempenhavam o papel de “causas incidentais” ou “agentes provocadores” (FREUD, 1893, pp. 28-29).

Através da hipnose, Charcot verificou que o trauma da histérica não é de ordem física, sendo necessário que o paciente fale sua história pessoal para que o médico possa localizar o momento traumático causador da doença. Entretanto, ao ouvir as pacientes, o médico observou que dessas narrativas surgiram histórias cujo componente sexual assumia um papel fundamental, relacionando diretamente a histeria e a sexualidade. Charcot recusou essa associação e Freud a tomou como ponto de partida e núcleo fundamental para suas investigações. (GARCIA-ROZA, 1988, p. 34).

Ao longo dos tratamentos desenvolvidos com auxílio do método hipnótico, Freud percebeu que muitos sintomas histéricos eram aliviados e até eliminados, mediante a narração do paciente sobre as situações emocionais pelas quais os pacientes se achavam dominados. Através da hipnose, Freud descobriu que os sintomas tinham um significado e eram resíduos ou reminiscências destas situações emocionais desconhecidas. (FREUD, 1925a, p.27)

Porém, no final de 1882, Freud conheceu um original tratamento desempenhado por Breuer – o método catártico, a uma paciente histérica, Bertha Pappenheim, mais conhecida como Anna O., famoso caso clínico descrito nos *Estudos sobre a Histeria* (1895). A paciente procurou Breuer devido a uma tosse que a afligia, porém o médico constatou que sua sintomatologia era muito mais ampla, consistindo em paralisia na perna direita, perturbações no movimento dos olhos com alterações da visão, e em certa ocasião, incapacidade para beber que se estendeu por diversas semanas. Além disso, a paciente, conforme as horas do dia, tinha incapacidade para falar e compreender alemão, sua língua materna, apesar de conseguir expressar-se corretamente em inglês. Os sintomas coincidiam com os cuidados destinados ao seu pai, acometido por uma doença que o levava à morte.

Breuer, através do método hipnótico, sugerido pela própria paciente, constatou que todos os sintomas se referiam aos cuidados dedicados ao pai doente. Entretanto, a paciente, mesmo depois de ter comunicado os afetos e as ideias que a dominavam, voltava ao estado psíquico anterior, tendo que o procedimento ser repetido diversas vezes, e após cada narrativa,

a paciente desvencilhava-se pouco a pouco dos sintomas apresentados outrora.

A paciente descreveu tal método como “talking cure” e Breuer o chamou de método catártico,

Breuer havia chamado seu método de “catártico” (de kátharsis = purgação), pois o que ocorria durante o tratamento era uma “purgação” ou uma descarga do afeto que originalmente estava ligado à experiência traumática. A função da hipnose era a de, por sugestão, remeter o paciente ao seu passado, de modo que ele próprio encontrasse o fato traumático, produzindo-se, em decorrência disso, a “ab-reação”, isto é, a liberação da carga de afeto (GARCIA-ROZA, 1988, p.36).

Breuer não revelou a Freud o desfecho do tratamento de Anna O. Porém, hoje sabemos que seu fim estava relacionado aos fenômenos da transferência e contratransferência,

Depois que o trabalho de catarse parecia estar concluído, a moça subitamente desenvolvera uma condição de amor transferencial; ele não havia feito a ligação disso com sua doença e então se afastara desalentado. Evidentemente foi-lhe penoso ser lembrado desse aparente contretemps. Sua atitude em relação a mim oscilou por algum tempo [...] depois surgiram dificuldades [...] e nos afastamos (FREUD, 1925a, p. 33).

É neste momento que Breuer abandona o método catártico, porém isso permitiu a Freud iniciar sua pesquisa sobre a transferência, o que funciona como ponto de partida para a criação de um método único – o método psicanalítico. Freud já observara limitações na catarse: a incapacidade de hipnotizar todos os pacientes e a pouca duração dos resultados terapêuticos, influenciados pela resistência.

Os resultados mais brilhantes estavam sujeitos a ser de súbito eliminados, se minha relação pessoal com o paciente viesse a ser perturbada. Era verdade que seriam restabelecidos se uma reconciliação pudesse ser efetuada, mas tal ocorrência demonstrou que a relação emocional pessoal entre médico e paciente era, afinal de contas, mais forte que todo o processo catártico, e foi precisamente esse fator que escapava a todos os esforços de controle (FREUD, 1925a, p. 33).

Entretanto, vale ressaltar que a aplicação do método catártico permitiu uma perspectiva a respeito da definição dos fenômenos neuróticos que colocava em questão as formulações psiquiátricas clássicas, as quais associavam os sintomas neuróticos a fenômenos casuais ou acidentais, mas sim, que tais fenômenos apresentavam íntima relação com a vida dos sujeitos que deles sofriam.

Como aponta Garcia-Roza (1988, p.36), Freud só teve pleno acesso ao fenômeno da defesa a partir do abandono da técnica hipnótica, visto que o próprio método empregado era obstáculo maior de acesso a tal fenômeno. Posteriormente, a teoria de defesa se tornou um dos

pilares da teoria psicanalítica na compreensão da neurose, sua “pedra angular”.

A teoria do recalque é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise. É a parte mais essencial dela e todavia nada mais é senão a formulação teórica de um fenômeno que pode ser observado quantas vezes se desejar se se empreende a análise de um neurótico sem recorrer à hipnose. Em tais casos encontra-se uma resistência que se opõe ao trabalho de análise e, a fim de frustrá-lo, alega falha de memória. O uso da hipnose ocultava essa resistência; por conseguinte, a história da psicanálise propriamente dita só começa com a nova técnica que dispensa a hipnose (Freud, 1914a, p. 26).

Freud se questionava como era possível que os pacientes não se recordassem de fatos importantes das suas vidas, mas que, a partir da utilização do método hipnótico, deles se lembrassem. Ele concluiu que tudo que os pacientes não recordavam, de certa forma, fora aflitivo, doloroso ou vergonhoso para o paciente. Portanto, Freud passou a considerar, que por trás dos sintomas neuróticos não estava qualquer excitação emocional, mas uma excitação de natureza sexual (FREUD, 1925a, p. 30). Como pontua Garcia-Roza (1988, p.38), a defesa surge como uma espécie de censura por parte do paciente à ideia de recordar-se da lembrança penosa.

A defesa aparece, assim, como uma forma de censura por parte do ego do paciente à ideia ameaçadora, forçando-a a manter-se fora da consciência; e a resistência era o sinal externo dessa defesa. O mecanismo pelo qual a carga de afeto ligada a essa ideia (ou conjunto de ideias) é transformada em sintomas somáticos é chamado por Freud de conversão (GARCIA-ROZA, 1988, p.38).

Nesse momento, é importante pontuar que os termos “recalcamento” e “defesa” não são sinônimos. Defesa é um termo mais amplo, que designa o mecanismo pelo qual o “eu” se protege de uma representação dolorosa, sendo a conversão o método de defesa encontrado na histeria, o deslocamento, o método encontrado na neurose obsessiva e a projeção, nos casos de paranoia. Já o processo de recalque é designado como uma operação mais singular, específica, cuja finalidade consiste em manter distante, no inconsciente, representações relacionadas a uma pulsão.

No caso de o aparelho psíquico ser atingido por um estímulo que provoque uma excitação dolorosa, ocorrerá uma série de manifestações motoras que, apesar de inespecíficas, poderão afastar o estímulo causador da experiência desprazerosa. Se a mesma experiência se repetir, isto é, se a percepção do estímulo voltar a se apresentar, ocorrerá uma repetição dos movimentos que anteriormente produziram seu afastamento (GARCIA-ROZA, 1988, p.90).

Ao longo dos atendimentos, Freud pôde escutar diversos relatos de pacientes sobre

uma experiência de sedução sexual por parte de um adulto na época da infância, e em certo ponto, ele acreditou na veracidade de tais relatos, correlacionando-os à teoria sobre o trauma, levantando a hipótese de que a histeria decorreria dessa experiência traumática de sedução. (JORGE & FERREIRA, 2002, pp. 29-30). A sexualidade ganha um papel central para Freud na compreensão dos fenômenos neuróticos, sendo inclusive, ponto de discordância fundamental entre Freud e Breuer.

Inicialmente, Freud manteve sua crença de que os pacientes, quando crianças, haviam de fato sido seduzidos por adultos. Porém, em uma carta para seu amigo Fliess, ele revelou que “Não creio mais em minha neurótica” (FREUD, 1897b, p. 279)”, rompendo assim com sua crença primária e criando a noção de fantasia, após constatar que “sintomas neuróticos não estavam diretamente relacionados com fatores reais, mas com fantasias impregnadas de desejos, e que, no tocante à neurose, a realidade psíquica era de maior importância que a realidade material” (FREUD, 1925a, p. 40).

É fundamental destacar que, para além da sua escuta clínica, as correspondências trocadas entre Freud e Fliess¹, o levaram a grandes descobertas a partir das reflexões que o mesmo compartilhava com o amigo, como a realidade psíquica, a sexualidade infantil, o Édipo e a importância dos sonhos. A troca de correspondência teve fim em 1904, mas ao longo das reflexões endereçadas a Fliess, Freud produziu importantes contribuições que permitiram a construção da psicanálise, o incentivando, inclusive, a manter uma postura investigativa a respeito da sua própria neurose. Culminando, portanto, Freud a recomendar a todos aqueles desejosos por serem analistas, a supervisão e estudos constantes, além da submissão a um tratamento psicanalítico, sendo a última uma condição fundamental.

Todo aquele que tome o trabalho a sério deve escolher este curso, que oferece mais de uma vantagem; o sacrifício que implica revelar-se a outra pessoa, sem ser levado a isso pela doença, é amplamente recompensado. Não apenas o objetivo de aprender a saber o que se acha oculto na própria mente é muito mais rapidamente atingido, e com menos dispêndio de afeto, mas obter-se-ão, em relação a si próprio, impressões e convicções que em vão seriam buscadas no estudo de livro e na assistência a palestras. E, por fim, não devemos subestimar a vantagem que deriva do contato mental duradouro que, via de regra, se estabelece entre o estudioso e seu guia (FREUD, 1912a, p. 130).

Freud empregou diversos tratamentos tradicionais neurológicos como massagens, estimulação elétrica, pressão sob a cabeça, hipnotismo e método catártico. Por fim, abandonou estes métodos tradicionais por entender que seus resultados não lhe eram

¹ Médico alemão e grande amigo com o qual Freud trocava correspondências, que posteriormente, se tornaram documentos fundamentais dos postulados psicanalíticos.

suficientemente satisfatórios, como a catarse, por exemplo, que ocultava fenômenos importantes da transferência e resistência.

As regras técnicas que estou apresentando aqui alcancei-as por minha própria experiência, no decurso de muitos anos, após resultados pouco afortunados me haverem levado a abandonar outros métodos. Minha esperança é que a observação delas poupe aos médicos que exercem a psicanálise muito esforço desnecessário e resguarde-os contra algumas inadvertências. Devo, contudo, tornar claro que o que estou asseverando é que esta técnica é a única apropriada à minha individualidade; não me arrisco a negar que um médico constituído de modo inteiramente diferente possa ver-se levado a adotar atitude diferente em relação a seus pacientes e à tarefa que se lhe apresenta. (FREUD, 1912a, p.149).

Segundo Jones (1989, p. 248-250), não é possível determinar com precisão a data da descoberta do método da associação livre, porém é possível determinar que seu desenvolvimento aconteceu entre 1892 e 1895, “tornando-se decididamente refinado e purificado em relação aos métodos auxiliares – hipnose, sugestão, pressão e indagação – que o acompanhavam em seus primórdios”.

Apesar do uso da associação livre, Freud ainda empregava a hipnose preferencialmente, mesmo que em alguns estágios do tratamento. Finalmente, em 1896, renunciou à ela como método terapêutico.

Freud aponta que estão entre os principais constituintes da estrutura teórica psicanalítica: o inconsciente, a teoria do recalque, a etiologia da sexualidade e as experiências vividas na infância (FREUD, 1925a, p. 45), sendo a associação livre a única “regra fundamental” da psicanálise.

A chamada “regra fundamental”, sobre a qual se institui a situação analítica, nada mais é do que um convite a que o analisando produza derivados do recalque que, por sua distância no tempo ou pela distorção a que foram submetidos, possam romper a censura e servir de acesso ao material inconsciente. Fazer associação livre é, dentro do possível, afrouxar a censura consciente e permitir que derivados, ainda que remotos, possam aflorar à consciência e ser comunicados ao analista (GARCIA-ROZA, 1988, p.164).

É importante pontuar que quando Freud estabelece como regra fundamental da análise a associação livre, a palavra “livre” não significa ausência de determinação, visto que a essência da associação livre reside no fato justamente, da sua não liberdade. Porém, é na medida em que o paciente se sente livre do controle da consciência, não preocupado com uma coerência lógica ao que é narrado, que é permitido o surgimento de outra determinação – a do inconsciente, ordenado de forma singular, sendo estruturado, como nos diz Lacan, pela linguagem.

Dessa forma, Freud conseguiu demonstrar a sobredeterminação da vida psíquica e indicou que “o ser falante não é livre – nem com respeito a seus atos nem, com respeito a suas palavras” (SILVESTRE, 1989, p. 100).

No artigo *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, Freud já relatava as diferenciações entre a prática médica e a psicanálise, pela forma que ambas abordavam as questões sobre a produção do saber.

Casos que são dedicados, desde o princípio, a propósitos científicos, e assim tratados, sofrem em seu resultado; enquanto os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se os enfrenta com liberdade, sem quaisquer pressuposições (FREUD, 1912a, p. 149).

Segundo Mannoni, Freud disse em determinado momento uma frase que demonstrava seu distanciamento cada vez maior do discurso médico: “Após quarenta anos de prática médica, conheço-me o suficiente para saber que nunca fui um médico no sentido próprio da palavra” (FREUD apud MANNONI, 1994, p. 30).

Finalmente, a passagem de Freud da medicina para a psicanálise foi marcada pelo ano de 1899, após o término do livro *A interpretação dos sonhos*, que seria publicado apenas no ano seguinte. Através deste trabalho, Freud pôde revelar ao mundo uma de suas descobertas mais importantes: os mecanismos do inconsciente no processo de elaboração dos sonhos.

Ao fundar a psicanálise, Freud criou um campo de saber completamente distinto do discurso médico e “tomou o sujeito da ciência e o subverteu [...] Foi a operação freudiana que recolocou o sujeito em cena, para o que precisou constituir uma outra cena, o inconsciente, a fim de situá-lo” (ELIA, 2004, p. 30).

1.3 Lacan: a clínica do real

Jacques Lacan se formou em medicina e, no Hospital de Sainte-Anne, trabalhou como residente em psiquiatria. Durante o ano de 1932, iniciou sua análise com Loewenstein² e no fim do mesmo ano defendeu sua tese de doutorado na Faculdade de Medicina em Paris, intitulada: *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*. Em 1934, integrou

² Psiquiatra e psicanalista americano que atendeu Lacan um pouco mais de seis anos. Segundo Roudinesco & Plon (1944, p. 446) a análise acabou fracassada com um desentendimento entre eles.

a Sociedade Psicanalítica Francesa (SPP)³, vinculada à Associação Psicanalítica Internacional (IPA)⁴, se decidindo pela orientação em psicanálise.

Foi a partir de 1950 que Lacan iniciou seus seminários, se dedicando a uma cuidadosa releitura dos textos de Freud. Lacan visava resgatar nos textos freudianos aquilo que eles possuíam de mais radical e singular, contrapondo-se a psicologia do ego.

Durante seu percurso na SPP, Lacan questionou incisivamente os desvios clínicos e teóricos produzidos pelos psicanalistas, assim como os padrões burocráticos exigidos pela instituição, como número de sessões e tempo de cada sessão. Em 1953, Lacan se retirou da SPP e passou a integrar a Sociedade Francesa de Psicanálise, fundada por Daniel Lagache. Nesse período, Lacan escreveu *Função e campo da fala e da linguagem* (1953), em que introduziu sua proposição mais conhecida: “o inconsciente é estruturado como linguagem” e as diferenciações entre os três registros: o real, o imaginário e o simbólico.

Até o ano de 1963, Lacan transmitiu seu ensino dedicado aos textos de Freud através de seus seminários, quando, neste período, introduziu as noções da álgebra para matematizar seus conceitos fundamentais. Em 1963, Lacan foi “excomungado”⁵ da IPA, rompendo com a instituição definitivamente e, em 1964 criou a Escola Freudiana de Paris (EFP).

O ensino de Lacan provocou uma ruptura com a forma que a psicanálise era transmitida nas suas dimensões teórica e clínica. Lacan incorporou à Psicanálise conceitos extremamente importantes – conceito de significante, a teoria dos quatro discursos e a ética da psicanálise, avessa a ética do bem ao próximo tão presente nos corredores da instituição hospitalar.

Ao analisar a relação entre inconsciente e linguagem, Lacan desenvolveu a lógica do significante, através do ensino de Saussure, filósofo suíço que fundou a ciência da linguística. Porém, ao mesmo tempo que se apropria do conceito de significante formalizado por Saussure, subverte-o (FERREIRA, 2002, p. 114).

Segundo Saussure, o signo linguístico é resultado da junção entre significante e significado, ou seja, “O signo linguístico une não uma coisa e uma palavra, mas um conceito e uma imagem acústica” (SAUSSURE apud FERREIRA, 2002, p.114).” Para o signo linguístico, toda palavra é o que ela representa e contém um som (imagem acústica) relacionado a um significado, conceito.

Vale destacar que, apesar da correlação biunívoca entre significante e significado,

³ A primeira instituição psicanalítica francesa, criada em 1926, tendo como protagonistas desse movimento Rudolph Loewenstein, Marie Bonaparte, Édouard Pichon e René Laforgue.

⁴ Associação fundada pelo Freud em 1910 e que funciona até os dias de hoje em âmbito internacional.

⁵ Expressão utilizada por Lacan no Seminário 11 (1964), que expressava o valor quase “religioso” da IPA.

Saussure diferencia a imagem acústica do significante, sendo que este “em sua essência [...] não é de modo algum fônico; é incorpóreo; constituído, não por sua substância material, mas unicamente pelas diferenças que separam sua imagem acústica de todas as outras” (SAUSSURE apud FERREIRA, 2002, p. 115). Já a imagem acústica, “não é o som material, coisa puramente física, mas a impressão (*empreinte*) psíquica desse som, a representação que dele nos dá o testemunho de nossos sentidos; tal imagem é sensorial e, se chegarmos a chamá-la ‘material’, é somente neste sentido, e por oposição ao outro termo da associação, o conceito, geralmente mais abstrato” (SAUSSURE, 2010, p. 80).

Lacan concluiu que não há relação imprescindível entre significante e significado, sendo o significante uma espécie de unidade mínima do simbólico, que aparece sempre articulada aos demais significantes. O processo de significação surge a partir desta articulação entre os significantes que formam uma cadeia.

O inconsciente é constituído dessa forma: pelo desfilamento dos significantes, que deslizam sem cessar, não se detendo em significados. O que Freud designa por cadeia associativa, Lacan vai chamar de cadeia de significantes, um significante articulado a outro, a outro, a outro (QUINET, 2008, p. 30).

Tomando que “o inconsciente é dos efeitos da fala sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante” (Lacan, 1964, p.126), é possível dizer que, para cada sujeito, a cadeia de significantes é única, pois é determinada pela sua constituição histórica.

Lacan definiu o conceito de significante como aquilo que representa um sujeito (\$) para outro significante. O sujeito é produto da operação que articula dois significantes (S1 e S2). “É preciso marcar que o conceito de sujeito não se confunde com o de indivíduo e se opõe à noção de unidade, remetendo sempre para uma constante divisão. Sujeito é o que está sempre deslizando em uma cadeia de significantes” (JORGE, 2009, p. 46).

Neste momento, é fundamental ressaltar que o conceito de sujeito é uma proposição criada por Lacan e, por isso, diferente da noção de eu. “O eu opera num determinado recobrimento das relações simbólicas que estruturam o sujeito” (VALLEJO & MAGALHÃES, 2008, p. 53). Freud, na segunda tópica, descreve o eu como um sistema de defesa, e neste sentido, centro de resistências, impossível ser pensado senão como eu-outro. Assim, Lacan denuncia os equívocos cometidos pelos psicanalistas pós freudianos, ao confundirem o eu e o sujeito, colocando o eu no centro da análise.

Dessa forma, o sujeito não pode ser reduzido a uma substância, a um corpo. O sujeito

é isso que emerge no tropeço de um significante e outro. O sujeito lacaniano é dividido e estruturado pela linguagem. O sujeito surge comprometido em uma jogada que não tramou, e esse é o ponto essencial em que se encontra a dimensão estruturante do sujeito através do processo inconsciente (VALLEJO & MAGALHÃES, 2008, p. 13).

O sujeito enquanto estrutura se constitui sobre os três registros indicados por Lacan: imaginário, simbólico e real (RINALDI, 1996, p. 33). É importante pontuar que o imaginário não significa imaginação, mas um sistema dos significados. O simbólico é constituído pela rede de significantes, a cadeia de significantes na qual o sujeito é inserido. Já o Real não pode ser confundido com a realidade. O real escapa à simbolização, impossível de ser simbolizado pela linguagem, aquilo que emerge e faz furo, o resto. “A única via de o real se inscrever na estrutura é através dos efeitos de sua própria impossibilidade. O real é o que existe assim como o simbólico é o que insiste e o imaginário é o que faz consistência” (JORGE & FERREIRA, 2009, p. 31-32). Para além de algo impossível de sentido, o real pode se referir àquilo que do corpo é impossível de ser simbolizado através da fala.

A psicanálise se ocupará de um corpo que é simbólico, real e imaginário. E entre este corpo e o organismo da medicina há um desencontro, há algo deste sujeito que não pode ser capturado pelos signos da anatomia humana, que resta como um real. Dessa forma, a psicanálise se põe a trabalhar onde o sujeito e o corpo excedem a um órgão ou uma doença. “Dizer que o corpo é uma realidade é dizer que, como ela, ele é triplo, simbólico, imaginário e real, sendo aí a questão, saber se, e como, a psicanálise, que opera pela fala, dá um acesso eficiente a alguma coisa do corpo que seria real” (Soler, 1989, p.03).

Outro acréscimo fundamental que Lacan traz à psicanálise é o conceito de “sujeito suposto saber”, uma nova conceituação a respeito da transferência. Figueiredo (1997), através de uma análise histórica do surgimento da psicanálise e da descoberta por Freud do “amor transferencial”, destaca a transferência como um processo pelo qual os desejos do inconsciente do sujeito referentes a objetos externos passam a se repetir em análise, na figura do analista, deslocando-o para a posição de desejo.

Para Lacan, o que leva à busca por um analista está intrinsecamente vinculado à ideia de que este tem um saber sobre o sujeito ou seu sintoma que lhe escapa, ou seja, isso que escapa ao conhecimento do sujeito vai ser atribuído como um suposto saber ao analista, “desde que haja em algum lugar o sujeito suposto saber [...] há transferência” (Lacan, (2008[1988]), p. 220).

Segundo Lacan, a transferência é possibilitada “pelo fato único de que o paciente se coloca em posição de se entregar à livre associação. Coloca-se na posição de buscar a

verdade sobre si mesmo, sobre sua identidade, sobre seu verdadeiro desejo” (MILLER, 2002, p. 73) e para isso o analisando situa o analista enquanto grande Outro. É fundamental destacar que “o grande Outro está desde antes, presente na revelação subjetiva [...] Ele já está lá, em toda abertura por mais fugidia que ela seja, do inconsciente” (LACAN, 1964, p. 125).

Vilanova (1997) conseguiu ilustrar bem essa condição da práxis psicanalítica através da apresentação de um caso, no qual um adolescente internado é acompanhado por um psicanalista. Após um longo tempo em que o adolescente se manteve calado ao longo das sessões, o paciente começa a falar com o analista, que diariamente o visitava e sustentava seu silêncio e apostava que ali havia um sujeito.

Com a possibilidade da inscrição da demanda dirigida a um Outro que se dispõe a reconhecer um sujeito que fala, falando de seu corpo Jean começou a tomar a palavra. O discurso analítico faz laço social ao promover a reinserção do sujeito na cadeia significante, uma operação possível à medida que o analista, ao tomar para si o silêncio da ignorância acerca da verdade do sujeito, permite sua enunciação, pois não se diz coisa qualquer diante da dor de quem sofre (Vilanova, 1997, p. 280).

O desafio proposto por Lacan é o de elaborar o inconsciente como uma espécie de “fechadura”, convocando a psicanálise a operar pela via “da chave”. Segundo Vieira (1997), o trabalho analítico baseado pelo método da chave em Lacan, significa trabalhar por uma via que não se restringe ao sentido das palavras, para não se deixar enganar por uma interpretação ou compreensão equivocada, e acrescenta ainda uma concepção fundamental a este trabalho: “podemos supor, entretanto que a chave à qual refere-se Lacan seja o objeto *a*” (Vieira, 1997, p. 3).

Vieira (1997) esclarece que o objeto *a* pode ser entendido como “aquilo que faz funcionar os significantes posto que é a extração deste que causa o desejo e leva o sujeito (...) a percorrer indefinidamente a cadeia do significante na tentativa de completar sua falta-a-ser” (p.13).

Lacan esclarece que o analista não deve ceder à tentação de se identificar ao saber que o analisando lhe atribui, assemelhando-se ao papel do médico em uma internação hospitalar. O sujeito suposto saber é um efeito da estrutura da situação analítica, o qual é muito diferente de se identificar com essa posição (MILLER, 2002, p.75). O analista será aquele que não recuará diante da demanda dirigida a ele, se interessando pelos restos, por aquilo que é negligenciado, devendo inclusive encarnar a dimensão de objeto *a*, objeto causa de desejo, “a posição do psicanalista eu articularia da seguinte forma – digo que é feita substancialmente de objeto *a*. (Lacan, 1969-1970, p.44). Dessa forma, ao ocupar a dimensão

de objeto *a*, o analista possibilita que alguma coisa do sujeito possa operar diante do real da doença e da dor que se apresenta insuportável.

O psicanalista, ao sustentar aquilo que surge da fala do paciente, possibilita recolocar uma dimensão que está cada vez mais *foraclusida* da prática médica – a dimensão subjetiva. Ter como norteadora a orientação psicanalítica possibilita um lugar único do psicanalista na instituição hospitalar, a de “responder” da “originalidade de sua posição”, que segundo Lacan, seria exatamente, “a posição que pode ocupar o psicanalista” (1966b, p. 13).-

1.4 Psicanálise in loco: a entrada da psicanálise no Hospital

A clínica psicanalítica é a clínica do real e não há melhor exemplo disso do que a prática cotidiana do trabalho no hospital.

Sonia Alberti

A partir do surgimento da noção de hospital como um local de cura indissociável à presença da prática médica, Foucault (1978) afirma que no final do século XVIII e início do século XIX surgiram as figuras do doente mental e da psiquiatria. Assim, como aponta o autor, houve uma aproximação entre medicina e loucura que possibilitou a abertura do hospital para as ciências que se debruçam sobre o psiquismo.

Dir-se-á que todo saber estar 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 (FOUCAULT, 1978, p. 84).

É necessário, neste momento, reconhecer dois tipos de práticas clínicas que culminam na gênese do aparecimento, primeiramente, da psicologia e, posteriormente, da psicanálise no contexto hospitalar nacional. O primeiro movimento é o da Psicologia Hospitalar, tendo como origem seu trabalho iniciado em São Paulo, e trazendo como característica fundamental uma prática que se desenvolvia concomitantemente ao trabalho no cotidiano hospitalar. Destaca-se como precursoras desse movimento Mathilde Neder e Belkiss W. Romano, que também inaugurou o primeiro curso sobre psicologia hospitalar no país

denominado “Psicologia Clínica Aplicada a Hospitais” em 1977, na PUC-SP.

Como destaca Doca e Costa Junior (2007), ao debruçar-se sobre o histórico da prática de psicólogos no hospital geral e no trabalho realizado por Mathilde Neder, a atuação da psicologia neste contexto surge de uma demanda médica em relação à adaptação e aderência ao tratamento por crianças submetidas às cirurgias de coluna. Assim, era convocada a presença do psicólogo no momento pré e pós-operatório.

O fato é que os primeiros psicólogos hospitalares no Brasil, já na década de 1950, na experiência de São Paulo, realizavam um trabalho de atendimento sistemático, tendo como uma das suas estratégias principais de atuação a preparação psicológica de pacientes para cirurgia, procedimento que só começa a ser melhor delimitado como estratégia de atuação a partir da década de 1980. (DOCA; COSTA JUNIOR, 2007, p;168).

A entrada e consolidação da atuação da Psicologia Hospitalar neste primeiro momento, pelas psicólogas Belkiss W. Romano e Mathilde Neder são atravessadas por uma clínica humanista. Ambas estavam preocupadas com o processo de adoecimento, com a internação hospitalar e com os desdobramentos que esse espaço pode produzir na subjetividade, possibilitando o aparecimento de dificuldades no seu tratamento.

A tarefa do psicólogo hospitalar dentro desse modelo seria atender, identificar, intervir e registrar os desajustes emocionais do paciente e da família dele decorrentes do diagnóstico, do processo que ele vai sofrer dentro do hospital e, depois, durante sua reinserção na sociedade. (ROMANO, 1999).

O outro movimento que surge relacionado à entrada da atuação do psicólogo na instituição hospitalar é o da Psicossomática e Psicologia Médica, na década de 1950, que tem como percursores Danilo Perestrello⁶ e Júlio de Mello Filho⁷. Mesmo ambos sendo médicos e psicanalistas promovem uma leitura humanista no campo da saúde.

Segundo Mello Filho (2010), a Psicossomática surge na década de 20 quando Heinroth, médico alemão, cunha as expressões psicossomática e a somatopsiquiatria. Para o autor, a Psicossomática evoluiu em três fases distintas. Inicialmente, através da psicanálise, debruçou-se sobre o inconsciente e as teorias de regressão. Posteriormente, com uma vertente behaviorista buscou entender e pesquisar estudos sobre o estresse. Por fim e

⁶ Danillo Perestrello foi psiquiatra e psicanalista, formulou as bases da medicina psicossomática no contexto brasileiro, referenciado pela teoria psicanalítica. Em 1951, Perestrello ministrou um curso acerca da medicina psicossomática na faculdade de medicina da Universidade do Brasil, da qual era docente. Em 1958, Perestrello publicou o livro *Medicina psicossomática*.

⁷ Júlio de Mello Filho inicia o setor de psicossomática no Hospital São Francisco de Assis no Rio de Janeiro no ano de 1966 e dez anos depois torna-se livre docente de Psicologia Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ.

atualmente, baseada em uma noção de multidisciplinaridade, leva em consideração o social, sendo a Psicossomática uma atividade essencialmente de integração entre as equipes de saúde, segundo sua visão particular.

No Brasil, a entrada da psicanálise nos hospitais começa a partir do final do século XX, surgindo dos ecos da Reforma Psiquiátrica e Sanitária. Destaca-se fundamentalmente o trabalho de duas referências a respeito da introdução de uma clínica psicanalítica no hospital, Consuelo Pereira de Almeida e Sonia Alberti, que iniciaram suas práticas clínicas e pesquisa dentro do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE) e no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG/UFRJ) respectivamente, no final da década de 1970.

Alberti e Almeida (2005) narram que no IPPMG, lhes era ofertado de forma facultativa a possibilidade de assistir a um Grupo Ballint⁸, realizado por um médico-psicanalista e uma psicóloga. As autoras relatam que, neste hospital em particular, este médico-psicanalista gozava de demasiado prestígio, apesar de nunca ter atendido diretamente a nenhum paciente. Segundo Alberti e Almeida (2005) seu prestígio devia-se à transferência entre o grupo médico e esse médico-psicanalista em questão, “a transferência do corpo médico com esse médico psicanalista sustentava, secundariamente, nosso próprio trabalho com os pacientes do hospital” (p.58). Tal processo transferencial, como apontam as autoras, só foi possível a partir de uma “enorme demanda reprimida” por parte desse grupo de médicos que, ao serem confrontados com o real da clínica, precisavam poder elaborar uma forma de falar dela que fosse possível.

É importante destacar que no contexto histórico do país, na década de 70, a psicanálise era uma prática restrita aos médicos, segundo a International Psychoanalytical Association (IPA), e com um setting terapêutico determinado *a priori* e rígido que invalidava seu exercício em outra configuração que não fosse o consultório privado.

Na época só ingressava na IPA para formação psicanalítica quem fosse médico; caso o candidato não o fosse, precisava assinar um documento no qual se comprometia a sempre clinicar sob controle de um colega médico, mesmo depois de terminada sua formação. Portanto, também era provável que no hospital não se tivesse ideia de que um psicólogo poderia sustentar um atendimento a partir da psicanálise [...] Os analistas formadores desenvolviam seus trabalhos nos consultórios e, mesmo quando davam suporte a trabalhos realizados nas

⁸ O grupo Balint surgiu em Londres no início dos anos 1950, a partir do seu criador, Michael Balint, nascido na Hungria, estudou medicina e se tornou psicanalista, tendo feito análise e supervisão com Ferenczi. O grupo tem como objetivo pensar a relação médico-paciente e suas adversidades no trabalho efetivo de uma equipe de saúde em um hospital.

instituições, separavam claramente a clínica psicanalítica do trabalho na instituição (ALBERTI; ALMEIDA, 2005, p.58;62).

O trabalho realizado no HSE, por sua vez, começou vinculado ao serviço de pediatria, como apontam as autoras, e funcionava de acordo com a demanda médica, em sua maioria por uma resposta a um parecer solicitado. As autoras apontam “intervenções esporádicas” junto à equipe médica que apontavam a presença de um sujeito, no sentido de promover uma abertura para o inconsciente, muito além do órgão adoecido de um indivíduo.

O trabalho desenvolvido compreendia além da resposta a pareceres da clínica médica, a utilização de alguns conceitos da teoria psicanalítica juntamente com a equipe médica, com intervenções esporádicas e sempre de maneira muito tímida, na tentativa de chamar a atenção de fatores clínicos que evidenciavam a presença do sujeito (ALBERI & ALMEIDA, 2005, p. 60).

Sonia Alberti e Consuelo Pereira de Almeida pontuam também as dificuldades e obstáculos encontrados no “nascimento de uma prática”, como a dificuldade de entrosamento da equipe no que diz respeito às diferentes abordagens teóricas, apontando “a falta de uma abordagem teórica sólida que, ao se articular com a clínica, pudesse dar uma sustentação a esse trabalho” (Alberti e Almeida, 2005, p. 60).

Neste trabalho, é importante pontuar que junto à narrativa dessas práticas clínicas, a escuta psicanalítica suscitou questões que fomentaram, posteriormente, os caminhos possíveis a serem trilhados por psicanalistas nessas instituições, formando assim, uma base teórica sólida que pudesse vir a sustentar a prática psicanalítica no contexto hospitalar.

Uma dessas questões fundamentais questionava o lugar do sujeito capturado pela instituição hospitalar em meio ao discurso médico, que convida ao desprendimento da subjetividade do paciente em prol de uma objetificação desse corpo e do seu adoecimento. Assim, colocando o sujeito e doença juntos como alvo de uma supressão.

Essas considerações exigem pensar o trabalho do psicanalista no hospital fundamentalmente na contramão de um saber previamente estabelecido, que exclua o sujeito. É do lugar de analista instituído no dispositivo analítico (...) que um saber será construído para não suturar o sujeito.(ALBERTI & ALMEIDA , 2005, p.68).

Através deste fragmento acima, as autoras visam pontuar que o sujeito da medicina difere radicalmente do sujeito da psicanálise. Frente à dificuldade de manejo encontrada pela equipe de saúde em lidar com o real das doenças, real que marca o corpo e que remete à

finitude de cada um, surge a problematização referente ao sujeito da psicanálise, levando em consideração sua dimensão de gozo, corpo, pulsão e demanda. Outro questionamento que é necessário destacar é referente à demanda médica e ao lugar de *status quo* que o psicólogo é convocado a operar. Para as autoras, ficou evidente a importância de apresentar-se em um lugar que possibilitasse o encontro do outro da instituição com o discurso do psicanalista.

Mattos (1999), compartilha da afirmação apresentada pelas autoras ao destacar que no contexto hospitalar, sob a presença da vigilância e controle, o psicólogo passa a assumir o papel da psiquiatria, sendo convocado a intervir nas situações nas quais as questões subjetivas do sujeito transbordam a rotina médica. Dessa forma, tais questionamentos são classificados como “empecilhos” para a adesão do tratamento e funcionamento da instituição. O autor aponta que “é sob a égide da vigilância e do controle que o psicólogo frequentemente adquire trânsito específico nos hospitais gerais. O legado de certa psiquiatria, cumpridora de várias funções, faz-se presente nas expectativas institucionais quanto à atuação do psicólogo” (MATTOS, 1999, p. 20).

É possível destacar, então, que no contexto hospitalar ainda não se faz de forma clara a distinção e separação do trabalho do psicanalista e do trabalho do psicólogo. Como apontam as autoras, foi instaurado nessa demanda não distinta um fazer outro, pela “via da clínica”, que permitisse a abertura da instituição a uma nova demanda, “Pudemos verificar então como a transmissão de um trabalho pela via da clínica, ou seja, com oferta de escuta dos casos, pôde criar uma demanda de psicólogos em outros serviços” (Alberti & Almeida, 2005, p. 61).”

Lacan (1958) já nos apontou que com a oferta, cria-se a demanda (p.623). Porém, é necessário destacar outro conceito de Lacan que sustenta e viabiliza uma clínica respaldada pela teoria psicanalítica dentro do hospital: o desejo do analista. No relato trazido, Alberti e Almeida (2005) narram suas buscas pessoais por supervisões e estudos, mesmo com poucas referências, que apontam seus engajamentos fora da instituição em uma fundamentação teórica dentro das universidades, que pudesse vir a contribuir nas suas formações como analistas e na sustentação de suas práticas dentro da instituição.

Como pudemos escrever em outra ocasião, a teorização do exercício da psicanálise na interseção com a medicina “implica uma inventividade, mas implica, sobretudo, a sólida ancoragem teórica do analista que se propõe a contribuir nessa tarefa, a fim de manter sua direção e esforçar-se por não cair nos desvios citados desde 1956 por Jacques Lacan” (ALBERTI & ALMEIDA, 2005, p.69).

É possível dizer que a psicanálise insiste e resiste desde o início da luta

antimanicomial e a reforma sanitária até os dias atuais frente as inúmeras práticas institucionais. A posição da psicanálise no encontro com esses outros discursos passa pela via da subversão, pois fundamenta-se pela pretensão de se fazer exercer uma experiência ética fundamentada no desejo inconsciente. (Lacan, 1958). É o desejo do analista que singulariza o ser e o faz se desvencilhar das inúmeras capturas categóricas e generalistas que compõem, muitas vezes, as demais práticas institucionais.

Para entendermos melhor de que forma a psicanálise insiste e subverte as práticas encontradas no contexto hospitalar, adiante, iremos ampliar o olhar a respeito da função que o analista, orientado pela sua ética, ocupa nessa instituição frente ao discurso médico e o encontro entre psicanálise e medicina nos corredores do hospital.

2 SOBRE UM OFÍCIO: O LUGAR DO ANALISTA

2.1 Enlace indissociável: clínica e pesquisa na psicanálise

Inicialmente, é preciso recapitularmos aquilo que desenvolvemos até aqui: psicanálise e medicina, por mais que coexistam em um mesmo espaço geográfico, operam a partir de lógicas muito distintas. Entretanto, precisar suas distinções, sem nos deixarmos aprisionar em posições binárias ou concorrentes, não é uma tarefa fácil. Para isso, é necessário compreendermos como se estabelecem essas diferenças e por quais vias elas operam.

Para que a psicanálise possa se sustentar, Lacan (1967/2003) desenvolveu o termo psicanálise em extensão, que derivou da psicanálise em intensão: “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)⁹. Assim, necessariamente, a psicanálise em extensão – enquanto prática – depende, indispensavelmente, da psicanálise em intensão, ou seja, da responsabilidade do psicanalista na análise.

Para pensarmos o que autoriza a psicanálise em extensão e intensão nas instituições, se faz fundamental pontuarmos que Freud, ao inaugurar a psicanálise, a define como um método terapêutico e de pesquisa, “...uma combinação notável, pois abrange não apenas um método de pesquisas das neuroses, mas também um método de tratamento baseado na etiologia assim descoberta” (Freud, 1913, p.225).

Assim, posicionar-se como analista é colocar-se também como pesquisador e clínico, visto que é durante a relação terapêutica, através dos elementos encontrados e acolhidos na clínica que se estabelece a pesquisa em psicanálise.

Segundo Elia (2000), é fundamental o reconhecimento dessas duas dimensões – clínica e pesquisa – na psicanálise, de forma indissociável, visto que, é essa composição que autoriza o lugar da psicanálise nas instituições, frente às outras ciências e saberes. Diferentemente das ciências clássicas, como a medicina, Lacan (1966a) coloca a questão da cientificidade da psicanálise para demonstrar seu lugar original, resguardando certa correlação com a ciência moderna. Por mais que seja proveniente do seio da medicina, a psicanálise não

⁹ Lacan (1967/2003) escreveu a Preposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola com o objetivo de garantir a autenticidade da Psicanálise.

integra o rol das ciências naturais e objetivas, das quais a neutralidade e o objetivismo ditam o modelo a ser seguido. É por guardar em si sua propriedade idiossincrática de não enlaçamento com as ciências naturais, que ela pode operar a partir do sujeito que a ciência funda e, ao mesmo tempo, exclui da cena científica.

O sujeito da psicanálise é o sujeito excluído da ciência. O sujeito da ciência é fundado pelo *cogito* cartesiano “penso, logo existo”. Após elevar suas dúvidas ao máximo, lhe resta apenas a certeza da sua existência através do pensamento. Porém, o sujeito do inconsciente, “não é um sujeito empírico, dotado de atributos psicológicos, sociais, políticos, ideológicos ou afetivos. Enquanto tal, ele é sem atributos” (Elia, 2000, p.26). Dessa forma, apesar de o discurso científico supor um sujeito, não opera sobre ele, afinal, o foraclui. Então, esse sujeito passa a ser incluído na cena psicanalítica.

Portanto, torna-se fundamental pontuar que toda a clínica em psicanálise lida com o acesso ao sujeito do inconsciente e, por isso mesmo, lida com o que é de mais singular do seu campo clínico e de pesquisa. A psicanálise não irá trabalhar com um saber prévio, anterior ao encontro com sujeito, como é estabelecido pela medicina. Além disso, não levantará hipóteses a serem verificadas ou refutadas nesse encontro, como faria o discurso médico, dado que, na medicina, os sinais e sintomas precedem o sujeito e já estão estabelecidos pelos livros de fisiopatologia. O analista-pesquisador vai dirigir sua escuta àquilo que fundamenta sua clínica: o saber inconsciente que o sujeito traz consigo, no encontro de cada caso e que lhe é próprio. Para que o analista possa vir a encontrar com esse seu objeto de pesquisa, o inconsciente, se faz necessário um método, o analítico. Logo, como descreve Elia (2000), “toda e qualquer pesquisa em psicanálise é, assim, necessariamente, uma pesquisa clínica” (p.23).

A prática clínica possibilita e sustenta a construção de um saber clínico e, este saber, vai orientar a prática clínica. Dessa forma, clínica e pesquisa se tornam indissociáveis e cíclicas no campo da psicanálise – uma não se faz sem a presença da outra, “a clínica, em seu cerne, é a um só tempo a prática de um saber e uma via de pesquisa que contribui para estabelecer um saber a partir de uma prática” (Ansermet, 2003, p.7).

Portanto, o que autoriza a presença do analista na instituição hospitalar? O fato de que a psicanálise instaura um saber outro, completamente distinto daqueles discursos calcados em uma cientificidade neutra e objetiva presentes nesta instituição. O analista, presente no hospital, opera por uma via que acolhe elementos que se colocam muito além da realidade fisiopatológica do paciente, considerando o lugar que a doença ocupa na dimensão psíquica do sujeito, visto que, como nos aponta Lacan (1966a, p.873), “por nossa posição de sujeito,

sempre somos responsáveis”.

O sujeito do inconsciente está coberto por identificações que aderiu e produziu ao longo da vida. Dessa forma, é imprescindível pensarmos a posição subjetiva que o paciente toma frente ao seu processo de adoecimento, bem como a posição que estes sujeitos ocupam durante a internação e tratamento. Alguns, negligenciam completamente sua doença, negando-a, pela impossibilidade de suportar a própria finitude. Em contrapartida, outros aderem de tal forma ao discurso médico, através de uma submissão *quase* absoluta, se transformando em objetos. É a partir do *quase* que surge o psicanalista. Sustentado pela própria ética e distante do olhar focal da medicina, o psicanalista se apresenta neste quase para convocar aí, um sujeito que se coloque frente a frente com seu desejo e com sua angústia.

Como pontua Elia (2000) “É possível, assim, fazer psicanálise em qualquer estrato social, em qualquer ambiente institucional, desde que haja analista, de um lado e sujeito dividido, de outro” (p. 28). Logo, por não estar inserida no discurso das ciências naturais, e operar por um discurso e uma ética que lhe é totalmente particular, a psicanálise instaura e sustenta um lugar estrutural onde o analista, estrangeiro da equipe médica, opera com o paciente por um modo que lhe é próprio e insubstituível. Portanto, a clínica e a pesquisa em psicanálise, por se debruçarem sobre o sujeito, sujeito dividido, diferente do paciente da medicina, se tornam precisas e preciosas no espaço hospitalar. Por a psicanálise ser a única capaz de fazer advir o sujeito do inconsciente, opera uma ruptura fundamental entre os discursos, o que viabiliza a sua práxis em qualquer instituição em que o psicanalista, amparado pelo seu desejo e sua ética, esteja presente.

2.2 Discurso médico x Discurso psicanalítico

O hospital é um local marcado pelo entrecruzamento de diversos saberes e discursos, e, ao longo desta escrita, será possível identificar que tais discursos diferem radicalmente entre si. O discurso do médico ocupa um espaço de prevalência na instituição hospitalar, sendo a referência para os demais profissionais. Como profissional da saúde, o sujeito que é também psicanalista, leva em conta tal prevalência, mas o psicanalista que há nele excetua-se disso, orientado pelo próprio discurso, o discurso da psicanálise. A clínica psicanalítica só se realiza a partir de um discurso que lhe é singular, e por isso, sustentá-lo é essencial para a sua prática. Eis o maior desafio do psicanalista dentro do hospital – o de sustentação do discurso e

da ética da psicanálise frente a um espaço marcado por diversas práticas institucionais.

Para aprofundarmos e desenvolvermos a discussão aqui proposta, recorreremos à teoria dos discursos, formulada por Lacan (1969-1970/1992) no seu seminário *O avesso da psicanálise*, tendo como objetivo principal debruçarmos-nos, fundamentalmente, sobre aquilo que for mais necessário para o tema em questão: o discurso do mestre e o discurso do psicanalista.

No seminário, Lacan (1969-1970/1992) mencionou quatro discursos distintos: o discurso do mestre, o discurso da histórica, o discurso do universitário e o discurso do analista, sendo o último uma forma original de laço social.

Para Lacan (1969-1970/1992), o discurso instaura uma nova maneira de entender o laço social, já que este é um vínculo estruturado pela linguagem e pelo gozo, que ultrapassa em muito a palavra – “um discurso sem palavras” (LACAN, 1969-70, p.11), ou seja, aquilo que está para além dos enunciados. No instante em que o sujeito está inserido num determinado discurso, seus atos demonstram “dizeres sem as palavras”. É importante pontuar que, apesar de Lacan tratar o discurso como uma possibilidade de um laço social com o outro, isso não implica um diálogo, uma conexão. Há nesse encontro uma hiância, algo que não funciona no campo da compreensão e do dizer. É esta perda que permite por um lado, o laço discursivo e por outro, aponta para uma falta estrutural, evidenciando a dimensão do real que implica numa impossibilidade inerente da própria estrutura. A falta que impõe uma impossibilidade é conceituada por Lacan (1962-1963), no momento em que ele faz sua própria contribuição à psicanálise: o objeto *a*.

Os discursos irão resultar da articulação significante, que o autor chama de “aparelho”, o “aparelho de quatro patas, com quatro posições” que pode vir a “definir quatro discursos radicais” (LACAN, 1969-1970, p. 18), e cuja presença governa tudo o que pode vir a surgir de palavras. Assim, o discurso se funda na articulação de um significante (S1) – proveniente do campo do Outro –, que representa um sujeito (\$) para outro significante (S2). Nesta operação da emergência do sujeito, entre um significante e outro, há também o surgimento de uma perda, uma falta, o objeto *a*. Estes elementos obedecem a uma sequência que pode vir a mudar de lugar através de um giro, adquirindo uma nova função no discurso.

Para elucidar, as letras que compõem esta estrutura algébrica são:

- S1: Entendido como significante mestre, que seria condição de articulação da cadeia, vazio de significação. Também pode ser compreendido como significante da primeira experiência de satisfação, que está perdida, não podendo ser retomada de forma total.

- S2: Significante ante o qual se estrutura a cadeia mínima para a significação; este significante é representado pela busca infundável da primeira experiência de satisfação (S1), sendo essa repetição formadora da própria cadeia de significantes, isto é, o saber inconsciente (QUINET, 2009).
- \$: sujeito dividido, marcado pela dimensão do inconsciente;
- *a*, mais-de-gozar, nomeia o gozo fracassado, perdido. “Na repetição, em que o sujeito está sempre procurando obter novamente aquela experiência que o S1 comemora, há um gozo de busca, e também um gasto. E o resultado é o gozo fracassado” (QUINET, 2009, p.32).

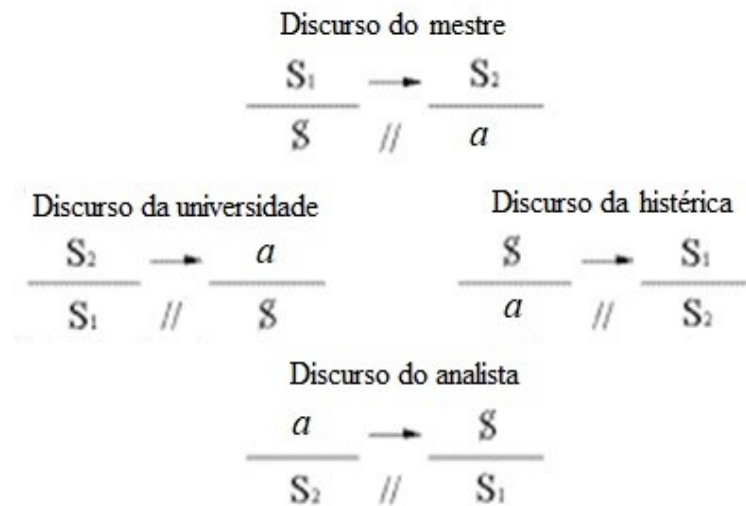
As posições irão indicar, respectivamente:

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

O agente domina o discurso 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. O outro é a quem o discurso se dirige, a produção seria o efeito do discurso, aquilo que resta, e por fim, a verdade sustenta o discurso, mas nunca pode ser totalmente dita, havendo separação entre verdade e produção.

Assim a barra da primeira fração é aquilo que indica o representante e o representado em cada laço social. O representado, escamoteado pela barra, é o que sustenta a verdade de cada discurso. O agente de cada laço social é o agente da verdade para o outro produzir alguma coisa (QUINET, 2009, p.33).

Tais elementos ao serem permutados formam quatro discursos distintos:



Segundo Lacan, os três ofícios que Freud (1937/1996) apontou como impossíveis – governar, educar e analisar – estão relacionados com os discursos, respectivamente do senhor (ou mestre), da universidade e do psicanalista, e assim, apontando o mal-estar presente nos laços sociais.

Lacan (1969-1970) elabora o discurso do mestre a partir da dialética do senhor e o escravo introduzida por Hegel em *A Fenomenologia do Espírito*. Esse discurso encontra-se no registro da dominação, do poder.

Através do discurso do mestre, é obtida a definição tanto do sujeito, quanto do significante. “O sujeito é aquilo que um significante representa para outro significante.” Dessa forma, Quinet (2009) afirma que, “nesse discurso, o significante (S1) representa o sujeito para a rede de todos os outros significantes (S2), ou seja, para a rede de saber” (p.33). A função significante sobre a qual a essência do mestre se apoia instaura um “outro lugar”, localizado acima e à direita, representado pelo saber. O outro adquire a função de um escravo, onde lhe é imposto um trabalho.

Dessa forma, neste discurso, o S1 (sobre o qual a essência do senhor se apoia) age sobre o outro S2 (o escravo), tomado como saber, a fim de adquirir uma produção que é o objeto *a*. Lacan (1969-1970/1992) afirma que o registro do escravo é o do saber e que o senhor “não deseja saber absolutamente nada”, apenas preocupa-se com que “as coisas andem” (p. 22-23), ou seja, não lhe interessa saber o motivo pelo qual as coisas funcionam. O mestre não se interessa pelo saber, visto que o obtém do escravo. É importante pontuar que o saber adquirido pelo escravo não é o saber inconsciente, mas um saber-fazer, que advém do seu trabalho.

Lacan denomina o lugar acima e à direita como “lugar do gozo”, porque o gozo vem desse “outro lugar”, do campo do escravo. Por mais esforço de trabalho que o escravo faça, existirá sempre uma impossibilidade de apreensão total do seu saber pelo senhor, sendo assim, um saber limitado. A articulação entre S1 e S2 culmina em um resto, uma perda de gozo, que se torna, portanto, estatuto de objeto *a*. Essa interposição determina também uma produção que decorre do trabalho do escravo, sendo essa produção designada como mais-de-gozar, relacionada à repetição, visto que o sujeito resiste em perdê-lo. O sujeito ocupa o lugar da verdade, porém, por se localizar abaixo da barra de recalque, fica encoberto. O discurso do mestre oculta a castração do senhor. Ou seja, o senhor não pode apreender o que é a sua própria verdade, mas tenciona encontrá-la no trabalho do escravo, porém, fracassa, visto que, a produção, o mais-de-gozar não tem relação com a verdade.

Eis o que constitui a verdadeira estrutura do discurso do senhor. O escravo sabe muitas coisas, mas o que sabe muito mais ainda é o que o senhor quer, mesmo que este não o saiba, o que é o caso mais comum, pois sem isto ele não seria um senhor. O escravo o sabe, e é isto sua função de escravo (LACAN, 1969-70, p. 32).

Em cada discurso é possível encontrar uma impossibilidade específica, por exemplo, no discurso do mestre, fica evidenciado que não é possível governar sem resto. O mestre – ao ordenar – perde algo. Isso que se perde é o resto, o real, que delimita o que é impossível de governar, isso porque não se pode governar todo o real e não é possível governar sem considerar o real. No entanto, é justamente isso que o mestre almeja: desconsiderar o real.

No ambiente hospitalar, o discurso do mestre assemelha-se muito ao discurso do médico. O discurso médico é um discurso do poder, visto que, produz os significantes que dão sentidos aos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes. A palavra final a respeito do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico, almejando uma possível cura, é dada pelo agente deste discurso, o médico. Clavreul (1983, p. 50) assinala que “é diante da doença e do doente que o médico deve, sobretudo, afirmar o seu poder”. O poder médico é afirmado na sua clínica, pelo ato médico propriamente dito.

Dessa forma, analisando o discurso do mestre acima explicitado, o paciente é tomado como um sujeito que sofre, sendo colocado no lugar do objeto da clínica, do discurso médico (*a*), o médico ocupa o lugar de mestre (S1) que em sua prática clínica dialoga com um saber já estabelecido da medicina (S2), e o sofrimento subjetivo (\$) sustenta mais ainda a posição de maestria que ocupa o médico. Frente ao paciente, o médico é posto como detentor de um saber a respeito do que lhe aflige, e em nome da cura, é preciso assim, obedecê-lo. Clavreul

(1983) acrescenta que os médicos sustentam o mito científico de que seria possível existir um saber todo sobre o corpo e a doença.

Jorge (1983), ao abordar o discurso médico, afirma que o agente deste discurso só existe em referência ao saber médico, à instituição médica. O médico se anula enquanto sujeito em pretensão de um rigor científico. “O médico só se autoriza por não ser ele próprio, por ser ele próprio o menos possível” (Jorge, 1983, p.11). Assim, há um duplo apagamento presente neste discurso: o médico que, como sujeito, se apaga diante das exigências do seu saber e o paciente que se apaga diante do seu adoecimento.

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 (CLAVREUL, 1983, p.50).

A premissa lacaniana de relação “médico-paciente” é baseada na ideia de que o médico, apagado de sua subjetividade, fala do lugar da instituição médica tentando resgatar o normal do paciente, aquilo que o sujeito era antes de adentrar ao hospital, operando fundamentalmente na cura do órgão adoecido. Logo, "evidenciando que é a exclusão das posições subjetivas do médico e do doente o que funda a relação médico-doente, é que Lacan dirá que não existe relação médico-doente" (CLAVREUL, 1983; p. 11).

Neste momento, urge destacar um acontecimento inusitado que presenciei no período de estágio no Hospital Universitário Antônio Pedro, ao atender um paciente que estava internado no CTI. Este paciente apresentava o diagnóstico de Guillain-Barré e havia perdido todos os movimentos até então, com exceção de uma delicada movimentação de olhos, que poderia ser pouco perceptível aos olhares desatentos. Um dia, uma médica neurologista e um residente em neurologia que a acompanhava adentraram em seu leito. Ao me ver ao lado da maca do paciente, a médica em questão se apresentou e disse que o residente que a acompanhava estava fazendo uma prova oral e, logo, dirigiu à palavra ao residente a fim de conduzi-lo ao início da prova. O residente, então, se dirige atentamente ao paciente e relata cada passo que pretende fazer adiante, como aferir a pressão, observar os sinais no monitor, descrever o caso, entre outros. Nesse momento, a médica o interrompe com a seguinte frase: “não precisa dizer o que vai fazer, ele não pode te responder e nem assentir”. O residente aponta que era importante para ele descrever o que seria feito ao paciente, pois acreditava que ele poderia ouvi-lo, já que conseguira perceber uma movimentação discreta do seu olho no decorrer da sua fala. Neste instante, me espantei com a coragem e perspicácia daquele jovem

residente. Porém, a médica, com certa inquietação, disse para ele prosseguir se “atentando aos sinais do monitor”, visto que aquele era “apenas” o primeiro paciente da sua prova oral, apontando que havia outros e que o tempo de sua prova era curto.

Naquele leito estavam presentes, além de mim e do paciente, dois extremos da carreira médica – o professor de medicina e o aluno. Desde aquele breve encontro, questionei-me a respeito do que acontece no decorrer da formação de um médico. Enquanto aluno, o médico mostrou-se atento e sensível ao paciente. Enquanto professora, a médica mostrou-se focada em atender uma demanda burocrática da instituição médica, a realização de uma prova que formasse aquele jovem à sua frente. Neste foco, a professora ignorou aspectos que deveriam ser pilares da formação do médico – a atenção e a sensibilidade ao outro. Tais aspectos, entretanto, ainda estavam presentes no aluno. Será que, em algum momento da sua formação, esta professora-médica também havia deixado tais aspectos que ainda carregava seu aluno-médico?

Passados alguns anos, ao estudar mais sobre a relação entre médico e paciente, deparei-me com o texto *O Ato médico e a subjetividade* (MATTOS E ROCHA, 2008), em que os autores descrevem um relato que, de certa forma, assemelha-se aquele momento vivido no CTI, entre o aluno, a professora, o paciente e eu. Os autores apontam o relato de uma aluna de medicina que, diante de sua primeira paciente em estado paliativo, sentiu-se tão tocada que teceu um poema sobre o encontro significativo que ocorrera entre ambas, mesmo sabendo do estado terminal de sua paciente. Passados alguns anos de formação, a médica que outrora era uma aluna sensível, neste momento, chefiava um setor de unidade intensiva e se referia aos seus pacientes como “alfaces”, que dependiam unicamente dos equipamentos respiratórios para a manutenção de suas vidas. O que perpassou esta formação médica? Em que momento, essa médica sensível deu lugar a alguém que chama seus pacientes de “alfaces”? A exclusão da subjetividade ocorre tanto no paciente que se encontra internado, tanto no médico, que passa a responder a partir da Ordem Médica, sob a falsa pretensão de engendrar uma neutralidade, um distanciamento entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. Entretanto, estes apagamentos dos sujeitos desta relação fazem emergir consequências graves. A subjetividade, por mais que tente ser excluída de cena, em algum momento retorna, fazendo furo ao saber médico e apontando ao médico sua castração, sua impossibilidade de tudo fazer ou saber, lhe causando extrema angústia. O paciente, ao ter sua subjetividade negligenciada, afunda-se no leito, tornando-se cada vez mais “objetalizado” pelo olhar médico, podendo isso ser uma grave ameaça à continuação de sua vida.

Segundo Clavreul (1983), a medicina opera uma redução dos ditos produzidos pelos pacientes para aquilo que consegue ser traduzido e inserido no discurso médico. Uma “quentura” pelo corpo traduz-se como “estado febril”, a fatídica “falta de ar” transforma-se em dispneia. E assim, a pluralidade, as inúmeras palavras que dão sentido a cada sinal que o paciente relata vão sendo abolidas para dar lugar à univocidade, à objetividade e homogeneidade do discurso médico. O agente deste discurso, o médico, ocupa o lugar único de ser capaz de traduzir e organizar o discurso do sujeito em signos, sinais médicos, descartando quaisquer palavras que fujam dos seus livros de anatomia e patologia. Dessa forma, o sujeito que fala sobre o próprio corpo tem um saber que pouco interessa ao campo médico, a não ser por aquilo que pode ser capturado pelo tradutor-médico. Trata-se, portanto, de um saber que exclui a diferença, forma pela qual poderia emergir a subjetividade. Assim posto, “é preciso excluir a singularidade, as diferenças entre cada caso, única via pela qual a subjetividade poderia se manifestar, em nome de uma pretendida objetividade científica e terapêutica” (MORETTO, 2001, p. 69).

Moretto (2001) afirma que discurso médico, ao excluir a subjetividade do sujeito, produz consequências importantes em seu psiquismo. A autora aponta que, por muitas vezes, para aplacar a angústia trazida pelo adoecimento, o indivíduo submete-se a função de objeto de investigação da prática médica, destituindo seu próprio referencial e reduzindo-se ao diagnóstico.

Nesse momento, destaco que durante meu percurso no Hospital Universitário Antônio Pedro, diversas vezes, pude constatar o que Moretto (2001) relata acima. Ao me apresentar como parte da equipe de psicologia, muitos pacientes trazem em primeiro plano seu diagnóstico, surpreendendo-se muitas vezes ao serem questionados sobre algo além do seu adoecimento e sua internação.

Trago, para exemplificar tal constatação, a fala de dois pacientes que se encontravam internados. O primeiro, um homem, internado na clínica da ortopedia com uma amputação de seu membro inferior direito e em um atendimento disse-me: “sou essa minha perna que me falta”, apontando para o vazio de seu leito. O segundo, uma mulher que se encontrava internada na clínica cirúrgica feminina devido a um diagnóstico de doença arterial obstrutiva periférica e passou por diversas cirurgias, incluindo amputações. Em nossos atendimentos, ela referia a si mesma como “a diabética”, visto que a diabetes foi apontada como uma das comorbidades responsável pelas suas amputações, como lhe explicou uma médica do setor.

Provavelmente, a formação dos estudantes de medicina propicia as dificuldades geradas no âmbito da comunicação entre médico, paciente e familiar. Durante a maior parte

da formação, os alunos lidam com cadáveres em laboratórios de anatomia, cadáveres que não falam, não sentem, não convivem entre si e com seus familiares. Assim, ao serem lançados ao hospital e se depararem com alguém real, tudo se torna mais difícil, pois até aquele momento, seu estudo era baseado em cadáveres e órgãos, cito assim, Antonio Quinet (1988, p. 11), que diz que: “[...] não sabemos o que é esse homem. Para a psicanálise, ele é o falante, para a medicina fica mais difícil definir. É um corpo? É a sede da doença? É o cadáver animado de fisiologia?”.

Enquanto a medicina ocupa uma função silenciadora, como aponta Moretto (2001), a psicanálise surge em uma função silenciosa, fazendo circular os discursos vigentes no contexto hospitalar, resgatando a fala do paciente por entender que nela opera uma via possível para o surgimento do desejo.

As formações do Inconsciente (ou seja, os sintomas, os sonhos, os chistes e os atos falhos), ao mesmo tempo que constituem o "lixo" da Ciência, aquilo que ela dejeta por não poder inscrever em seu discurso, são o objeto de atenção da Psicanálise, pois o que Freud nos deixou como lição fundamental é que essas formações do Inconsciente constituem a expressão da verdade do sujeito, do seu desejo (MORETTO, 2001, p.70).

O discurso do psicanalista é oposto ao discurso do mestre, como aponta Lacan (1969-1970), ao apontar a psicanálise como avesso deste discurso. Se o discurso do mestre se assemelha tanto ao discurso do médico, é possível, portanto, concluir que o discurso do psicanalista no hospital também deve ser oponível ao discurso do médico. Para Lacan, o psicanalista deve se encontrar no extremo oposto a toda vontade de dominância, de maestria, “a posição do psicanalista, eu articulo da seguinte forma – digo que é feita substancialmente de objeto *a*” (p.44), sendo 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). Este opaco ao qual se refere Lacan, a respeito do objeto *a*, relaciona-se à própria impossibilidade de definir um objeto como sendo o objeto *a*. Apesar disso, o objeto *a* é “essencial”, fazendo valer sua dimensão de causa de desejo. Este trecho aponta a função primordial do analista, que enquanto semblante do objeto *a*, ocupa um lugar vazio, que tem como objetivo causar o desejo do sujeito, para que assim possa surgir o discurso do analista.

O analista se coloca como causa de desejo. Posição eminentemente inédita, senão paradoxal, que uma prática ratifica. Pode-se medir a importância dessa prática por ser ela localizável em relação ao que foi designado como discurso do mestre. Não se trata aqui de uma relação de distância, nem de sobrevôo, mas de uma relação fundamental – a prática analítica é propriamente iniciada por esse discurso do mestre (LACAN, 1969-70, p. 161)

O analista, na posição de semblante do objeto *a*, interroga o sujeito dividido, levando-o a associar livremente, possibilitando que o paciente diga o que ele sabe e o que ele não sabe, mas diz. O produto dessa associação são os significantes mestres que irão, no decorrer do processo de análise, se relacionarem com outros significantes, a fim de “dialetizar” os significantes mestres produzidos (FINK, 1988, p.165).

A verdade ocupa o lugar de S2, saber inconsciente, saber este que está articulado à cadeia de significantes e que precisa ainda passar por um processo de subjetivação, possibilitando o advir do sujeito.

O que se espera de um psicanalista é, como disse da última vez, que faça funcionar seu saber em termos de verdade. É por isto mesmo que ele se confina em um semidizer [...] É ao analista, e a ele somente, que se endereça essa fórmula que tantas vezes comentei, *Wo es war, soll ich werden*. Se o analista trata de ocupar esse lugar no alto à esquerda que determina seu discurso, é justamente porque de modo algum está lá por si mesmo. É lá onde estava o *mais-de-gozar*, o *gozar do outro*, que eu, na medida em que profiro o ato analítico, devo advir (LACAN, 1969-70, p. 55).

O analista, ao fazer essa função de semblante, porta um tipo de saber que não pode ser usado em seu benefício, para almejar uma suposta maestria, como o discurso do médico. É um saber construído na análise, com cada analisando, a partir de cada ato do analista. O desconhecido saber de cada sujeito será supostamente atribuído ao analista.

A mola que operacionaliza a fala do paciente em direção ao analista é a transferência como amor endereçado ao saber, ao analista como sujeito suposto saber. Apesar do amor de transferência desenvolver-se no campo da identificação e idealização com o analista, este deve conduzir a análise pelo campo do desejo, interrogando e intervindo justamente nos “malditos” da linguagem, nos lapsos, nos chistes, nos sonhos e atos falhos. Nisso, o desejo do analista é fundamental para que a condução da análise se dê na contramão da identificação e idealização. O desejo do analista é fruto da ignorância douda – uma forma de marcar uma posição de não-saber que leva o sujeito a produzir “seu verdadeiro sentido à sua própria palavra”, fazendo com que o paciente se responsabilize pelo que foi dito.

A douda ignorância remete ao fato de que o analista, em seu processo de análise, foi atravessado pela experiência do inconsciente, construindo um saber a partir de um ponto de falta, denunciando um não saber. Reconhecer o não saber é uma condição para surgir o saber inconsciente do analisando.

É importante pensarmos como isso se articula na instituição hospitalar. Para isso, destaco o que Lambert (2003), de forma clara, denuncia: “No trabalho no hospital, constato,

cotidianamente, que para obter algum tipo de efeito analítico numa instituição é necessário poder operar a partir do limite do saber e não de ignorá-lo” (2003, p. 51). Assim, ao reconhecer um limite no saber e conseguir, a partir disso, possibilitar uma nova forma de produzir conhecimento serão operações complementares que sustentarão o psicanalista na instituição.

A fim de elucidar como o discurso médico operacionaliza a partir da ilusão de um saber todo, que, quando caduca e tropeça, impossibilita seu agente de lidar com aquilo que emerge desta falta, e assim o distancia do paciente e familiar, trago um caso atendido no Hospital Universitário Antônio Pedro, no ano de 2018, na enfermaria de hematologia.

Márcio¹⁰, paciente de 42 anos, adentrou ao hospital em março de 2018, queixando-se de hematomas nas costas e parestesia dos membros inferiores. Primeiramente, o paciente foi internado na clínica médica masculina para realizar procedimentos que pudessem contribuir com a construção de um diagnóstico e tratamento. Após 25 dias internado nesta clínica e sem resultados conclusivos a respeito do seu adoecimento, Márcio apresentou um agravamento do seu quadro, com aparecimento de escoriações pelo corpo e paralisia total das pernas. O paciente foi encaminhado para a clínica de hematologia, com a suspeita de um câncer hematológico. Durante sua internação nesta enfermaria, ele desenvolveu uma massa em sua cabeça cuja causa os médicos não conseguiram diagnosticar. Segundo a mãe de Márcio, apesar dos inúmeros exames físicos feitos em seu filho, a equipe médica não havia “se atentado à massa localizada na cabeça dele”. Após cinco dias, Márcio apresentou uma piora na sua visão que o levou a cegueira repentina. Sua mãe acreditava que a culpa da cegueira do seu filho estava relacionada com o que ela relatava ser uma “falta de atenção da equipe médica”, e durante um atendimento, introduziu o seguinte relato: “meu filho está com uma bola na cabeça há dias. Há dias, solicito que alguém da equipe médica venha apalpar para ver o que é. Hoje recebo a notícia de que tal bola é um tumor que cegou meu filho. Apenas hoje eles ouviram o que eu estava falando, meu filho não estaria cego se eles tivessem me ouvido.” Neste relato, é importante pontuar que a crença da mãe a respeito da “atenção desejada”, atribuída ao médico, seria capaz de prever e combater não só a cegueira do seu filho, mas também, o seu falecimento. A perda da visão de Márcio havia introduzido a sua morte inevitável. Assim, a mãe de Márcio demandava dos médicos um fazer impossível: a cura da morte. O quadro do paciente se agravou e Márcio perdeu todas as funções motoras, sendo submetido ao procedimento de intubação. Márcio era uma grande “incógnita” para toda a

¹⁰ Nome fictício.

equipe médica, visto que, mesmo após diversos exames e intervenções cirúrgicas exploratórias, nenhum médico do setor conseguiu diagnosticar o tipo de câncer que o acometia. Pouco a pouco, um afastamento entre a equipe médica, paciente e sua mãe foi observado. O médico responsável passou a solicitar com muita urgência que o paciente fosse encaminhado para outra clínica, “que pudesse investigar melhor o caso dele”, como pontuou o médico. Além disso, acrescentou a respeito da dificuldade que era lidar com a mãe do paciente que exigia respostas a todo instante. Em uma das falas durante o round (reunião que acontecia todas às quartas) o mesmo médico pontuou: “Ela (a mãe do paciente) não pode me ver que já chega logo perguntando, é difícil responder sobre algo que não sei por que não fui ensinado para não saber, somente para saber. Estou tendo que evitar andar por aí para ela não me ver”. Neste momento, se faz necessário destacar o saber-tudo que é atribuído à figura do médico por parte desta mãe aflita, que se utiliza da cegueira do filho para tentar ainda postergar a sua morte. Ao mesmo tempo, o médico se depara com o próprio ponto cego do não saber da medicina. A cegueira de Márcio introduz ao médico a cegueira do seu próprio discurso.

A equipe de saúde se via cada vez mais sem respostas enquanto a morte de Márcio se aproximava. Em dado momento, após semanas de internação e procedimentos, a equipe de neurologia, convocada pela equipe de hematologia, decidiu fazer mais uma biopsia do tumor localizado em sua cabeça, através de uma incisão ocular. O procedimento levou o paciente a óbito. Esta morte não foi estabelecida de forma imediata. O paciente foi encaminhado para o CTI com pouca atividade cerebral e submetido a testes que comprovariam ou não a morte encefálica. Desta forma, Márcio foi encaminhado para a terceira enfermaria no mesmo hospital, com uma equipe de saúde diferente. Os médicos do CTI, que desconheciam o sofrimento pelo qual a mãe de Márcio passou anteriormente, haviam limitado todo o conhecimento a respeito da internação do paciente a um prontuário repleto de anotações. Em outro momento, no CTI, ao ser avisada sobre a morte encefálica de seu filho, sem a presença da equipe de neurologia, que havia anteriormente sugerido o exame, ou a equipe de hematologia, quem lidou a maior parte do tempo com o paciente internado, a mãe trouxe outra fala angustiada que exemplificava o distanciamento da equipe frente a um não-saber que se impõe: “Meu filho morreu agora, não ontem, nem semana passada. Meu filho morreu cego porque eles não me ouviram falar sobre a bola que crescia na cabeça dele todos os dias. Eles agiam como se meu filho já estivesse morto, só interessava a eles pesquisar sobre meu filho, meu filho foi uma cobaia e depois um morto ainda vivo.”

As frases acima pronunciadas pela mãe deste paciente revelam um modo de operar bastante recorrente na equipe de saúde. Frente ao sofrimento, que muitas vezes, lembra ao médico a impotência do seu discurso, o paciente passa a ser indesejado, tendo sua transferência solicitada com bastante veemência pela equipe. Além disso, pode-se observar também, um afastamento entre médicos e familiares.

Após a morte deste paciente, fui questionar a equipe assistencial sobre algumas dúvidas a respeito de como o quadro desse paciente evoluiu. Em primeiro momento, tive a seguinte resposta: “Esse paciente não é nosso e ele já morreu.” Ao ler, anteriormente, o prontuário do paciente em questão, havia visto um parecer assinado pela mesma equipe que acima não reconhece o paciente, atestando complicações resultantes de um procedimento e finalmente, a morte encefálica. Nesse instante, lembrei-me das reflexões feitas a partir da “ignorância doura”, formulada por Lacan (2001[1966]), como o reconhecimento do não saber. A partir dessa reflexão, resolvi intervir questionando o parecer anexado ao prontuário: “Nossa, parece-me estranho então este parecer que apresenta um laudo vindo desta equipe, seria então um equívoco?” Prontamente, o médico recuou em sua fala e retomou: “Sim, recordo-me agora, ele era nosso paciente.” É importante destacar, que como aponta Alberti (2005), o discurso do analista também faz girar os discursos presentes no contexto hospitalar, fazendo com que a equipe médica se responsabilize pela fala produzida.

Os discursos circulam e exigem que determinadas condições sejam manejadas. Um discurso pode facilitar e dificultar ao mesmo tempo, “permite que se vejam determinadas coisas enquanto impede que se vejam outras” (FINK, 1998, p. 160).

Em uma instituição de saúde, a psicanálise, portanto, está cercada por outros discursos diferentes, em que vigora principalmente o discurso médico (que aqui, assemelhasse ao discurso do mestre) que demanda do sujeito que ele se adapte e comporte-se frente às regras referentes ao “bom comportamento” no ambiente hospitalar. Como apontam Alberti et al (1995), “do analista é demandada uma certa cumplicidade, porém se essa não se dá, a análise é vista como associal porque não se associa às regras sociais, e não poucas vezes, o analista é desacreditado” (p.23) Portanto, a única forma de desenvolver uma prática orientada pela psicanálise dentro das instituições é sustentando um discurso próprio do campo psicanalítico, como apontam Alberti et al (1995):

[...] se trata de transmitir um saber sobre o sujeito que tem um inconsciente que não é associal mas atemporal, tem um sintoma que vem a falar de uma verdade que não está ligada à realidade externa, mas interior ao sujeito, e tem um discurso no qual é preciso valorar a falar (p.23).

Neste discurso, o lugar do outro é ocupado por \$, sujeito dividido, “descentrado da primazia da consciência” (ALBERTI et al, 1995, p.23), sendo assim o único discurso que se direciona ao sujeito no lugar do outro, fazendo com que possa advir assim, a sua singularidade, o sujeito do inconsciente. É deste lugar que o sujeito passa a interrogar seu desejo e onde vai poder elaborar, portanto, um saber inconsciente.

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 (LACAN, 1969-1970, p.119).

Ao interrogar o sujeito dividido, o analista leva o paciente a associar livremente e o produto dessa operação são os significantes mestres que serão articulados com outros significantes, formando uma cadeia associativa. Assim, no lugar da produção no matema do discurso do analista (à direita, na parte de baixo) aparece o significante mestre. No discurso do mestre, o S1, o agente domina, comanda, enquanto no discurso do psicanalista, o S1 é produzido pelo sujeito.

À esquerda e abaixo, no lugar de S2, encontra-se o saber. No processo de análise, as articulações do S2 funcionam no campo da verdade. No discurso do analista, no discurso do analisante, o S2 no lugar da verdade sustenta o analista como objeto *a* no lugar de agente porque ele é um saber não-todo, ao mesmo tempo em que implica o inconsciente na própria trama discursiva, visto que diz respeito à singularidade do desejo inconsciente de cada analisando, “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). É importante mencionar que a verdade sobre este saber é sempre parcial, ou seja, é sempre semi-dita, visto que algo escapa da linguagem, há sempre um real irreduzível ao processo de simbolização. Um saber sobre a verdade só pode ser dito pela metade, mostrando assim a falta neste saber, um saber que não é todo e não há um saber completo e exclusivo que consiga dar conta de toda a verdade do sujeito. “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” (LACAN, 1969-1970, p.115).

É importante pontuar que a psicanálise permite a construção em torno de uma falta, de um troço, de um fracasso, que marca a singularidade do falante, que, apontará os efeitos do

inconsciente. É justamente por não poder elaborar um saber todo sobre si, um saber completo, que há, assim, a possibilidade de novos movimentos, novas elaborações, outras construções. A psicanálise introduz no campo dos saberes e verdades, a lógica do não todo.

Além disso, a psicanálise, por mais que, em um primeiro momento, surja de uma demanda indireta da equipe, possibilita um espaço de fala, onde o sujeito poderá articular um saber inteiramente singular sobre si. Dessa forma, como apontam Alberti et al (1995), em um segundo momento, esse sujeito pode vir, dentro ou fora da instituição, a demandar por si mesmo alguém que o escute a falar, fazendo com que o sujeito se aplique na sua fala e se engaje no seu tratamento e na vida. Assim, uma clínica psicanalítica no hospital passa, necessariamente, pela transformação da demanda que vem dirigida pela instituição e pela equipe médica, a uma demanda de tratamento, “demanda na qual o sujeito se implica, passando a reconhecer-se como sujeito da fala, verificando sua implicação no seu sintoma e seu engano quando atribui a um outro os seus problemas” (ALBERTI et al, 1995, p.25).

2.3 No campo da ética: entre a Ética do Bem e a Ética da Psicanálise

A ética tem sido pensada em diversos ambientes e sob diferentes aspectos, principalmente dentro das instituições. A psicanálise ampliou-se para além dos consultórios privados e hoje, pode ser encontrada nos corredores do hospital geral. Tal extensão exige do analista um compromisso rigoroso com sua prática a partir dos próprios fundamentos psicanalíticos, sendo essencial que o analista reflita e reconstrua diariamente condições que sustentem a ética da psicanálise em um ambiente atravessado por diversos saberes e impasses.

No hospital, há um apelo muito forte a uma prática de cuidado amparada pelo “bem ao próximo”, um certo bem querer do paciente, que promova sua felicidade e cura o mais rápido possível. Neste sentido, articular a ética da psicanálise àquilo que, fundamentalmente, sustenta sua prática no hospital é imprescindível, visto que o analista opera por outra ética, que difere radicalmente da ética do cuidado, referenciada pela ética do Bem, impedindo assim, que analista e equipe de saúde, por diversas situações, compartilhem dos mesmos objetivos e opiniões a respeito de um mesmo paciente. Freud (1895) nos alerta sobre a função que desempenha o ato de cuidar do próximo,

“Há bons motivos para o fato de que cuidar de doentes desempenhe papel tão significativo na pré-história de casos de histeria. Alguns dos fatores em ação são óbvios: a perturbação da saúde física, decorrente do sono interrompido, o desleixo

de sua própria pessoa, o efeito da constante preocupação com função vegetativa de outra pessoa. Mas, em minha opinião, deve-se procurar o determinante mais importante em outra parte. Qualquer um cuja mente esteja ocupada pelas inúmeras tarefas de velar pelos enfermos, tarefas essas que se seguem uma as outras, em sucessão interminável, por um período de semanas e meses, adotará, por outro lado, o hábito de suprimir todos os sinais de sua própria emoção, e por outro, desviará sua atenção de suas próprias impressões, visto não ter nem tempo, nem vigor para apreciá-las” (FREUD, S., idem: 211).

O autor sublinha uma relação entre o ato de cuidar e a histeria, e revela que tal ato exige certa renúncia àqueles que exercem essa função. Nesse sentido, faz-se necessário pensar como que o ato de cuidar presente na instituição hospitalar está relacionado ao mandamento do “amor ao próximo”, entendido a partir da relação apontada por Freud acima, como um sintoma neurótico.

A teoria freudiana apresentou algumas discordâncias que estremeceram as relações do homem com o Bem. Freud faz críticas à concepção de benevolência atrelada a humanidade, e assim, através da noção de inconsciente, introduz a função do desejo no direcionamento das ações humanas.

Em psicanálise trata-se de uma ética que remete à singularidade do sujeito e do compromisso que ele estabelece com o seu desejo. Lacan, no *Seminário, livro 7: a ética da psicanálise* (1959-1960/2008), estabelece a distinção entre a ética do Bem e a ética da psicanálise, do desejo. A ética do Bem refere-se a uma ordem suprema, que não deve ser contestada e à qual o sujeito deve obedecer e adaptar-se. Para que haja uma convergência entre o bem individual e o bem universal deve emergir uma ordem – o Bem Supremo. Dessa forma, haveria um ideal a ser seguido pelos homens e, para isso, muitas vezes o indivíduo renuncia à sua própria satisfação pulsional pela esperança de que ele será recompensado de alguma forma. Supõe que, adiando ao máximo sua satisfação, ele alcançaria uma felicidade plena, o Bem Supremo. O que fica evidente, neste caso, é a prevalência de uma ordem e a ilusão de uma satisfação total.

No ambiente hospitalar, o discurso médico, regido pela Ordem Médica, padroniza as queixas e regulariza um manual de normalidade para cada indivíduo, estabelecendo uma série de normas que prometem prolongar a vida ao máximo. A partir da sua própria ética, acredita ser detentor de um saber universal que estabelece o bem, o melhor para cada sujeito, negligenciando o seu desejo. Assim, a medicina opera pela via de regras rígidas e exige que cada paciente, ao submeter-se ao seu tratamento, se aliene de suas escolhas. Em busca de um bem maior – sua recuperação total –, o sujeito precisa sacrificar seu desejo.

Lacan (1959-1960/2008), ao retomar o texto freudiano *O Mal-estar na civilização*, ressalta o papel da felicidade como o objetivo final de toda busca. Porém, do ponto de vista psicanalítico, não há nada *a priori* que leve a uma felicidade plena, ou seja, não há a figura do Bem Supremo. Segundo Freud (1930[1929]/1996), existem diversos caminhos que levam o homem a atingir uma felicidade, mas que esta nunca é plena, total, visto que é impossível apreender todo o desejo. “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).

Mais adiante, Freud (1930[1929]/1996) critica a concepção de gentileza e bondade atrelada à figura humana, visto que a pulsão guarda em si uma cota de agressividade, a “inclinação para a agressão constitui, no homem, uma disposição instintiva original autossustentada, e retorno à minha opinião de que ela é o maior impedimento à civilização” (p.125).

A agressividade encontrada no homem se opõe ao projeto ideal de civilização, ameaçando a continuidade de uma sociedade integrada. Neste sentido, a civilização tenta delimitar as pulsões agressivas dos homens, como por exemplo através das leis e da religião. Podemos observar um exemplo desse esforço no mandamento do amor ao próximo.

A escuta do indivíduo difere radicalmente da escuta do sujeito da psicanálise, visto que o sujeito da psicanálise é dividido, como já fora mencionado anteriormente. Quando confrontados com o sofrimento causado pelo adoecimento, os profissionais são convocados à ordem da compaixão, representada pela máxima cristã do mandamento “amarás a teu próximo como a ti mesmo”. É importante pontuar que, através da parábola bíblica, este próximo é um herege, um pecador, ou seja, o próximo é um estranho.

Freud (1930[1929]/1996) retorna ao mandamento “amarás teu próximo como a ti mesmo” para criticá-lo cercado de grande indignação, visto que, de um lado, ele é impossível e, de outro, narcísico, sendo assim, um paradoxo. Segundo ele, o amor não deve ser dado sem reflexão, sem a menor interrogação. Adiante, o autor irá contestar a exigência desse mandamento que não considera a face oculta, do mal, que há no outro. Dessa forma, apenas poucos merecem nosso amor, não sendo este universal. O mandamento, segundo Freud (idem: 132), deveria ser reescrito: “Ama teu próximo como este te ama”. Além disso, o mandamento não comporta o fato de amarmos o estranho que há no igual, no familiar. O mandamento bíblico universaliza os homens, os tornando iguais e amáveis, enquanto a psicanálise subverte tal preceito ao acrescentar o estranho presente no familiar.

É possível observar que dentro de uma enfermaria, determinados pacientes ocupam um lugar de “amor” destinado pela equipe médica, atravessados pela compaixão. Entretanto, tal amor não suporta o estranho no outro, e enquanto o paciente aceita, de forma grata, todos os cuidados destinados pela equipe de saúde, ele continua sendo muito querido pelos profissionais que desempenham a árdua tarefa do cuidar. Lacan, no *Seminário, livro 7: a ética da psicanálise* (1959-1960/2008) aponta o paradoxo do altruísmo utilitário. Nele, o egoísmo se satisfaria muito bem com o altruísmo, servindo-lhe de forma útil ao outro que necessita, e de certa forma, isso evitaria que o sujeito tivesse que lidar com o mal que ele deseja, e que deseja ao próximo.

“É um fato de experiência – o que quero é o bem dos outros a imagem do meu. Isso não vale de grande coisa. O que quero é o bem dos outros, contando que permaneça à imagem do meu. Diria mais, isso se degrada tão rápido que se torna- contando que ele dependa do meu esforço” (LACAN, idem, p.224).

Em *A ética do cuidar*, Figueiredo (1999) estabelece uma diferenciação entre cuidado e tratamento. Para exemplificar, a autora utiliza-se da função do médico. Cabe ao médico examinar, medicar e elaborar possíveis formas de tratamento, sem, contudo, ser necessário conviver diariamente no contexto hospitalar com o paciente.

A palavra auscultar tem origem “no latim *auscultare*, isto é, aplicar o ouvido a (peito, o ventre, as costas etc.) para conhecer os ruídos que se produzem dentro do organismo” (Ferreira, A. B. H., 1975). Quando o médico lança sua escuta ao peito do paciente, busca entender a disfunção presente no órgão adoecido, sendo dessa forma uma espécie de escuta focal. Sendo assim, a escuta não é uma particularidade do psicólogo ou psicanalista. Porém, diferentemente da escuta dirigida e permeada por um saber prévio do discurso médico, a escuta psicanalítica não é focal, deve deixar emergir a subjetividade do paciente para que ele possa falar de seu sofrimento psíquico. O que é peculiar à psicanálise é a escuta do sintoma como verdade do inconsciente, através da relação transferencial, que exige, segundo Freud (1912a), a atenção flutuante do lado do analista e a associação livre do lado do analisando.

Referenciado pela ética do desejo, o analista não está autorizado a supor o que é melhor para o sujeito, assumindo a posição de um sujeito que detém um saber prévio. Ao psicanalista não cabe a pretensão de ajustar o paciente aos padrões exigidos pela equipe médica, facilitando assim, junto ao discurso médico, o desaparecimento de sua subjetividade. Lacan (1959-1960/2008) define a prática psicanalítica como um “não-desejo de curar”. Ao fazer esse alerta, coloca-nos frente ao engodo de querer o bem do sujeito, visto que o analista

não ocupa um lugar de saber prévio onde “saberia o que é melhor para o outro”. Afinal, só o sujeito, em sua articulação significativa poderia dizer sobre seu desejo. 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).

Lacan (1959-1960/2008) aponta a dimensão do real em relação a ética, visto que a dimensão não incide no domínio do ideal, já que a psicanálise se opõe a qualquer forma de padronização universal ou a qualquer universalização moral. Sua crítica se dá através da ética do Bem, na qual o homem é regido por ideias que pressupõem o ganho de um bem, engendrando assim, um ideal de comportamento e conduta.

Não existe o Bem Supremo para a psicanálise, já que não há objeto que corresponda a esse Bem, objeto este capaz de oferecer satisfação total. No lugar do Bem Supremo há um vazio, e é isto que permite a infundável busca do sujeito pelo objeto causa de seu desejo, o objeto perdido, sempre inatingível. O que resta ao sujeito é elaborar através da fala alguma forma de representá-lo. A ética da psicanálise, pautada pelo real, aposta justamente nessa dimensão de manejo, de possibilidades de contornar este vazio através das palavras. A psicanálise convida o sujeito a se deparar com este vazio, com a falta-a-ser, e com a possibilidade de construir a partir daí, diversas formas de existência. Ao contrário, o discurso médico tenta a todo instante negar o vazio, em uma tentativa desesperada de preenchê-lo, através das suas normas. A religião é uma forma outra de preenchimento do vazio pelo nome de Deus, cabendo ao sujeito alienar seu desejo frente a um Outro imaginário.

A psicanálise vai na contramão do preenchimento do vazio, a psicanálise não trata do ser, mas da falta-a-ser. Dessa forma, “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). Dessa forma, não há um único objeto de satisfação que corresponderia ao Bem Supremo, visto que a divisão implica o sujeito a perceber que o Bem não coincide com o seu prazer.

Lacan (1959-1960/2008) nos aponta que desde o surgimento do pensamento moralista, toda a concepção a respeito do bem do homem se fez em relação ao prazer. Lacan faz um alerta a respeito das falsas promessas de “todos os bens acessíveis”, visto que assim, o bem impossibilitaria o acesso ao desejo. A clínica psicanalítica propõe um acesso à via do desejo, sendo este desejo não submetido à normalização de leis universais, mas sendo constituído pela singularidade de cada sujeito. Para a ética da psicanálise, a única universalização existente é a diferença.

No hospital, podemos observar que muitas vezes, o discurso médico é marcado pelo

desejo de curar o paciente, já que sua ética é pautada pelo bem ao próximo. Como afirmam Alberti e Almeida (2005), cabe ao psicanalista presente nesta instituição auxiliar o médico a suportar a ideia de que o bem do paciente, por vezes, mais o anula do que o ajuda a se sustentar, visto que, nem sempre o bem desejável pela equipe médica coincide com o bem que o paciente deseja para si.

Durante minha passagem pelo Hospital Universitário Antônio Pedro, ainda na graduação, nossa equipe engendrou uma parceria com a clínica de nefrologia a partir de uma demanda angustiada da médica responsável pelo setor, justamente por não conseguir compreender o porquê pacientes com alto risco de morte não conseguiam se submeter ao tratamento. A equipe de psicologia passou, então, a acompanhar estes pacientes, mas, objetivando, principalmente, entender como se estabelecia a relação médico-paciente-tratamento e como se articula o desejo do paciente frente – e por algumas vezes, contrário – ao desejo da equipe de saúde.

Após o atendimento de um paciente do setor, a médica responsável, me chama ao seu consultório, extremamente angustiada. Chorosa, me aponta que o paciente que acabara de sair era instruído, era inteligente, tinha formação superior, conseguia compreender claramente, segundo ela, suas explicações e todos os riscos que sofria ao não se alimentar “corretamente”. Sua angústia principal se dava pelo fato do paciente, por não ter seguido “as normas”, precisar, neste momento, começar um tratamento de diálise peritoneal. Neste instante, nos debruçaremos sobre alguns conceitos médicos para nos aproximarmos da angústia desta médica. Quando os rins não conseguem filtrar de forma eficaz as toxinas no sangue, o excesso destas toxinas pode levar o paciente a óbito. Para evitar isso, o paciente com insuficiência renal é submetido a um tratamento que substitui a função dos rins e promove a remoção destas toxinas no sangue: a hemodiálise ou a diálise peritoneal. A hemodiálise é realizada dentro de uma clínica especializada ou hospital, através de uma máquina que realizará a filtração do sangue. Ela recebe o sangue do paciente através de um cateter ou uma fístula arteriovenosa e remove as toxinas. Posteriormente, o sangue é devolvido de forma limpa para o organismo e isso tem duração de 3 a 5 horas, tendo que ser realizado mais de uma vez semanalmente. Já a diálise peritoneal promove a filtração do sangue através de uma máquina e um cateter inserido diretamente no abdômen do paciente, podendo ser feita pelo próprio paciente, com auxílio de mais uma pessoa, dentro de casa e ao longo do dia. Residia aí a angústia desta médica que me questionava: “Como este paciente que não consegue se alimentar de forma correta irá fazer o processo de diálise corretamente ao longo do dia?” Acertei com esta médica que passaria acompanhar este paciente em específico e, ao entrar em

contato com ele, marcamos um atendimento ao longo da mesma semana. Ao longo das sessões, ele me contou que perdera filha e esposa em um acidente de carro, que era católico e se punia por, às vezes, *desejar estar próximo a elas*. Sobre o tratamento, dizia que não conseguia entender o porquê estava com suas taxas metabólicas alteradas, já que, *fazia tudo que a médica solicitava*, ao se referir as solicitações médicas referentes ao tratamento, como dieta com pouca ingestão de sódio e pontualidade na ingestão dos medicamentos. A respeito da diálise peritoneal dizia que se sua esposa estivesse viva, ela não o ajudaria, já que, certamente, *não estaria nesta situação*. Ao questioná-lo sobre a associação entre a morte de sua esposa e filha e sua condição de saúde, o paciente não soube me responder e calou-se.

O que fica evidenciado no breve relato acima é a incapacidade da médica de compreender que o desejo do paciente, por mais que não fosse dito através de palavras, surgia em ato – o desejo de encontrar sua família, ou seja, o desejo de morte. Para ele, católico, o suicídio era algo pecaminoso, recalcado, e por isto, não dito. Mas em ato, sua forma de aproximar-se da morte era não se submeter ao discurso médico, afastando-se da possibilidade de cura. Esta foi a forma que o paciente encontrou de aproximar-se da morte sem se culpar pelo seu desejo.

A psicanálise possibilita com que o sujeito se rearticule na vida e passe a responsabilizar-se pelo seu desejo. Kehl (2002), ao se debruçar sobre a ética da psicanálise denuncia que isso é uma responsabilidade difícil de assumir devido ao inconsciente que existe. Porém o autor vai enfatizar 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). Dessa forma, o sujeito precisa, de certa maneira, se responsabilizar pelo seu inconsciente, se pretende renunciar à posição de vítima de seus sintomas, entendendo que estes representam sempre algo do desejo que escapa e retorna, e cabe ao sujeito em análise dar contornos possíveis a isso.

Frente às concepções apresentadas até aqui por Lacan e Freud, é preciso refletirmos sobre a dificuldade de sustentar a ética da psicanálise referenciada pelo real no ambiente hospitalar, marcado pela presença de diversos outros saberes, regidos pela sua própria ética. Assim, surgiram as perguntas que inicialmente suscitaram a investigação a qual essa pesquisa se propõe a fazer: de que forma o psicanalista sustenta sua ética no Hospital? Há uma interlocução possível entre medicina e psicanálise? Abordaremos esses tópicos mais à frente. Mas, antes, é importante mencionarmos que a partir das diferenciações feitas entre os discursos e suas éticas, consegue-se perceber uma diferença fundamental entre eles – sua

relação com o real. Enquanto o discurso psicanalítico leva em consideração essa dimensão e a incapacidade de preencher todas as lacunas do saber, assim como preencher todas as incertezas, a medicina tenta recalcar tal ideia. O médico sustenta um discurso de “todo poder”, que comanda e universaliza para poder ter uma ordem e eliminar qualquer vestígio do real que atrapalha este modelo higienista de saúde e cuidado. O mesmo pode ser observado ao nos aproximarmos da ética que rege este discurso, a ética do Bem. A medicina, ao tentar sustentar uma ética que promete atingir um “bem maior”, capaz de propiciar a cura de todos os males, também extingue o real em jogo. A tentativa de eliminar esse registro culmina na exclusão da subjetividade tanto do médico quanto do paciente. E é exatamente essa diferenciação entre os dois discursos que permite a aproximação da psicanálise e da medicina, assim como possibilita a sustentação da psicanálise no hospital, visto que o real é intrínseco ao sujeito e sempre retorna a aparecer, fazendo furo nesse projeto ideal médico, e é por não ter recursos para tratar do real, que surge a demanda pela presença do psicanalista.

2.4 O lugar estrangeiro do analista e a multidisciplinariedade

A psicanálise e a medicina propiciam um encontro possível que advém de um enlaçamento impossível no que se refere às distinções entre seus discursos e suas éticas. Como já fora mencionado anteriormente, o analista presente no hospital geral, submetido a tal encontro, deve se atentar às exigências que o discurso psicanalítico introduz para sua sustentação, sem se deixar capturar pelo discurso médico. Este, provavelmente, é o maior desafio encontrado por um psicanalista em uma equipe multiprofissional. A psicanálise se aproxima da medicina na medida em que o médico demanda a presença do psicanalista a fim de que ele consiga solucionar as questões psíquicas do paciente à serviço do tratamento médico. Porém, é neste instante, que medicina e psicanálise se distanciam, visto que, por operarem por éticas distintas, o analista não responde à demanda médica tal como ela lhe foi formulada. É importante debruçarmo-nos naquilo que impede, portanto, o analista de atender esta demanda como lhe é dirigida.

Como já foi mencionado anteriormente, o médico exige do psicólogo presente na instituição hospitalar, que por muitas vezes, é um psicanalista, que ele acalme o paciente, eliminando o sofrimento psíquico que coloca em desordem o ambiente hospitalar e causa angústia na equipe de saúde. Acalmar e convencer são os termos mais frequentes nos

pareceres médicos enviados à equipe de psicologia de um hospital. Por vezes, psicanalistas que ocupam esse lugar, ao receber tais pedidos, e receosos por perderem sua posição dentro da instituição, em busca de certo reconhecimento, se deixam capturar por tais demandas, indo na contramão do discurso psicanalítico e nisso, removendo o lugar da psicanálise no hospital. Figueiredo (1997) e Moretto (2001) afirmam que o psicanalista, ao deixar ser confinado por estes pedidos vindos da equipe médica, rompe com o que lhe é mais particular e o que sustenta sua prática no hospital: seu discurso e sua ética. Logo, o lugar do analista não passa pela via da obediência e submissão ao discurso médico. Porém, não cabe ao analista negar os pedidos da equipe médica quando se referem a atendimentos aos pacientes, visto que a entrada do psicanalista nas instituições surge justamente da oferta de escuta. A questão que se coloca, portanto, refere-se à maneira que o psicanalista irá se posicionar frente às demandas médicas, de forma a não abandonar o discurso psicanalítico, discurso este que sustenta sua práxis. Ressalta-se que é por existir a demanda de escutar o sofrimento psíquico, vindo da equipe médica e direcionado ao psicanalista, que é possibilitado ao psicanalista preencher esse lugar na instituição.

Logo, o analista não deve atender cegamente aos pedidos dos médicos, nem tão pouco recusá-los. Frente a este impasse, o analista deve sustentar as condições éticas que possibilitam sua prática sem temer perder seu lugar e sem alienar-se ao discurso que prevalece no hospital.

Diante das diferentes demandas dirigidas à figura do analista é importante que elas sejam escutadas e acolhidas, sem atendê-las. É preciso que o psicanalista ofereça algo que permita, ao não atender diretamente as demandas, servir a escutar o que os profissionais de saúde têm a falar, para além do dito. No tópico anterior, um breve relato a respeito de um pedido angustiante vindo da médica de nefrologia foi descrito. O pedido médico que se fazia presente ali era o de convencer o paciente a aderir ao tratamento médico, para que este assim, pudesse evitar o processo de diálise e viesse a prolongar um pouco mais sua vida. Entretanto, o que foi ofertado à médica em questão foi a escuta do sujeito presente neste paciente, que após algumas sessões, apresentou melhoras no seu quadro clínico e empenho em seu tratamento. Nota-se aí, que, por mais que o psicanalista não vá de encontro ao paciente visando extinguir sua queixa e adaptá-lo ao tratamento, ainda assim, houve uma contribuição da escuta clínica que veio a auxiliar a médica, que, após alguns meses, pontua: “Este paciente está evoluindo de forma satisfatória.” É importante pontuar que, a partir da entrada em cena do psicanalista e a oferta de uma escuta do sujeito, o paciente passa a dirigir suas questões, antes dirigidas ao médico, para ele, o analista. A transferência de saber que estava localizada

na figura do médico se transfere para a figura do analista, possibilitando assim, a abertura de um processo analítico e promovendo, concomitantemente, uma melhora no quadro clínico e uma melhor relação entre médico e paciente.

Assim, a solicitação do pedido médico direcionado ao analista promove um convite ao trabalho, que ao mesmo tempo, não pode ser atendido diretamente como o médico solicita, exigindo do analista que este sustente as condições de rigor da sua prática, sem distorcer o que é de mais particular de sua clínica.

O psicanalista, no hospital, não trabalha sozinho. Seu trabalho é cercado por outros saberes – a multidisciplinariedade, que se institui, inclusive como diretriz de saúde. Para o paciente e equipe de saúde, o psicanalista faz parte desta equipe multiprofissional. Para o psicanalista, fazer parte desta equipe, por vezes, pode vir a exigir que ele se submeta às normas da instituição. Portanto, qual o lugar do psicanalista em uma equipe multiprofissional? O lugar estrangeiro. O psicanalista deve ocupar um lugar estrangeiro, como um visitante convidado, que circula pelos discursos presentes, os subvertendo. Não deve colocar-se associado aos saberes ali instituídos, mas deve ser convocado a operar sobre eles e ofertar, tanto ao paciente, como à equipe, algo que lhe é único e que apenas ele pode ofertar: a escuta psicanalítica. Assim, diferentemente dos demais colegas de trabalho, o psicanalista não vem a preencher uma vaga destinada a ele em algum concurso ou chamada pública. Seu lugar é construído diariamente, através da sustentação da sua clínica,

O lugar do analista na equipe é um lugar de trabalho, de promoção de trabalho, e a inserção só é possível como consequência, a partir do estabelecimento de um campo de relação transferencial no qual o lugar de onde o psicanalista opera não corresponde necessariamente ao lugar no qual a equipe lhe coloca (MORETTO, 2006, p.76).

Dessa forma, o lugar do psicanalista na instituição não é definido *a priori*, se estabelecendo a partir da oferta da escuta clínica e da construção da relação transferencial com a equipe de saúde.

A construção deste lugar depende da demanda que o médico dirige ao analista e da maneira que ele atende. O desafio, como foi mencionado anteriormente, está em acolher esta demanda sem se aprisionar e saber que nem toda demanda dirigida ao analista requer sua intervenção, atendendo a demanda da forma que ela lhe chega, como no caso citado acima da médica que solicita uma adaptação do paciente. Mas, entendendo que esta solicitação indica, certamente, uma dificuldade de lidar com a subjetividade e com o desejo do paciente.

O posicionamento do psicanalista, em qualquer instituição que ele esteja, requer dele o rigor de transmitir a psicanálise, através do seu discurso, propiciando a subversão dos discursos institucionais, que excluem a presença do sujeito. Assim, a transmissão da psicanálise engendra a produção de um saber singular e o aparecimento do desejo, particular de cada caso clínico. Quando o psicanalista adentra o hospital geral se estabelece um convite para que o psicanalista torne a psicanálise presente no mundo, fazendo assim, uma espécie de extensão da psicanálise.

O que o psicanalista irá transmitir para a equipe de saúde é a noção de singularidade, frente às tentativas de padronização e universalização dos corpos. O médico, auxiliado pela presença de um psicanalista, pode, por exemplo, ampliar seu olhar e capturar que determinado paciente apresenta um comportamento frente ao processo de adoecimento que indica a sua posição subjetiva. Compreendendo, assim, que obedecer ao tratamento não significa, necessariamente, a implicação do paciente com o mesmo.

Por mais que esteja operando, neste espaço multiprofissional, diversos saberes, a equipe compreende que nenhum deles é capaz de dar conta da relação singular que cada paciente estabelece com seu diagnóstico. Com a presença de um psicanalista, é possível proporcionar a circulação destes saberes, a fim de formular um saber não-todo que leva em consideração o particular de cada caso.

Neste instante, se faz necessário pontuar uma intervenção feita por parte da equipe na qual eu trabalhava, no Hospital Universitário, para elucidarmos a forma como uma palavra dita pelo analista pode promover a subversão de um discurso. Após o atendimento de um paciente da clínica vascular, a médica plantonista convoca a presença da equipe de psicologia. Fomos eu e minha preceptora ao encontro da médica. Ao chegarmos, a médica, muito nervosa, pontua que “precisamos trabalhar melhor” e que “precisamos convencer o paciente sobre a necessidade de aderir ao tratamento e obedecer às ordens”, isso tudo aos gritos em uma enfermaria relativamente cheia. Quando minha preceptora indica que lhe faltava um certo “tato”, “um jeitinho” na forma de lidar com os pacientes, a médica esbraveja respondendo que “meu tato é com o bisturi”. Neste momento, minha preceptora não recua frente à rispidez e indica: “de certo, doutora, até para segurar o bisturi é necessário um certo tato, um jeitinho delicado de agir.” Na outra semana, esta mesma médica convocou o restante da equipe de saúde, incluindo a equipe de psicologia, para uma reunião geral. Nesta reunião, a médica aponta sobre a dificuldade da equipe em lidar com as queixas do paciente em questão e acrescenta: “será que não precisamos criar um “jeitinho” melhor de lidarmos com o paciente?” Vemos aqui, que a intervenção da analista permitiu com que a médica refletisse e

se responsabilizasse com o “jeitinho” que ela lidava com cada paciente, fazendo com que ela crie uma demanda de saber fazer um novo “jeitinho” capaz de lidar melhor com caso.

Porém, por muitas vezes, a equipe de saúde também pode se posicionar de forma diferente, a fim de não acolher a presença do psicanalista, resistindo e permanecendo presa nos próprios discursos e éticas. Demonstrando assim, que nada quer saber sobre a fala do outro, que vem a introduzir um discurso diferente do seu. Dessa forma, a psicanálise, através do manejo da sua clínica, irá se fundar a partir de outra metodologia.

Frente a este desafio, cabe ao analista transmitir sua psicanálise respeitando o limite de saber por parte dos médicos. Como pontua Lacan (1959-1960), “os limites éticos da análise coincidem com os limites de sua práxis” (p.32), assim, uma vez que essa práxis depende de um querer saber do outro, e neste caso, este outro sendo o médico. Independentemente de como seja, o analista deve operar a partir do que surge da sua clínica, do encontro com cada paciente e equipe de saúde, levando em consideração tanto o dito como o não dito, visto que, a clínica do real, comporta a dimensão da impossibilidade do dizer tudo. É daí que surgem as indicações para a continuação e sustentação da sua práxis.

Figueiredo (2010) pontuou três indicações da psicanálise para o trabalho em equipe multiprofissional na área da saúde mental – indicações que podem ser transpostas à equipe presente no hospital geral. A primeira indicação se refere à forma como a equipe lida com o saber, se colocando como aprendiz. Isso convoca os membros desta equipe a se colocarem em uma posição anterior, esvaziada de um saber prévio, possibilitando assim, a emergência da palavra do sujeito e a construção e circulação de um saber outro.

A segunda indicação refere-se à maneira como a equipe se organiza a partir da transferência de trabalho, compartilhando as responsabilidades de cada caso, e não apenas dirigir ao outro uma tarefa a ser cumprida ou uma exigência a ser respondida. A última indicação se relaciona com a forma pela qual o caso será construído a partir das palavras do próprio sujeito, e não a partir de saberes prévios da equipe. É importante relacionarmos tais indicações com o caso mencionado acima na clínica vascular. A partir da intervenção, a analista convoca a médica a ocupar uma posição de aprendiz, de responsabilidade frente ao próprio dito, possibilitando que ela, esvaziada de um saber prévio, demande um saber fazer outro, convocando o restante da equipe de saúde a ocupar-se desta tarefa: da criação de um jeitoinho capaz de lidar sujeito que incide em cada paciente.

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” (FIGUEIREDO, 2010, p.16).

A circulação a qual a autora pontua se refere à forma constante de construção do caso. Porém, para que o caso seja de fato um saber em construção e para que haja a intervenção da psicanálise operando assim os efeitos do seu discurso, é necessária uma condição fundamental: a presença do analista, do lugar estrangeiro, nesta equipe de saúde. Um lugar estrangeiro que permite ao psicanalista exercer a função de supervisão, “que é um modo de transmissão desse ‘saber fazer no ato’, em um fazer-junto” (Figueiredo, 2010, p.17).

3 O INEXORÁVEL DA VIDA: SOBRE O CORPO E A FINITUDE

3.1 Corpo e gozo: como curar um casamento?

Eu não sou eu nem sou o outro,
 Pilar da ponte de tédio
 Sou qualquer coisa de intermédio:
 Que vai de mim para o Outro.

Mário de Sá Carneiro

Como aponta Antonio Quinet (1988), psicanálise e medicina não têm muitos pontos em comum, mas no hospital, eventualmente, operam sob o mesmo corpo, mantendo cada uma sua especificidade. E que corpo é este? É o corpo do ser falante, um corpo que abriga a linguagem e é, ao mesmo tempo, abrigado por ela. Isso significa que, de alguma forma, só pode ter um corpo e falar sobre ele, aquele cujo corpo está apreendido na linguagem. Quinet (1988) aponta a seguinte reflexão a respeito do corpo: “O que é um corpo? É aquilo que pode trazer a marca apropriada para colocá-lo numa cadeia de significantes, ou seja, num discurso” (p. 13). Dessa forma, pode-se concluir que essa linguagem, por vezes, se inscreve no corpo trazendo marcas no orgânico, lesões reais, como apresentam as histéricas analisadas por Freud. Até aqui, é possível refletir que o modo de fazer médico, dentro ou fora do hospital, está relacionado àquilo que é possível delimitar, nomear, catalogar e medir. Como pontua Quinet (1988), a medicina só existe porque ela é uma prática essencialmente balizada pela linguagem, ou seja, grande parte do saber médico adquirido passa pelo viés da nomeação, designando a cada parte do corpo um significante que lhe é próprio. “A descoberta das regiões é concomitante a sua nomeação. Aprender o mapeamento do corpo é a primeira condição de se poder navegar no saber médico” (Quinet, 1988, p.3).

O corpo, como objeto do estudo médico é exaurido pela observação detalhada e objetiva. Assim, pode-se perceber que é o olhar que está em jogo na clínica médica. Esse olhar captura, delimita e escaneia seu objeto “neutro”. Porém, como já foi mencionado anteriormente, há algo que escapa a nomeação e a especificidade do olhar. Escapa no real, posto que há sempre algo impossível de ser visto que vem a furar a “neutralidade” posta pela medicina ao corpo, colocando em evidência a fala, ou seja, um corpo que fala de si mesmo. “Onde a medicina é uma clínica do corpo, na condição de objeto do olhar, a psicanálise

almeja ser uma clínica do sujeito apreendido pela escuta (...) A escuta daria acesso a algo inapreensível pelo olhar” (Ansermet, 2003, p.9). Isso que é impossível de ser apreendido pelo olhar se situaria, ao retornando a Freud, ao lado das pulsões.

Refletir a respeito do pulsional do corpo é perceber que há uma dimensão que fica fora da emancipação do saber, que aparece como esse mais além, como algo que extrapola o discurso médico. Em Freud, a pulsão é, ao mesmo tempo “um conceito limite entre o somático e o psíquico” e “atua sempre como uma força constante” sobre o corpo (2010c, p.54 e 57). Como pontua Quinet (1988), a prática psicanalítica diz respeito ao corpo por debruçar-se sobre a pulsão.

A pulsão concerne ao corpo pela sua fonte, o que Freud designou como zona erógena, e no inconsciente só sabemos dela através de sua representação, ou seja, sua expressão significativa que é articulada na cadeia significativa inconsciente, constituída a partir das diversas demandas do Outro (p.11).

Vale destacar neste momento o conceito de psicossomática que, por vezes, é erroneamente articulado a tudo aquilo que concerne aos fenômenos psíquicos e ao corpo. O fenômeno psicossomático, como pontua Quinet (1988, p.2), “implica numa lesão orgânica, num gozo específico não imediatamente sexual”. Porém, o autor também destaca que não é toda lesão orgânica que deve ser tida como um fenômeno psicossomático, para isso, é necessário observar como essa lesão se articula com a linguagem.

Como destaca o autor, a lesão orgânica é o que possibilitou dar sustentação científica à clínica dos sintomas. Porém, é importante pontuar que a lesão orgânica é da ordem do real, mesmo que ela esteja presente simbolicamente correlacionada ao sintoma. E por que ela é da ordem do real? Porque ela é incontável, as leis da biologia são incapazes de conte-la, ela aparece fazendo furo ao corpo.

Lacan (1966c) propôs o termo “epistemossomática no lugar de psicossomática”, indicando a necessidade de se estabelecer uma análise epistemológica dos discursos. É importante pontuar, como já foi estabelecido aqui anteriormente, que a medicina funciona relacionada à demanda e a psicanálise ao desejo. Ao médico lhe é solicitado o saber curar, o remédio, a resposta, mesmo que isso não seja bilateral, ou seja, mesmo que essa demanda não parta do paciente. Por vezes, é possível perceber no hospital uma demanda de categorização por parte do próprio paciente, através de um diagnóstico ou de uma cirurgia, que o coloque em uma posição de doente, o autenticando como tal.

Neste momento, vale destacar um caso clínico que atendi no Hospital Universitário

Antônio Pedro, no início de 2018, na clínica médica masculina. Sérgio¹¹ tinha 68 anos, era casado com Maria¹² há mais de 40 anos e tinha dois filhos. O paciente em questão fazia acompanhamento médico desde 2015, no mesmo hospital, para tratar de úlceras que surgiam na sua perna, devido às complicações de uma doença arterial obstrutiva periférica, fruto de uma diabetes avançada. Ocasionalmente, o paciente aparecia com uma úlcera em estado mais avançado, com inchaço, dor, mau cheiro e liberando um líquido, o impossibilitando inclusive de andar, devido a dor. Por estar impossibilitado de andar, sua esposa o acompanhava, o levando até ao hospital de cadeira de rodas. Ao ser avaliado, o médico, então, lhe pedia que fosse semanalmente à enfermaria para que a equipe de enfermagem lhe fizesse curativos na úlcera, a fim de promover a correta cicatrização. Foi desta maneira que começamos nossos encontros, na enfermaria, semanalmente, quando o paciente ia fazer seus curativos, por uma solicitação de sua esposa. Ao me encontrar sentada na enfermaria com um prontuário na mão, apontou para meu jaleco que estava escrito “psicologia” e questionou: “você é psicóloga né? Preciso de atendimento para meu marido”. Antes que eu pudesse me apresentar ou perguntar o motivo, ela já pontua que precisarei ter muita paciência e persistência, que é um caso grave de ferida na perna com uma “pitada de fingimento” e, acrescenta “se realmente a ferida não tivesse tão feia, eu até acreditaria que era só puro fingimento”. Nesse instante, ela já me aponta Sérgio, que está sentado em uma maca ao lado de um enfermeiro e em um tom de voz um pouco mais elevado fala: “ela vai dar um jeito em você”, se levanta e sai, sem que eu conseguisse expressar uma só sílaba. Ao me dirigir para Sérgio, a princípio, ele se mostra relutante, mas como não pergunto sobre sua perna, sua ferida, sua glicemia ou qualquer outro signo médico que acuse alguma doença, ele logo se põe a falar sobre seu casamento, após eu falar que ele poderia falar do que quisesse. Ao longo dos encontros, ele me relatou sobre sua vida, sobre sua aposentadoria por invalidez, sobre seu casamento e seus filhos. A úlcera, a diabetes e a doença arterial obstrutiva periférica o impendiam de trabalhar, fazendo com que ele passasse a maior parte do tempo em casa com seu filho mais novo, enquanto sua esposa trabalhava na cozinha de um restaurante. Sua filha mais velha estudava administração e ele falava muito orgulhoso sobre isso. Em um atendimento, o paciente relata: “sabe de uma coisa? É até bom que eu fique em casa, só assim, posso ficar de olho nas coisas que acontecem”, ao ser questionado sobre “as coisas que acontecem”, ele diz que pode observar melhor sua esposa, que pode ver o que ela faz e até “espia seu celular, as vezes”. Neste momento, ele retoma a infância e diz: “imagina se na época dos meus pais, existisse esse

¹¹ Nome fictício

¹² Nome fictício

aparelhinho – apontando para o celular próximo à sua mão – o tanto de coisas que meu pai poderia descobrir a respeito de minha mãe”. Ao ser questionado o que seu pai poderia descobrir, Sérgio desvia e responde: “não sei, não existia o celular na época” e fica calado. Sérgio parece ter desconfianças a respeito de sua esposa e de sua mãe. Do que Sérgio desconfiava e quais certezas ele buscava?

Em outro atendimento, Sérgio volta a falar sobre o casamento dos pais e com orgulho, diz que “por mais difíceis que eram os tempos antigos, o casamento dos seus pais durou mais de 60 anos”, finalizando com a morte de sua mãe. Aponta também que os casamentos antigos duravam muito, que as esposas eram fiéis aos seus companheiros e aos seus filhos. Pergunto como ele enxerga os casamentos atuais, como o dele, e ele responde que “os tempos parecem ser mais fáceis para terminar um casamento, hoje tem muita mulher que não respeita o marido, não quer cuidar dos filhos”. Pergunto se ele estava em um casamento assim e ele pontua que “às vezes” e se cala novamente.

Depois de 8 semanas, o paciente recebe alta da enfermaria e informações de como ele mesmo pode fazer os curativos em casa, visto que a úlcera já estava praticamente cicatrizada. Depois de um mês, o paciente retorna à enfermaria para uma nova consulta com o médico. Nessa consulta, o profissional constata uma regressão da cicatrização e ordena a retomada da realização dos curativos no hospital. É nesse momento que retornam também nossos encontros. No primeiro atendimento, o paciente me recebe sorrindo e dizendo “olha quem apareceu novamente”. Estranho seu sorriso e lhe pergunto se não está com dor. Ele pontua que sim, mas que não havia problema, visto que agora ele seria novamente cuidado pelas enfermeiras e sua esposa. Nesse ponto, peço que me fale mais sobre esse cuidado e então, ele diz “quando tenho que vir até aqui, neste estado (apontando para a ferida), minha esposa me acompanha, me traz na cadeira de rodas e em casa, faz todos os meus curativos, ela é muito parceira, sabe?” Em outro atendimento, o paciente recorda alguns momentos de crise conjugal em que ele achou que sua esposa o abandonaria e que ainda chegou a duvidar de sua fidelidade. Pergunto quando essas crises eram mais recorrentes, e o paciente responde que eram quando ele trabalhava, “antes de tudo isso”, ele pontua. Sérgio fala que a cozinha (o local onde a esposa trabalha) é cheia de homens e ainda acrescenta: “depois dizem que cozinha é lugar de mulher, como que naquele restaurante, então, tem tantos homens?” Pergunto se isso era um problema para ele. Sérgio parece ignorar minha pergunta e continua: “vê se a doutora concorda comigo, minha esposa, que é até bonita, você viu, trabalhando e recebendo ordem de um monte de homens, eu não sei não, será que eles todos ali são casados, a senhora me entende.” Pergunto como eu poderia entendê-lo e ele supõe que meu marido

também não goste que eu trabalhe no hospital, “cercada por homens”. Aparentemente, Sérgio não confia muito nas mulheres, aparecendo outra vez sua desconfiança em torno da esposa. Novamente, após algumas semanas, com a úlcera já cicatrizada, o paciente ganha alta. No dia da alta, após o paciente ir embora, o médico me solicita em sua sala. Ao chegar na sala, o médico em questão me escreve um parecer solicitando atendimento psicológico para Sérgio. Pontuo que já atendia esse paciente há algumas semanas, tendo os atendimentos sido interrompidos com a alta e que agora ele também recebera alta, portanto, não havia entendido o sentido do parecer solicitado. Então, o médico pontua com convicção que é apenas “uma burocracia futura”, visto que ele tinha certeza de que o paciente retornaria. Ao questioná-lo o porquê, o médico diz que acredita que o paciente provoque a piora da úlcera, com as próprias mãos, ao coçar. Ele diz que pode perceber erupções cutâneas causadas por coceiras realizadas por unhas e que ao mencionar isso com o paciente, percebeu uma “agressividade anormal”.

Após 3 meses, o paciente retorna à clínica médica, novamente com a úlcera em estado avançado e, desta vez, ele apresentava uma infecção grave, que o levou a ser internado. Coincidentemente, eu estava sentada na enfermaria quando Sérgio chega para ser internado. Dessa vez, sua esposa estava ao seu lado, com uma expressão muito chorosa e preocupada. Ao me aproximar deles, Sérgio sorri timidamente e pontua que no momento estava cansado demais para falar. Volto a me sentar e Sérgio vai em direção aos leitos. Passados alguns minutos, sua esposa, Maria, se afasta e vai em direção à saída da enfermaria. Nesse momento, me dirijo até ela e pergunto se gostaria de conversar um pouco. Com os olhos cheios de água, ela fala sobre o medo de que Sérgio morra e não entende como o marido pode ser tão “teimoso”. Pergunto o que isso significava e ela continua a falar sobre seu cansaço, sobre o medo de perder o emprego e em como a convivência, por vezes, pode ser muito difícil, direcionando uma questão para mim: “você é casada?” que ela responde por mim dizendo “você me parece muito nova para isso, mas eu também me casei nova, se eu soubesse...” e cala-se depois disso. O que a esposa de Sérgio demandava saber? No instante que me afasto em direção a outro atendimento, fico pensando se a perna ferida de Sérgio não evidenciava a ferida do próprio casamento.

Durante a internação, a equipe médica vascular constatou uma piora na circulação sanguínea periférica e optou por uma cirurgia que melhorasse a circulação de sangue nas pernas. Durante a cirurgia, constatou-se que o estado da úlcera era muito grave e foi necessária a amputação de parte da sua perna, para que a infecção cutânea não espalhasse para o resto do membro inferior. No dia posterior à sua cirurgia, o atendi no leito da UTI. Ao perguntar como estava se sentindo, ele disse, que apesar de tudo, se sentia bem, que

finalmente não teria que vir ao hospital semanalmente e que os cuidados de sua perna seriam realizados pela sua esposa, em casa. Ele disse que sua esposa abandonou o trabalho e se dedicaria integralmente aos seus cuidados. Após alguns atendimentos, o paciente finalmente me fala, em tom confidencial, “olha, preciso ser sincero com a senhora que é tão boazinha e vem aqui me ver, eu não fazia os curativos exatamente igual ao das enfermeiras, sabe? É que minha esposa é melhor nisso, mas como ela trabalhava, eu me virava. Mas, quando eu piorava um pouco, ela voltava a fazer”. Assim, o questiono por que era importante que sua esposa lhe fizesse os curativos, e ele disse “porque assim, sei exatamente onde ela está, sei que está em casa, cuidando de mim”. No decorrer desse atendimento, ele pontuou sobre sua insegurança a respeito da independência e autonomia da esposa. Temia que, com o emprego, ela viesse a querer o divórcio e agora, “ela não pode ir a lugar nenhum”, ele disse. Sérgio lembrou-se novamente dos seus pais e disse “antigamente, era muito mais fácil, a mulher ficava em casa, cuidado do marido e dos filhos, era muito bom ter minha mãe sempre comigo, tirando as vezes que eu aprontava e ela me batia”, rindo, Sérgio desviou a conversa para suas peripécias de menino. Interessante como a amputação de sua perna, de certa forma, impossibilitava, na verdade, a locomoção da sua esposa, seja para o trabalho ou seja em direção a um possível divórcio, caso ela assim quisesse. Para o paciente, a mulher em casa, cuidando dos filhos e do marido lhe assegurava um casamento duradouro como o de seus pais. Porém, como foi relatado no início desse caso, Sérgio também levantou desconfiâncias a respeito de sua mãe.

Para o paciente em questão, o estatuto de doente o aproximava da esposa e a aprisionava em um casamento. Ser doente lhe possibilitava ser casado. A amputação de seu pé inviabilizou o emprego de sua esposa que agora, ficaria em casa lhe cuidando. No último atendimento, pergunto se ele não tem medo das complicações que a úlcera poderia ocasionar, como a própria morte, por exemplo. Nisto, o paciente me respondeu “medo tenho é de ficar sozinho, doutora”. No mesmo dia, o paciente recebeu alta e desde o fim do meu estágio no hospital, em agosto de 2019, nunca mais o vi.

Para retornar à discussão a respeito da psicossomática, é importante pontuar a distinção que Quinet (1988) traz entre necessidade e demanda. O autor aponta que a necessidade é de ordem fisiológica, como a sede, a fome, o sono, que tem um objeto preciso que a satisfaz, como nesses casos descritos, o alimento, a água e o adormecer. Assim, qualquer animal, sendo homem ou não, estaria acolhido pelo plano fisiológico das necessidades. Já o registro da demanda instaura uma outra dimensão, a dimensão da linguagem, visto que é através da fala direcionada que se demanda algo. “O que a psicanálise nos mostra é que para o homem enquanto ser falante, suas necessidades entram em jogo pela

via da demanda” (p.10). Ou seja, essa demanda pode aparecer como demanda ao Outro, como o bebê que estica as mãos em direção ao seio da mãe ou demanda do Outro, quando a mãe demanda ao bebê que ele defeque. Para que haja demanda é necessária essa relação, de um sujeito com um Outro, por meio da linguagem. O agravamento da úlcera do paciente simbolicamente demandava ao Outro cuidados e permanência em um casamento.

Portanto, o que faz um corpo ser um corpo humano é a linguagem. Primeiramente, esse corpo é permeado por significantes – um nome, um número, um registro, uma data. Esse corpo já se diferencia de uma carcaça de animal qualquer. Logo, como esclarece Quinet (1988) ao citar Lacan (1998, p. 301) é que o primeiro corpo é o corpo simbólico, ou seja, o corpo da linguagem dá corpo a um corpo físico, “é a linguagem que confere um corpo ao sujeito” (p.15). É justamente por estar imerso na linguagem, que o sujeito pode falar sobre seu corpo, a função dos seus órgãos e a dor que o aflige.

Em uma instituição hospitalar o corpo se faz objeto inanimado, objeto de saber médico, porém, sem deixar de ser um corpo que goza. Como aponta Quinet (1988) o que faz um corpo vivo se diferenciar de um corpo morto não é o significante corpo, que pode ser atribuído a ambos os termos. O que diferencia os corpos, em termos de psicanálise, é a libido.

Quando da entrada do sujeito no simbólico esse gozo deserta o corpo e se concentra então nesse oásis de gozo definidas por Freud como zonas erógenas, que se referem a um objeto causa do desejo que é propriamente fora-do-corpo, o objeto perdido (Quinet, 1988, p.17)

O gozo é aquilo que afeta o corpo. O que é apontado por Lacan, aqui, é que onde há dor há gozo. A dimensão velada do organismo, ou seja, aquilo que é matéria de um corpo vivo, goza de sua existência. Ela é uma dimensão velada, dado que, pela definição de saúde trazida por Canguilhem¹³, os órgãos são silenciosos. É através da dor, da doença (sem deixar de incluir também o prazer e a satisfação) que se sabe da existência do órgão. Lacan (1966) vai nomear de “falha epistemo-somática” a distância que separa o corpo na sua dimensão de gozo e o saber que se produz a respeito dele, ou seja, não tem como ter um conhecimento do gozo anterior ao saber que é projetado. Assim, é na própria relação do saber com o corpo que já a produção de um saber. Esse gozo escapa ao saber médico que não é passível de objetificação, dado que é a própria existência que retorna como real neste corpo que é vivo. Lembrando que o real tratado aqui é o real de Lacan, aquilo que não é passível de simbolização, que surge das falhas da linguagem, na inconsistência do Outro. É nessa “falha

¹³ Definição exposta em “O normal e o Patológico” (1996) que traz saúde como sendo “o silêncio dos órgãos”.

epistemo-somática” que emerge algo do ser que escapa a *Ordem Médica*. Isso que Lacan (1966) nomeou como “pobre na festa” (p.11). Em um hospital, é para esse “pobre na festa” que o psicanalista irá se dirigir. Diante da estruturação cada vez mais segmentária do saber, da festa luxuosa de aparatos tecnológicos que ampliam o olhar sobre o corpo, o médico perde-se do sujeito e encontra-se, muitas vezes, paralisado pelo limite de seu próprio discurso. É neste lugar que a presença do psicanalista pode surgir como uma aposta no retorno da medicina sobre o sujeito, posto que é impossível escapar ao fato de que o espaço hospitalar é o espaço médico.

O corpo responde de outro lugar quando a medicina tenta categorizá-lo. Há algo no próprio corpo que escapa à toda tentativa de categorização, de normatização. Isto que é mais além do corpo e que Lacan irá denominar de gozo. Como já foi apontado, o corpo goza e isso não pode ser absorvido pelo saber, muito menos passível de ser curado.

Retomando o relato trazido no início deste capítulo, o paciente em questão, por mais dor que sentisse e por mais prejuízo que tivesse, do ponto de vista médico, ele provocava a piora da úlcera. Havia uma demanda indireta a sua esposa, uma demanda de cuidado, que o lembrava do seu casamento e do medo de ficar só. Cutucar sua ferida ao ponto de precisar ser levado ao hospital e por fim, ter sua perna amputada, lhe trazia a satisfação advinda da “fantasiosa certeza” que ele criara de que a esposa, levando em consideração a sua atual condição, não teria coragem de abandoná-lo, garantindo assim, a perpetuação do seu casamento. O sintoma médico lhe conferia um *status* o qual ele gozava. Como curar o medo de se separar? Como categorizar de forma médica a angústia de ser trocado por outro homem? A doença orgânica evoca um real impossível de suportar que, como vimos anteriormente, está também referido a essa dimensão de linguagem que concerne ao sujeito a única coisa possível de ser feita, a de percorrer as significações que o real engendra para cada sujeito, e não a vivência da doença em si, posto que essa é inacessível.

Em Freud (1926), observa-se que a angústia é um afeto que não engana, visto que o corpo o sente. No processo analítico, a angústia revela-se como um afeto privilegiado para relacionarmos a interseção entre o psíquico e o somático (BESSET, 2002). Segundo Lacan (1974), “a angústia é algo que se situa alhures em nosso corpo, é o sentimento que surge dessa suspeita que nos vem de nos reduzirmos ao nosso corpo” (p.65).

Em *Inibição, Sintoma e Angústia*, Freud (1926) distingue o conceito de dor, luto e angústia em relação à perda do objeto. O autor conceitua a angústia como uma reação do eu à perda do objeto, da mesma forma que o luto. Portanto, qual seria a diferença entre angústia e luto? Foi através da observação da separação entre bebês e suas mães que Freud conseguiu

estabelecer que a angústia surge quando há perda da percepção do objeto, ou seja, quando a mãe já não está mais presente no campo visual do bebê, lhe causando dor. Inicialmente, o bebê não consegue diferenciar uma ausência temporária de uma ausência permanente, assim o sentimento de dor é sentido como se fosse uma ausência permanente.

Apenas posteriormente, por volta dos dois anos de idade, segundo Freud (1926), que a criança consegue ser capaz de diferenciar a angústia da dor. A dor difere da angústia por ser uma reação à perda do objeto, e não apenas a ameaça da perda. Esse momento é muito importante para o surgimento da angústia, pois relaciona a perda do amor ao objeto.

Segundo Coca, O. de S., Salles, R. J., & Granado, L. C. (2017) a separação amorosa pode ser entendida como um processo de luto em vida, visto que, o luto, em síntese, é o trabalho psíquico de retirada de investimentos feitos em um objeto significativo, reintrojetando esses investimentos no eu, para o posterior reinvestimento em outros objetos. A angústia diante da possibilidade da perda do seu objeto de amor, sua esposa, faz com que Sérgio inflija a si mesmo uma dor física e palpável, enlaçando Maria em uma trama na qual, para ele, ela não pode escapar. Assim como o bebê que se desespera ao não ver a mãe no seu campo de visão, e chora copiosamente para que a mãe retorne. Sérgio desespera-se com as saídas de sua esposa para o trabalho, pois assim, não consegue “ficar de olho nas coisas que acontecem”. Aquilo que dá consistência aos fenômenos do corpo “são os sentidos imaginários que o sujeito encontra para gozar com o sofrimento, fazer o corpo falar de uma dor (psíquica) impossível de simbolizar” (BESSET *et al.*, 2010a, p. 9). Para Sérgio, estar doente não anunciava a dor da perda de sua perna, mas da perda de sua esposa. O caso em questão testemunha que, para muito além do problema físico de que o médico pode e deve tratar, os sujeitos com que nos deparamos no cotidiano da clínica no hospital são atravessados de questões psíquicas para o que é fundamental escutá-los e fazê-los falar.

3.2 **“Como porque estou viva, no dia que eu morrer não vou poder comer”: todo mundo que está vivo, mastiga, come e engole**

Gisele¹⁴, jovem de 21 anos, mãe de um menino de um ano e meio e casada, se encontrava deitada no leito improvisado e distante da enfermaria cirúrgica feminina do Hospital Antônio Pedro. O ano era 2018, meu primeiro ano de estágio no projeto “Serviço de Psicologia da Área Cirúrgica”. O leito que Gisele estava ocupando naquele momento, até o

¹⁴Nome fictício.

dia anterior, não existia. Os leitos, até aquele dia, eram numerados do um ao dezesseis. Aquele dezessete chamou a minha atenção e então, me dirigi até a enfermeira responsável pelo setor. Ao me aproximar e questionar sobre o acréscimo de um leito, ela me respondeu “um caso trágico e muito interessante, vai precisar de muita privacidade”. Reparei que a enfermaria estava com uma movimentação diferente naquela manhã, para aquele horário. Quando olhei para o final da enfermaria, onde estaria a suposta responsável pelo número dezessete, mal consegui ver a maca que estava cercada por uns dez médicos, que eu consegui contar. Sentei-me e aguardei que eles saíssem. Passados alguns minutos, um médico que nunca havia visto naquele setor sai, acompanhado de vários outros e alguns alunos. Eram mais que dez. Olhei para a enfermeira que apontou com a mão para que eu pudesse ir ao leito. Ao chegar, me deparo com uma jovem, muito magra, com uma sonda gástrica. Até então, nada além do peso me chamou muito a atenção. Apresentei-me e sinalizei que tiraria o jaleco, visto que estava suando devido a um problema com o ar-condicionado da enfermaria durante o mês de março. Esse movimento, a fez se espantar e dizer: “você não parece um deles”. Quando pergunto quem são eles, ela ignora e responde que estava faminta e com muita sede. Pergunto se ela gostaria que eu o sinalizasse a alguém para que ela pudesse beber um pouco de água e ela, pronta e rispidamente, responde que não. Continuamos o atendimento. Ela contou-me sobre seu filho, seu recente casamento e que ela era do Ceará. Ao fim do atendimento, ela, um pouco nervosa, pontua: “na próxima vez, dê uma lida no meu prontuário para saber sobre mim”. Rapidamente eu respondo que o que eu quero saber não está no prontuário e que apenas ela poderia me contar. Então ela, confusa, pergunta o que eu quero saber e eu, prontamente, respondo que estou interessada em qualquer coisa que ela tenha para falar. Ela sorri e eu saio do leito. Pela primeira vez, não resolvi ir até o arquivo dos prontuários. Apenas preenchi uma ficha de acompanhamento psicológico com minha assinatura e o ramal do meu serviço e solicitei que a enfermeira anexasse ao prontuário.

Passadas três sessões, Gisele sempre que podia, pontuava o quanto estava faminta e com sede. Na última sessão, resolvi questionar o porquê dela não solicitar água ou comida para a enfermeira. Então, ela levanta uma bolsa de esofagostomia que estava um pouco abaixo do pescoço. Até então, eu não havia reparado porque a paciente usava blusas de gola alta, apesar de ainda estarmos no verão, detalhe para o qual só me atentei aquele momento. Ela então me conta que fez uma esofagectomia de urgência (retirada do esôfago) devido a uma perfuração. Gisele sofria de Acalasia Idiopática, uma doença autoimune, que provoca a ausência do relaxamento do esôfago no momento da deglutição. O diagnóstico de Acalasia Idiopática é pouco frequente na população, tendo uma prevalência estimada de 7 a 13 casos a

cada 100.000 habitantes (Dantas, 2003, p.123). Seu prognóstico era bastante crítico e o tratamento incluía a realização de uma cirurgia que pudesse dilatar seu esôfago, com a finalidade de preservar o órgão. Entretanto, durante esse procedimento para a dilatação do esôfago, houve uma perfuração, que acarretou a necessidade da realização de uma esofagostomia (colocação da saída do esôfago para o pescoço), o que explicava aquela bolsa que agora ela estava me mostrando. Após a cirurgia, Gisele teve diversas complicações médicas como infecções bacterianas e anemia. Além disso, a paciente estava subnutrida devido à dificuldade de passagem do alimento pelo trato digestivo, o que explicava seu baixo peso. Os médicos decidiram que o melhor tratamento para Gisele era a reconstrução do seu esôfago a partir da retirada de parte do seu jejuno (intestino). Como esse procedimento é muito complexo e pouco usual nos hospitais, o caso de Gisele despertava muito interesse por parte de alunos, residentes e professores, o que explicava o contingente de pessoas ao redor do seu leito diariamente. Para a realização dessa nova cirurgia, entretanto, era preciso que a paciente se recuperasse das infecções e anemia. Além disso, fora recomendado que Gisele se alimentasse corretamente via sonda para ganhar peso. Com isso, a equipe médica optou pela não realização desse procedimento imediatamente, colocando assim, uma bolsa de esofagostomia por tempo indeterminado, até que eles reavaliassem seu caso.

Gisele me conta que se alimenta através de uma sonda ligada diretamente ao seu intestino e que os médicos criaram essa bolsa em seu pescoço para coletar sua saliva. Nesse momento, a paciente chora muito e relata que sente muita fome e sede. Pergunto do que ela tem fome e sede, pois penso que, se ela se alimenta pelo intestino, a fome dela não pode ser fisiológica. Ela me responde que tem fome da vida que ela tinha. Conta-me que sua mãe era cozinheira, que sua família se reunia em volta da comida e que ela cozinha muito bem. Falou também que no Ceará, ela era de uma família que tinha boas condições alimentares, que seus pais sempre lhe compravam boas comidas e bebidas. Lembrou dos Natais fartos e da Páscoa com muito chocolate. Logo depois, fomos interrompidas pelo seu marido, que lhe trazia uma sacola de uma loja, com muitas guloseimas. Nesse instante, percebo que ela me olha envergonhada e se encolhe em seu leito. Ao perceber seu crescente incômodo, resolvo sair.

Na sessão seguinte, encontro Gisele comendo um biscoito recheado, e quando entro, ela o esconde, sorrateiramente, debaixo do travesseiro e fica com a boca cheia. Pontuo que ali é um espaço sem julgamento, e que ela poderia falar e fazer o que ela se sentisse à vontade. Nesse momento, com os olhos cheios de água, ela pega um copo escondido do lado da sua maca e cospe o conteúdo do biscoito dentro do copo, caindo em um choro compulsivo. Esperei que ela se acalmasse e então, ela diz “devo ser muito pancada da cabeça, eu sei que

não posso engolir porque não tenho esôfago, não sou normal, mas eu gosto de comer.” Então, ela continua: “eu como assim, mastigo os alimentos e cuspo nesse copo, só para poder comer, sabe? Todo mundo que está vivo come, todo mundo mastiga. Como porque estou viva, no dia que eu morrer, não vou poder comer.” Gisele precisava mastigar a comida e cuspir naquele copo para se sentir viva, mesmo sabendo que isso não a alimentava fisiologicamente. Pontua que não precisa esconder o biscoito de mim e que, caso ela quisesse beber ou comer algo, ela poderia. Ela sorriu e agradeceu por “entendê-la”. Pergunto o porquê de ela precisar cuspir os restos da comida no copo, já que ela tem uma bolsa de esofagostomia. Ela então responde que, às vezes esquece ou que prefere deixar a bolsa mais limpa, sem restos de alimento, mas pontua “o médico liberou que eu comesse e deixasse os restos de comida na bolsa, disse que assim a bolsa teria outra função, além de pegar a saliva. Eu só teria que higienizar direitinho.” No próximo atendimento, Gisele fala do seu medo de receber alta e não resistir à “tentação de comer”, ela diz: “vou para casa, terei que cozinhar para meu filho e marido, irei vê-los comendo e não poderei comer. Nas festas, eu não poderei comer e nem beber, irei ver todos aproveitando a vida e eu morrendo aos poucos, mas pelo menos irei mastigar escondido.” Novamente, aparece a associação que Gisele fez entre a comida e a vida e como a mastigação para ela, era uma forma de contornar a ideia da morte, recobrando-a novamente pelo véu da certeza que enquanto ela pudesse mastigar, ela estaria viva. Pergunto à Gisele se ela preferia estar sem a bolsa de esofagostomia e ela responde prontamente que “não” e complementa “sem a bolsa, eu nem poderia mastigar, minha única alimentação seria através da sonda, como uma pessoa anormal, a bolsa me dá um pouco de normalidade como um ser humano comum.” A bolsa permitia que ela pudesse ter uma vida mais “normal”, em que ela poderia mastigar, comer e partilhar de momentos importantes com seu filho e sua família.

No atendimento posterior, percebo que Gisele está muito abalada. Não deseja mais tomar banho e reclama dos cuidados dos enfermeiros. Pergunto o que aconteceu e ela, bastante chorosa, me responde que a bolsa de nada lhe serve, apontando para seu pescoço. Então ela me diz que seu médico a visitou mais cedo e trouxe-lhe instruções a respeito da sua alimentação pela sonda – ela teria que alimentar-se a cada três horas e não poderia se deslocar carregando essa dieta. Ou seja, a cada três horas, ela precisaria estar em casa, próximo a um local onde ela pudesse lavar as mãos, preservando a higiene das mãos e com sua nutrição via sonda na geladeira, em uma temperatura que mantivesse a dieta adequada ao uso. A dieta via sonda não pode ficar exposta à mudança de temperatura extremas, pois pode facilitar a proliferação de bactérias e fungos danosos ao organismo da paciente. Gisele então fala “agora me diz você, qual culto da igreja dura apenas três horas, contando com o tempo que eu vou e

volto para casa? Qual festa dura três horas? E se eu pegar um engarrafamento na hora de vir ao médico ou buscar meu filho na escola?” Muito irritada, a paciente complementa que “minha vida está limitada aos intervalos de três horas, não aguento mais isso”.

A situação em que Gisele se encontrava, para além de todo sofrimento em decorrência de sua situação médica, não era sem referência ao que Freud identificou como a angústia de castração. Em *Inibições, sintomas e angústia*, Freud (1926, p. 128) enfatiza que toda angústia é angústia de castração, ou seja, o sujeito se angustia ao se deparar com a falta, assim como Gisele, que angustiava-se ao perceber que não poderia mais estar em intervalos maiores do que três horas na rua. Isso a impedia de poder verificar que a bolsa de esofagostomia era, na realidade, o modo por meio do qual podia ainda ocupar os espaços e momentos que lhe eram tão valiosos. Freud associa a angústia à separação, à perda do objeto, referindo-se à “perda do pênis, perda do amor da mãe, sentida como objeto etc.” (FREUD, 1926, p. 86). Gisele depara-se com a angústia frente à perda; por exemplo, da saúde, da vida que tinha outrora, e isso a impedia de gozar ao máximo de viver.

Nesse ponto, pode-se aferir que o impacto frente à impossibilidade de tudo curar e consertar, emergente no corpo do enfermo, traz à cena a falibilidade do saber médico. Urge lembrar que, durante o procedimento de dilatação do esôfago, Gisele teve seu órgão perfurado, acarretando todas aquelas consequências que se interpuseram a partir daí. Apesar dos riscos anunciados previamente para a paciente, houve um erro que ocasionou a perda do seu órgão durante a realização desse procedimento.

Em *O Seminário, livro 10: a angústia*, Lacan (1962-1963/2005) aponta o que ocorre quando incide a barra no Outro, e cai do Outro isto que o fazia íntegro, o objeto *a*, que é o efeito da castração do Outro, que é propriamente o objeto da angústia. Muito mais angustiante do que deparar-se com a própria castração é perceber que o Outro também é castrado. O sujeito passa a dar-se conta que o Outro não é passível de fazer tudo por ele, que não pode, por exemplo, salvar sua vida ou que o corpo médico não é infalível a ponto de haver garantias da realização perfeita de um procedimento cirúrgico. O médico também é faltoso, seu saber e ato também comporta um não saber e uma impossibilidade de tudo fazer, o que deixa o sujeito em profundo desamparo. Ao ler, posteriormente, esse caso junto à minha orientadora para a elaboração dessa escrita, nos questionamos até que ponto Gisele, ao se deparar com a falta do Outro, em algum lugar, já não sabia da gravidade do seu estado e que, apesar dos inúmeros esforços, ela viria a morrer, como ocorreu meses depois da sua alta médica.

Após certo tempo, fiquei pensando a respeito desse caso e resolvi pesquisar mais sobre a bolsa de esofagostomia. Questionei um médico (que desconhecia o caso de Gisele) sobre

sua função e ele, enfaticamente, respondeu que era para a coleta de saliva. Perguntei-lhe sobre a mastigação e ele disse que não via necessidade de ser usado para esse fim, que seria um “desperdício de comida”, já que o paciente só se alimentaria, de fato, através da sonda. Recordo-me do que Gisele disse a respeito de sua bolsa e da orientação do médico. O médico de seu caso lhe apresentou a possibilidade de comer e higienizar adequadamente a bolsa, ampliando seu uso para além da coleta da saliva. Penso que de certa forma, o sofrimento de Gisele em torno da mastigação, foi capturado pelo médico e se produziu uma “invenção” importante para o bem-estar da paciente.

Após um ano, em uma revisão de prontuários atendidos pelo Serviço de Psicologia, ao colocar o número do prontuário de Gisele, percebo que a paciente faleceu alguns meses depois de sua alta. Resolvo ir atrás de um dos residentes responsáveis pelo caso, mas nenhum recordava-se da causa da morte, e muito menos dela, mesmo a paciente tendo sido observada por diversos médicos. Pois ela acabou sendo vista como só mais uma pessoa que cumpriu o desígnio humano. Urge pontuar que naquele momento, não consegui localizar o médico responsável pelo seu caso, médico este que lhe apresentou outra função para sua bolsa de esofagostomia e lhe possibilitou mastigar novamente. Penso que, talvez, esse médico poderia lembrar-se do caso tão marcante.

Cabe destacar um tropeço meu devido à inexperiência: poderia ter acompanhado essa paciente para além da alta, e me oferecer como referência para escutar seu discurso singular da sua dor. Além disso, não desenvolvi junto à Gisele um trabalho que pudesse lhe possibilitar enxergar a bolsa como aquilo que a permitia estar junto aos seus entes tão queridos, compartilhando de momentos tão importantes, mesmo que em um espaço curto de três horas. Segundo Brodsky (2004, p.78) a “eficácia da psicanálise” reside no fato de fazer o paciente acolher a castração, percebendo a falta e que não lhe é possível tudo, no caso de Gisele, independentemente da bolsa de esofagostomia, mas que com a bolsa abria-se toda uma possibilidade de viver e desfrutar momentos importantes para além da internação hospitalar. Assim, acolhendo a castração, o sujeito se vê diante do que é ou não possível, descolando-se da impotência.

Alberti (2008, p.27) aponta que Lacan elucida “a equivalência da castração com a expressão Heideggeriana ser-para-a-morte”. Ser-para-a-morte acentua um dos aspectos mais fundamentais da realidade humana: sua finitude. Para Heidegger é fundamental levar em conta essa certeza para que o homem possa a ter, o que o filósofo denomina como, “existência autêntica”, ou seja, uma existência sem trapaças, por entender justamente que a vida tem um fim e ser o único capaz de ter consciência disso.

Segundo Alberti (2008, p.27), o ser-para-a-morte “sempre vela pela impossível imortalidade, introduzindo, portanto, o impossível aí onde o crente procura burlar a morte com a ideia de que irá sobreviver a ela”. Freud (1920/2010) em *Mais além do princípio do prazer* irá apresentar um aspecto novo à ideia de mortalidade sabida por todos: o ser-para-o-sexo, que através do discurso do psicanalista, dialetiza o ser-para-a-morte, possibilitando uma outra via que não o leve de encontro à morte imediatamente. Se a castração final, do ponto de vista heideggeriano é a morte, com Freud isso é dialetizado com Eros, e dessa forma, Eros possibilita manter vivo apesar da inexorabilidade do ser-para-a-morte.

Alberti (2008, p.27) aponta o aspecto de “dialetizar o ser-para-a-morte no laço social, no seio familiar, na relação com o parceiro”; o que, no dizer de Lacan, “explica as esperanças depositadas no ser-para-o-sexo” (LACAN, 1967/2003, p. 363). No caso de Gisele, cabia dialetizar o ser-para-a-morte no encontro que ela tinha com suas limitações, a conduzindo a perceber todas as outras possibilidades de existência, de modos de compartilhar a vida e viver para além do leito do hospital. Possibilidade essa que só era possível, malgrado a gravidade da situação. O trabalho psicanalítico, nesse caso, implicaria uma aposta de que o sujeito voltasse a investir no mundo, na vida, nas relações pessoais, apaziguando um pouco a questão do ser-para-a-morte. Se o sujeito se depara com o ser-para-o-sexo, que ele é, apesar da morte, passa a conseguir observar as diversas outras possibilidades de viver, ou seja, perceber a própria castração possibilita entender que é por existir uma falta que é possível movimentar-se. Assim, o sujeito passa a agir com aquilo que lhe é possível. No caso de Gisele, lhe era possível ir ao culto ou à festa por três horas justamente porque ela tinha uma bolsa de esofagostomia, e caso contrário, ela não poderia ir. O sujeito, ao reconhecer a castração pode construir planos apesar dela e compreender também, o que não é possível de ser feito. Dessa forma, a questão da morte não domina totalmente a vida da pessoa, que, levando em consideração o ser-para-o-sexo não passa a viver. Gisele, no entanto, vivia à espera da morte.

A psicanálise irá fazer o sujeito trabalhar, pois, levando em consideração o ser-para-o-sexo, apostando que ele possa enfrentar as dificuldades da vida, lidar com a falta, com as limitações, com a castração e tudo que é da ordem da impossibilidade. Cabe ressaltar que por inexperiência minha, esse trabalho terapêutico não foi possível de ser realizado ao longo do fim da vida de Gisele. Porém, poder retomar a questão a partir do desenvolvimento da presente pesquisa, é extremamente valioso para compreendermos aspectos fundamentais da função do analista e do trabalho psicanalítico no hospital.

3.3 Morte e luto no COVID-19: o que pode o psicanalista em uma pandemia?

Refletir a respeito da psicanálise em tempo de pandemia, nos remete, invariavelmente ao texto *O Mal-estar na civilização* (1930). As incertezas evocadas pela pandemia expõem os sujeitos às três diferentes formas de sofrimento descritas por Freud (1930): “o poder superior da natureza, a fragilidade de nossos próprios corpos e a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade” (p. 105). Um novo vírus, ainda pouco conhecido, com alta capacidade de transmissibilidade através do contato e, potencialmente mortal, passa a assolar a humanidade a partir do final de 2019, nos convocando a repensarmos nossas formas de estar no mundo, mudando radicalmente o curso das atividades humanas.

Uns mais, outros menos, é bem verdade, mas, consciente ou inconscientemente, cada um de nós está sendo confrontado com muitas incertezas, ameaçado pela constatação da própria vulnerabilidade, assombrado com a possibilidade da morte, esse fantasma que espreita desde sempre, e impedido em sua liberdade de relacionar-se com os outros como bem entender (ROCHA, 2020, p.60)

Nos hospitais, os pacientes contaminados convocaram o saber médico à esperança de algum tratamento. No início, diante da falta de um protocolo medicamentoso capaz de erradicar a infecção viral, as pessoas se viram desorientadas e isoladas dos entes queridos. A exigência de distanciamento físico obrigava familiares e pacientes a se depararem com sentimentos de culpa, medo e desamparo. Para Freud (1926) o desamparo se coloca como condição ao organismo biológico, que para além de atender suas necessidades vitais, precisa de um Outro, que o sustente no campo simbólico, favorecendo a constituição do sujeito. Em outro momento, Freud (1926) estabelece a correlação entre desamparo e a angústia de castração ao assinalar que “o ficar privado disto [perda do objeto] equivale a uma renovada separação dela [mãe], e isto, por sua vez significa ficar desamparadamente exposto a uma tensão desagradável, devido à necessidade pulsional, como foi o caso do nascimento” (p. 137). O desamparo é marcado desde o nascimento, porém, revivido ao longo da vida do sujeito em momentos de privação, como evidenciado no contexto pandêmico.

Além do isolamento social, a pandemia trouxe outro aspecto, ainda mais cruel à realidade: a morte de centenas de milhares de pessoas. Como aponta Tania Coelho dos Santos (2020), inicialmente, pelo desconhecimento causado pela incipiência do vírus, acreditava-se que o sistema imunológico dos indivíduos idosos, além daqueles que apresentam algum tipo de comorbidade, como doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes, hipertensão, entre

outras, seria incapaz de defender-se em caso de infecção viral. Entretanto, ninguém foi capaz de apresentar uma explicação plausível para o fato de alguns indivíduos, mesmo quando eram jovens e saudáveis, desenvolverem sintomas graves e falecerem. Instaurou-se, a partir disso, um medo coletivo. A morte em decorrência da infecção pelo COVID-19 que, inicialmente, tentou ser justificada pela idade ou pela comorbidade, passa a ser possível a todos.

A maioria das pessoas não encara abertamente o fim da vida, relegando à morte certo tabu e estranhamento. É com temor que se pensa sobre a própria morte. Segundo Freud (1915/1996), ela é inconcebível e inimaginável. “No fundo, ninguém acredita em sua própria morte, ou, o que vem a ser o mesmo, no inconsciente, cada um de nós está convencido de sua imortalidade” em outras palavras, ela não existe para o inconsciente e ele “se conduz como se fosse imortal” (idem, p.297). O homem, embora possa ter provado a dor pela perda do ser amado, “não pode experimentar-se a si mesmo morto” (idem, p.295). Freud, ao analisar perplexo o grande número de mortos em decorrência da Primeira Guerra Mundial, afirma que conflitos como esses romperiam com o tratamento convencional dado à morte, na medida que esta deixou de ser um acontecimento fortuito, destino de azar, e se impôs em larga escala, para milhares de pessoas. “As pessoas realmente morrem, não mais uma a uma, porém muitas, frequentemente milhares de dezenas em um único dia” (ibidem, pág. 329). Guardadas as devidas proporções, podemos certamente relacionar o mesmo caso pelo qual estamos vivenciando nesse momento de pandemia.

Diante da imensa quantidade de mortes simultâneas nesse contexto pandêmico, a tentativa de “eliminar” a morte ou “deixá-la de lado” não se mostra suficiente, sendo atravessada pela concretude de óbitos anunciados por imagens aterrorizantes de caixões lacrados, corpos em caminhões frigoríficos, covas coletivas e enterros solitários em massa. Busca-se contornar o incontornável por meio de números que por mais gerem angústia, também dessubjetivam os mortos, ao tentar tornar essa realidade indigesta mais suportável. Mas, é preciso termos dimensão dos números para não cairmos em uma negação falaciosa em torno da pandemia, não a tratando como uma simples “gripezinha”, como constatamos nos pronunciamentos de algumas autoridades, de modo a desconsiderar a gravidade dessa infecção. Quantos estádios de futebol são necessários para alocar 628 mil pessoas¹⁵? Quantas cidades têm esse contingente populacional? No Brasil, até o presente momento da escrita desta pesquisa, esse foi o número de óbitos por COVID-19.

Em todo processo de luto o sujeito está confrontando com a castração, diante de um

¹⁵ Número total de óbitos no Brasil em decorrência do COVID-19 coletado no Painel do Coronavírus, com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde em <https://covid.saude.gov.br/> acessado em 01 de fevereiro de 2022.

limite, de uma impossibilidade diante da qual não pode ir adiante. Em *Luto e Melancolia*, Freud afirma, “O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante” (FREUD, 1917, p.249). O processo de luto consiste em elaborar e simbolizar as perdas, é por meio desse percurso que esses objetos de amor podem ser desinvestidos, para que, posteriormente, possa ser reinvestido em outro objeto de amor.

Como apontam Lo Bianco, A. C., & Costa-Moura, F. (2020) a pandemia ameaça as condições de enlutamento, não apenas por todo o perigo do contágio, mas também por suspender os rituais que possibilitam um tempo e espaço para um trabalho de luto, que é individual e pessoal.

O fato de não podermos nesse momento cumprir os variados ritos de despedida, das diversas regiões do país, a que estamos acostumados trará consequências para que se comece a fazer o trabalho de luto necessário. As formalidades do velório, do enterro ou da cremação que nos servem para aos poucos irmos nos acostumando à ideia de que não estaremos mais com quem morreu seriam cruciais para nos iniciarmos no luto a ser realizado. Mas o que fará mais falta, talvez, será o período que se segue à morte e ao enterro, o de chorarmos juntos, de nos consolarmos uns aos outros e repetirmos o quanto estamos tristes, desesperançosos e sofridos. A impossibilidade de estarmos fisicamente uns com os outros, abraçarmos aos mais próximos, que muitas vezes estarão sofrendo o mesmo que nós, é o que mais assusta e nos deixa desamparados nesta hora. É, então, de nos perguntarmos que efeitos as recomendações para distanciamento causarão àqueles que as observam (Lo Bianco, A. C., & Costa-Moura, F, 2020, p.8).

A pandemia permitiu a criação de condições inusitadas, tanto para a vida quanto para a morte, e desafia a dor e a angústia que cada um guarda em si. Neste instante, urge perguntar, o que pode fazer, portanto, um psicanalista no hospital em meio a uma pandemia? Segundo Moretto (2002), o que um analista faz com o instrumental teórico e técnico da psicanálise depende da relação que ele tem com ela. Neste momento, a autora desta pesquisa não está inserida em nenhum dispositivo hospitalar, mas, ainda assim, é extremamente necessário que os aspectos da morte e do luto nesse contexto histórico-social sejam abordados, bem como, as diferentes possibilidades de atuação da psicanálise, quando convocada pelo real da pandemia. Para isso, serão analisados artigos e relatos de psicólogos, orientados pela psicanálise, que atuaram na linha de frente do COVID-19 em alguns hospitais do Rio de Janeiro.

No artigo *A temporalidade do trabalho na enfermagem COVID*, apresentado no Fórum da Residência em Psicologia Clínica Institucional em 2020, Amanda Sant’Anna, Marcos Brunhari e Vinicius Darriba relatam a construção do trabalho de psicologia, com orientação psicanalítica, durante a pandemia no setor de Urgências Subjetivas no Hospital Universitário

Pedro Ernesto. Os autores destacam que “o setor foi pensado para abarcar as situações mais pontuais de mal-estar que surgem no cotidiano hospitalar, como a comunicação de notícias difíceis, acompanhamento de óbitos, cuidados paliativos, entre outros” (no prelo). O Hospital Universitário Pedro Ernesto tornou-se um dos hospitais de referência para acolhimento de pacientes com COVID-19 no estado do Rio de Janeiro. Com isso, o hospital recebeu dezenas de pacientes que, de acordo com as medidas sanitárias, precisavam se manter isolados de suas famílias durante todo o tratamento. “O mal-estar geral, causado pelo medo e desconhecimento do novo coronavírus, para essas pessoas, foi multiplicado pela necessidade de isolamento hospitalar. Além da doença presente no corpo orgânico, muitos adoeceram psicologicamente” (SANT’ANNA, BRUNHARI, DARRIBA, no prelo).

Referenciados por Lacan (1945/1998), os autores destacam os efeitos da temporalidade em situações de urgência médica, como ocorre em uma pandemia. No texto *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada*, Lacan (1945/1998) apresenta as três instâncias do tempo: o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir. Cada uma dessas instâncias carrega em si um valor diferente e crescente, se relacionando em um momento posterior, ressignificando de forma retroativa o momento anterior (idem, p.202). O instante de ver se dá através de uma percepção imediata de algo. No tempo de compreender, com duração imensurável, “supõe a duração de um tempo de meditação” (idem, p. 205), em que são construídas hipóteses sobre o que foi visto anteriormente. Já o momento de concluir é quando se termina o tempo de compreender. Em situações de urgência médica, pode-se encontrar uma fusão entre o instante de ver e o momento de concluir, sem a instauração do tempo de compreender. “Em face da urgência de um corpo adoecido, a proximidade da morte, o sujeito apresenta-se colado no instante de ver e no momento de concluir, em que não há tempo para que ele possa articular uma compreensão” (Calazans, R., Azevedo, E. C. 2016, p.60). É nesse momento que emerge a presença daquele que, orientado pela psicanálise, pode trabalhar para que o tempo de compreender não seja ignorado na urgência de concluir, que se apresenta diante daqueles que participam e precisam atuar na urgência – médicos e equipes de enfermagem.

A medicina se utiliza da pressa para aplacar o mal-estar do corpo anatomofisiológico, enquanto o sujeito não encontra uma saída para se fazer expressar diante da falta de recursos na experiência da angústia. É aí que o trabalho do psicanalista pode se inserir no contexto de uma enfermaria de COVID: ofertando a palavra e restabelecendo o tempo que foi anulado anteriormente pela pressa (SANT’ANNA, BRUNHARI, DARRIBA, no prelo)

Nesse momento, o psicanalista pode se encontrar entre dois tempos – o tempo cronológico da instituição, que exige uma resposta rápida, e o tempo lógico do sujeito. O psicanalista, como função na instituição hospitalar, trabalha com a subjetividade, fazendo emergir uma pausa na pressa que possibilite, entre o intervalo da urgência e da conclusão, o advir do sujeito. É por sustentar este lugar singular de um saber-fazer diferente daqueles atravessados pela lógica da urgência médica, que é possível e fundamental a presença do psicanalista nos setores de urgência e emergência e em situação extremas, como no caso da pandemia. “O psicanalista inserido na equipe do CTI apoia-se em um saber-fazer que privilegia a dimensão do sujeito e a possibilidade da invenção de uma saída possível diante da angústia que se sustenta num instante de ver” (Calazans, R., Azevedo, E. C. 2016, p.62).

Os autores Amanda Sant’Anna, Marcos Brunhari e Vinicius Darriba (no prelo) em *A temporalidade do trabalho na enfermagem COVID*, relatam a atuação fundamental de residentes de psicologia, orientadas pela clínica psicanalítica. Junto com professores e alunos das áreas de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), foi elaborado o projeto “PSI Covid”, que promoveu chamadas de vídeo entre familiares e pacientes internados, estabelecendo uma outra via possível de aproximação frente ao isolamento. Além disso, os residentes atendiam os pacientes internados, intermediavam a comunicação entre as equipes de saúde e familiares, além de acompanharem reuniões de equipes (*rounds*) e notícias de óbito. “Todas essas funções têm como objetivo se constituir como intermediador simbólico, seja para os pacientes, como também para seus familiares. Muitas vezes nos deparamos com situações em que certo parente está mais angustiado que o próprio doente. Nossa função ali é viabilizar a palavra e a escuta” (SANT’ANNA, BRUNHARI, DARRIBA, no prelo).

A psicanalista e psicóloga Ana Paula Brandão Rocha que atende no Hospital Universitário Antônio Pedro relata sua experiência no projeto PSICOVIDA, desenvolvido em 2020, para acolher pacientes internados por COVID-19, além de prestar atendimentos às famílias e aos médicos. Em *Psicanálise em tempos de pandemia: o que pode o psicanalista?* (2020), a autora pontua a importância da implementação das visitas virtuais realizadas através de *tablets* doados por um médico do hospital.

Com os *tablets* promovemos os encontros virtuais dos familiares com os pacientes. Os que estão lúcidos conseguem ver através da tela aqueles que lhes são queridos e conversar por alguns minutos que, certamente, ganham *status* de eternidade. Os que estão sedados têm oportunidade de ouvir os áudios que os familiares nos enviam para que sejam transmitidos a eles. Algumas reações são mesmo emocionantes, como os sinais sutis, porém detectáveis, que alguns emitem quando expostos à voz

familiar. Também nos sensibiliza ouvir com eles, ou por eles, declarações de amor, agradecimentos, despedidas, todas manifestações tão importantes para aqueles familiares que desse modo conseguem se fazer presentes (ROCHA, 2020, p.69).

Além disso, a autora relata que o projeto também estava presente nos momentos em que os familiares recebiam as notícias de óbitos, acolhendo-os nesses instantes de extremo desamparo e possibilitando uma via possível para a simbolização do luto. Os atendimentos possibilitaram a oportunidade de dizer o que não foi dito ao ente querido internado e, de certa forma, de ressignificar a experiência do luto que priva essas pessoas de se despedirem dos entes internados e também dos rituais relativos ao morrer.

Nesse primeiro momento, além da acolhida, que permite que o outro hospede em nós a sua dor e no encontro conosco encontre abrigo e algum possível conforto, oferecemos aos familiares uma “caixa de memórias” em que simbolicamente eles poderão depositar, junto com a saudade, as histórias que viveram com aqueles que morreram. No cartão sobre a caixa vai o número de contato do Psicovida, e a certeza de que eles têm um lugar para voltar, uma porta aberta, caso precisem e queiram (ROCHA, 2020, p.70)

No texto *Quando o ‘fique em casa’ não era uma opção: os bastidores e os relatos das experiências dos profissionais de saúde no front de combate à pandemia da Covid-19*, as autoras relatam suas experiências atendendo profissionais de saúde que atuavam na linha de frente no combate ao COVID-19 em um hospital privado da zona oeste do Rio de Janeiro. Ao longo do texto, Medrado Dias et al (2020) identificam, através de entrevistas semiestruturadas com médicos e demais profissionais de saúde, os principais desafios encontrados nesse momento. “O comportamento imprevisível do vírus no organismo assustava. Existia o medo de contaminação (de si próprio, dos familiares, amigos e parceiros de trabalho) e o de não conseguir salvar vidas”. (MEDRADO DIAS *et al*, 2020, p.121).

Como apontam as autoras, a experiência de rápido adoecimento, alto índice de contágio e número de óbitos alarmantes geraram reações de desespero em profissionais de saúde que atuavam diariamente na linha de frente, e alguns, chegaram a ficar paralisados diante do trabalho. Medrado Dias et al (2020) apontam o seguinte relato trazido pelo coordenador médico da UTI desse hospital privado na zona oeste do Rio de Janeiro

Pegar uma equipe que nunca tratou uma doença e ter que prepará-la rapidamente foi muito desafiador. Nós tivemos a ‘síndrome do impostor coletivo’, sem ferramenta alguma a gente teve que se virar. Mas você trabalhar com uma equipe inteira é complicado porque quem não estava com a síndrome do impostor estava em hipomania. Ou seja, a pessoa que estava consciente do problema, sabia que estava lascada porque não se sabia nada sobre a doença. Naquele momento eu vi pessoas extremamente capacitadas congelarem (idem, p.122).

É fundamental pontuar a importância de sustentar a psicanálise nesse contexto em que os sentimentos de angústia e desamparo se presentificam. A partir dos atendimentos aos profissionais de saúde foi possível elaborar, através da fala, esses sentimentos e encontrar, em meio ao momento caótico vivido, “significantes potentes, tais como liderança, autonomia, planejamento e coletividade, que serviram de gatilho para nos tornar produtivos e propulsores em meio aos discursos desestabilizadores e pessimistas” (idem, p.126), possibilitando que os profissionais de saúde contornassem suas paralisias e reinventassem formas diferentes de atuação.

A psicanálise foi convocada a intervir em um contexto em que o real devastador da pandemia desencadeou experiências de medo e angústia. Os atendimentos permitem identificar os impasses subjetivos inconscientes que os médicos atualizam na experiência de pandemia, que podem vir a ser um impedimento à sua prática. “A escuta psicanalítica destina-se à identificação do obstáculo subjetivo que aquele caso clínico revela” (MEDRADO DIAS *et al*, 2020, p.123). Assim, a clínica psicanalítica, ao promover um espaço onde o sujeito que habita no médico possa advir e, de certa forma, simbolizar a angústia, possibilita ao profissional de saúde produzir um novo laço com o trabalho e com a sua forma de atuação, nesse momento em que seu saber e ato são extremamente imprescindíveis.

A pandemia de COVID-19 iniciou-se 89 anos após a escrita de *O mal estar na civilização* (1930). Urge analisarmos algo extremamente inusitado ao relacionarmos a pandemia de COVID-19 ao texto freudiano – a pandemia consegue englobar as três fontes de sofrimento descritas por Freud, de forma que nenhum outro acontecimento é ou foi capaz de fazer. Como “poder superior da natureza”, o novo coronavírus surge ainda imerso em incertezas e teorias a respeito da sua origem. Entre as principais teorias, segundo o relatório divulgado em 31 de março de 2021 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o novo coronavírus pode ter surgido, a princípio, de três formas: contágio direto de um animal infectado para um humano, uma infecção de forma indireta por outro animal ou a contaminação por alimentos, descartando acidentes laboratoriais. Porém, apesar dos esforços de inúmeros cientistas, ainda hoje, em 2022, a origem do novo coronavírus ainda não tem uma hipótese consolidada. O “poder superior da natureza” comportado em um vírus microscópico ameaça a humanidade e denuncia “a fragilidade de nossos próprios corpos”. Apesar dos inúmeros avanços da medicina e tecnologia, presenciamos desde o início da pandemia milhares de pessoas adoecendo e morrendo, sem nenhum medicamento, comprovadamente eficaz, capaz de combater a infecção viral. Inicialmente, como foi relatado acima, a morte tentou ser atrelada às diversas comorbidades e idade avançada, ou seja,

relegada aos corpos mais “frágeis”. Porém, como foi visto de forma brutal, corpos considerados “jovens e saudáveis” do ponto de vista médico, também se confrontaram com a finitude. O novo coronavírus surge para denunciar um escape ao saber médico e nos lembra que, apesar dos esforços da medicina, nossos corpos, saudáveis ou não, deterioram. E o que pode então, a humanidade fazer frente a uma ameaça ao saber e à vida? Tentar elaborar ajustes possíveis que conduzam a sociedade, tentando contornar, de alguma forma, isso que escapa a todo protocolo e saber. “Usar máscaras”, “manter o isolamento social”, “evitar as aglomerações”, “lavar as mãos” – frases que ecoaram como as regras do “novo normal” tentaram conduzir a sociedade a uma possibilidade de estar no mundo. A inadequação às regras surge junto a criação de novos ajustes. Não usar máscaras como protesto pela “liberdade individual” (que ameaça a vida coletiva), banalização da doença e até das mortes, ascensão de notícias falsas atreladas ao uso desenfreado de medicamentos comprovadamente ineficazes ao combate à infecção viral foram infelizes aspectos observados ao longo da pandemia. Como aponta Benilton Bezerra Jr em um debate¹⁶ promovido pela Casa de Oswaldo Cruz em agosto de 2020, após anos regulando a sociedade e o mundo subjetivo, a metáfora paterna, a figura da lei e da autoridade como um ordenador simbólico, passou a sofrer abalos que implicam a contestação da noção de autoridade ao mesmo tempo que exacerba a autonomia individual.

Foi uma contestação sem precedentes de todo o tipo de ordenação vertical – uma espécie de horizontalização imaginária das formas de distribuição do poder. Imaginária, sublinho, porque na verdade a contestação das formas tradicionais de poder não foi sucedida por uma explosão de liberdade dos indivíduos, mas sim por novas formas de assujeitamento, novas formas de sujeição mascaradas, cuja face imaginária visível é a da autonomia sem limites dos indivíduos (BEZERRA JR, 2020).

Na ausência de uma cultura tradicional, em que a ideia de Lei se estabelece através de um sistema simbólico vertical, não há o surgimento de uma distribuição horizontal dessa autoridade, mas emerge disso um vácuo, uma ausência de poder que pode convocar o surgimento de figuras que encarnam de maneira cristalizada essa autoridade. Isso ajudaria a entender a ascensão de figuras políticas autoritárias que encontraram na pandemia um terreno muito fértil à propagação de falácias, negacionismos e atitudes antidemocráticas.

Portanto, as três fontes de sofrimento descritas por Freud (1930): “o poder superior da natureza, a fragilidade de nossos próprios corpos e a inadequação das regras que procuram

¹⁶ Série de debates intitulada “COVID-19: o olhar dos historiadores da Fiocruz” que contou com a participação do psicanalista e psiquiatra Benilton Bezerra Jr em agosto de 2020.

ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade” (p. 105) podem ser revividos no contexto pandêmico. O vírus, parasita obrigatório, relaciona-se ao “poder superior da natureza” que, de forma implacável, demonstra sua força brutal, com grande poder de variabilidade e potencial destrutivo. A segunda fonte de mal-estar, “a fragilidade dos nossos corpos”, aparece justamente como consequência da infecção viral pouco conhecida. O adoecimento imprime para cada sujeito a possibilidade real da própria morte, principalmente, em uma infecção que se comporta de forma desconhecida pela medicina, que ainda não encontrou medicamento eficaz para combatê-la. Por fim, a inadaptação às regras, a pouca empatia ao próximo e a banalização da doença podem ser relacionadas à terceira fonte de mal-estar: “a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade”.

Em 2019, os medos indicados por Freud no século XIX foram atualizados e a pandemia mostrou-se implacável, a partir de uma natureza desconhecida e brutal, fez emergir a circulação de um inimigo invisível a olho nu, de força incontrolável, uma representação de alteridade destruidora dos nossos frágeis corpos, evidenciando a deterioração e decadência dos nossos modos de viver em sociedade.

CONCLUSÃO

a psicanálise nunca estará no hospital de um modo definitivo,
o que convoca a um retorno sobre a experiência.

Vinicius Anciães Darriba

O lugar do analista, conforme apresentado nesta pesquisa, se configurou como um lugar não preestabelecido, como de outros profissionais da saúde, mas sendo uma função sustentada pelo desejo e pelo discurso psicanalítico, que lhe é próprio e singular. Diferente dos discursos que operam nos corredores do hospital geral, o analista sustenta a pretensão de que a incerteza pode ser uma via produtiva, quando ancorada pelo inconsciente e que, a partir disso, possa levar o sujeito a refletir sobre aspectos fundamentais da vida.

Assim, a psicanálise possibilita o encontro com a incerteza em um contexto em que se busca, cada vez mais, categorizar tudo que é relativo ao humano, Miller (2006) o identifica como:

Apontamos para o “ponto sujeito” do indivíduo. Ao fazê-lo, nos afastamos tanto da dimensão da natureza, como da dimensão das operações da ciência. Introduzimos a contingência e, com ela, um mundo que não é nem cosmos, nem universo. Inversamente, trata-se de um mundo que não é um todo e que está em suspenso dependendo do acontecimento, do que vai se produzir (p.27).

Ao longo desta pesquisa, foi evidenciado que há um real relativo ao sujeito e ao seu modo sintomático de se posicionar no mundo, que não pode ser apreendido, que é inassimilável, e logo, não tem cura. Entretanto, existe uma possibilidade de se relacionar com a produção de saber, um modo de se posicionar frente a isso, que não exime o sujeito da sua responsabilidade frente à posição existencial. Ou seja, a práxis psicanalítica no hospital geral aposta que é possível apontar que este sujeito adoecido, por mais próximo da morte física, ainda vive. Do exílio ao qual a medicina relegou o sujeito, a psicanálise retorna como uma ética do desejo que faz emergir o inconsciente naquele espaço em que a subjetividade é negligenciada. Esse desejo é articulado com o desejo do analista de fazer a psicanálise operar e, diferente dos demais papéis de maestria desempenhados por outros profissionais de saúde, o analista se define como um lugar vazio de saber e poder.

Os parágrafos seguintes apresentam uma breve descrição do percurso feito neste trabalho e as conclusões alcançadas. Inicialmente, retornamos, através dos textos de Foucault, Clavreul, entre outros, o nascimento da clínica e sua relação entre o discurso médico e as

instituições hospitalares. Esta tarefa mostrou-se fundamental para entendermos que nem sempre medicina e hospital foram ideias indissociadas, e que hoje, o local ocupado pelo discurso médico, outrora fora ocupado pelo discurso religioso. Ainda no primeiro capítulo, buscamos trilhar os caminhos percorridos por Freud através da criação de um método único e inovador: uma clínica que permitisse que o paciente falasse sobre o que lhe afligia livremente. É importante destacar que a psicanálise, apesar de nascer no seio da medicina, tentava compreender justamente aquilo que lhe era estranho, incompreensível ao saber médico da época. Assim, a histeria destaca a impotência desse discurso frente ao desconhecido. Dessa forma, a psicanálise acrescenta à medicina a capacidade de ampliar a ótica sobre o sujeito, através do resgate da fala do paciente, compreendendo suas particularidades e sua subjetividade. Para o discurso médico, o corpo é algo que se passa apenas na sua dimensão biológica, sendo este um amontoado de órgãos e a Ordem Médica busca uma universalização dos corpos, a fim de se atingir a objetividade científica. Para o discurso psicanalítico, o paciente traz consigo, além do seu adoecimento, sua trajetória de vida, suas escolhas e suas angústias, transbordando assim o projeto asséptico da ordem médica.

Através de Lacan, ainda no primeiro capítulo, pudemos compreender as lógicas existentes nos discursos presentes no hospital e como o discurso do mestre assemelha-se ao discurso médico, sendo o discurso do analista, neste espaço, portanto, avesso ao discurso da medicina. Ao longo deste tópico, nos debruçamos sobre o conceito de sujeito e real e pudemos compreender que o sujeito não pode ser capturado e reduzido a uma desordem ou órgão adoecido. O sujeito como isto que emerge no tropeço entre um significante e outro, surge apontando que há algo que o saber científico não é capaz de estruturar, apontando para um saber sempre não-todo.

No final desse capítulo, percorremos o caminho que diversos analistas brasileiros trilharam para adentrarem nos hospitais gerais do país. Através de preciosos escritos desses psicanalistas é possível perceber a criação de uma prática junto à criação de uma teoria. Inicialmente, a psicanálise não era reconhecida nesses hospitais e precisou haver imenso investimento por parte daqueles que pretendiam sustentar a função do analista nessas instituições. Alberti e Almeida (2005) pontuam que, quando escreveram seu primeiro texto sobre psicanálise e hospital em 1994, não havia qualquer bibliografia sobre algum trabalho similar no Brasil que as autoras poderiam consultar. Fica evidenciado, portanto, que foi através da sustentação do desejo de fazer operar o discurso psicanalítico naquele contexto que emergiu assim, uma teoria sólida que permitiu a entrada de outros que desejassem sustentar também a função do analista no hospital.

No segundo capítulo, nos aprofundamos mais a respeito do lugar do psicanalista em território médico. Para isso, entendemos que existe uma relação indissociável que sustenta a práxis analítica independente do espaço em que ela esteja: a pesquisa. Portanto, todo aquele que pretende desenvolver um trabalho ancorado pela psicanálise no hospital também deve empreender que sua clínica é uma pesquisa. A prática clínica diariamente constrói um saber clínico que, posteriormente, irá orientar a prática, evidenciando seu caráter indissociável: uma não pode ser realizada sem a presença da outra. O que autoriza a presença do analista na instituição hospitalar é justamente o fato de que a psicanálise instaura um saber completamente distinto daqueles presentes nesse contexto. O analista que também é pesquisador irá dirigir sua escuta àquilo que é fundamental à sua clínica: o saber inconsciente. E é justamente isso que é único à psicanálise – fazer emergir o sujeito, que opera uma ruptura fundamental entre os discursos, fazendo com que eles girem, viabilizando a práxis analítica em qualquer instituição, desde que esta esteja amparada por sua ética, que difere radicalmente da “Ética do Bem”, regada por compaixão, presente no discurso dos demais profissionais de saúde.

Para isso, percebemos que o analista precisa ocupar um lugar estrangeiro na equipe de saúde. Ao ser convidado, não lhe cabe atender diretamente às demandas médicas na forma como chegam, mas ao acolhê-las, também as subverte. O analista não deve se colocar ao lado dos saberes ali instituídos com o perigo de ser confundido como mais um a serviço da Ordem Médica, afinal, só ele é capaz de ofertar algo único: a escuta psicanalítica. Assim, ao mesmo tempo que o analista deve estar atento à solicitação médica que promove um convite ao trabalho, é preciso atendê-la de forma singular, sustentando as condições de rigor de sua prática.

No último capítulo, através de dois casos clínicos, pudemos nos aprofundar na dimensão de corpo para a psicanálise, relacionando-o com o gozo, a pulsão e a castração. Ao refletir a respeito desses aspectos psicanalíticos, relacionando-os com o corpo, percebe-se que há uma dimensão que fica fora da emancipação do saber, que surge como mais além, e que transborda ao saber médico. O caso Sérgio evidencia que o paciente gozava de seu sintoma médico, que o estatuto de doente lhe permitia estar casado, e por fim, sua amputação aproximou-o de sua esposa, e garantiu que ela ficasse ao seu lado, perpetuando seu casamento. Já o caso Gisele nos remete à angústia de castração vivida pela paciente ao se deparar com a falta e perceber suas limitações, que, na verdade, também eram possibilidades outras de existência. Se ela já não poderia mais estar por mais de três horas em um ambiente, através da bolsa de esofagostomia, ela poderia estar alguma hora. Sem a bolsa, ela não

poderia estar hora alguma, visto que estaria internada. Também, urge não passar despercebido o olhar médico que capturou a importância da mastigação para Gisele, atribuindo uma nova invenção à sua bolsa de esofagostomia. O médico, nesse caso, agiu na contramão do protocolo e acolheu a subjetividade da paciente, permitindo assim, uma possibilidade de algum bem-estar.

Ao fim desse capítulo, escolhemos nos debruçar sobre um assunto atual que assolou a humanidade e se passou, majoritariamente, dentro do território hospitalar – a pandemia de COVID-19 e as consequências das internações, como o isolamento, a morte e o luto. Ao nos referenciarmos por Freud em *O Mal-estar na civilização* (1930), percebemos que a pandemia conseguiu condensar as de três diferentes formas de sofrimento descritas por Freud e que a psicanálise agiu como um instrumento caro e preciso nesse contexto. Através dos trabalhos desenvolvidos por analistas nas instituições hospitalares foi possível ofertar ao sujeito possibilidades de elaborar a perda, bem como de aproximar-se de forma simbólica dos entes queridos isolados.

O psicanalista neste momento pandêmico, inserido em uma instituição hospitalar, pôde trabalhar para que o tempo de compreender não fosse esquecido pela urgência de concluir, possibilitando que uma pausa emergisse na pressa, que permita o advir do sujeito e da sua forma particular de lidar com a dor, com a doença, com a morte e o luto.

Existem particularidades do atendimento psicanalítico no hospital que só se passam nesse ambiente: as intercorrências médicas durante o atendimento, a possibilidade de alta a qualquer momento, a ausência, muitas vezes, de um espaço privado dentro do hospital, sendo as sessões realizadas nas enfermarias e até nos seus corredores. Inicialmente, o objetivo desta pesquisa era analisar o papel singular do analista na instituição hospitalar, atravessado por todas as contingências próprias desse espaço, em uma tentativa de formalizar teoricamente alguns elementos dessa prática. Após desenvolver essas particularidades, ficamos com a impressão de que ainda é urgente discutirmos ainda mais sobre a função do analista no contexto hospitalar. As reflexões aqui obtidas indicam abertura para pensarmos outras particularidades pouco exploradas nesta pesquisa, como a transferência no hospital ou a criatividade do analista que é força motriz para a reconstrução diária da clínica psicanalítica no hospital. Investigar e analisar essas condições particulares ficam como aposta para estudos futuros.

Devido a essas impressões, que direcionam muito mais para uma continuidade do que para o fim, fica paradoxal pontuar que estes parágrafos se destinam à conclusão desta dissertação. Parte desta pesquisa já foi concluída e parte ainda falta. Dessa forma, recorro a

Lacan (1959-1960) que menciona que a criação se faz a partir do vazio, ou seja, a criação é a borda que busca contornar esse nada. Portanto, encerro este escrito sem uma conclusão, no vazio, na busca de que isso possa ser uma dimensão criativa para os próximos passos.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S; SILVA, Selma Correia da ; CRUZ, J. R. ; SILVA, H. R. ; MEDEIROS, M. (1994) A demanda do sujeito no hospital. **Cad. psicol. (Rio J., 1994)**; (1): 22-25, jan.- jun.
- ALBERTI, Sonia. (2005) Psicanálise: a última flor da medicina. A clínica dos discursos no hospital. In ALBERTI, Sonia; ELIA, Luciano (Orgs.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p. 37-55.
- _____. ALMEIDA, Consuelo Pereira de. (2005) Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em hospital geral. In: LIMA, Marcia Mello de; ALTOÉ, Sonia (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p.55-71.
- _____. (2008) O hospital, o sujeito, a psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no Nesa/Uerj. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v.1, n. 1., p. 143-160.
- _____. ELIA, Luciano. (2008) Psicanálise e ciência: o encontro dos discursos. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 7, p. 779-802.
- _____. (2008) O lugar da sexualidade para a psicanálise. In: ALBERTI, S. (Org). **A sexualidade na aurora do século 21**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- ANSERMET, F. (2003) **Clinica da Origem – a criança entre a medicina e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- BESSET, V. L. (2002) A clínica da angústia: faces do real. In: **BESSET, V. L.** (Org.). **Angústia**. Vol. 1. São Paulo: Escuta, p. 15-29.
- BESSET, V.; ZANOTTI, S. V.; TENENBAUM, D.; SCHIMIDT, N.; FISHER, R.; FIGALE, V. (2010a) **Corpo e histeria: atualizações sobre a dor**. Polêm!ca Revista Eletrônica. v. 9, n. 4, p 35-42.
- BEZERRA JUNIOR, B. C. (1998) Normal e patológico: do vitalismo ao mecanicismo. **Cadernos Cepia (Impresso)**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 45-55.
- _____. (2006) O normal e o patológico: Uma discussão atual. In A. N. Souza, & J. Pitanguy (Orgs.), **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.
- _____. (2020) O papel do COVID-19 nas subjetividades contemporâneas. **Casa de Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, disponível em: http://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1839-mal-estar-psiquico-na-pandemia-aspectos-socioculturais-parte-2.html#_ftn6
- BIRMAN, Joel. (2010) Discurso freudiano e medicina. In: BIRMAN, Joel; FORTES, Izabel; PERELSON, Simone. (Orgs.). **Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, p. 18-21.
- BRODSKY, G. (2004) A eficácia da psicanálise. In: **Opção Lacaniana: revista brasileira internacional de psicanálise**. São Paulo: Edições Eloia, n. 41, p. 68-87.

CALAZANS, Roberto; AZEVEDO, Elaine C. (2016) "Não há tempo... A perder": questões sobre a atuação do Psicanalista no hospital geral. **Vínculo**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-64.

CANGUILHEM, G. (1982) **O Normal e o Patológico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

COELHO, Tania. (2020) Memórias de uma experiência amarga: a pandemia de COVID-19. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, 15(30), 01-05. Disponível em www.isepol.com/asephallus. Doi: 10.17852/1809-709x.2020v15n30p01-05

COUTINHO JORGE, Marco Antônio. (1983) Discurso médico e discurso psicanalítico. In. CLAVREUL, Jean, **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, p.7-25, 1983.

COCA, O. de S., SALLES, R. J., & GRAMADO, L. C. (2017) **Uma compreensão psicanalítica acerca do processo de luto na separação amorosa**. *Psicologia Em Estudo*, 22(1), 27-39. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v22i1.33428>

DANTAS, Roberto Oliveira. (2003) Comparação entre acalásia idiopática e acalásia conseqüente à doença de Chagas: revisão de publicações sobre o tema. **Arquivos de Gastroenterologia [online]**, pp. 126-130.

DOCA, Fernanda Nascimento Pereira e COSTA JR, Áderson Luiz. (2007) **Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão**. *Paidéia (Ribeirão Preto) [online]*. v. 17, n. 37 [Acessado 7 Maio 2021] , pp. 167-179. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2007000200002>>. Epub 21 Maio 2008. ISSN 1982-4327.

ELIA, Luciano. (2004) “Je pance donc j’essuie: o que retorna do exílio”. In: ALBERTI, S.; RIBEIRO, M. A. (Orgs.) **Retorno do Exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência**. Rio de Janeiro: Contra Capa.

FERREIRA, Buarque de Holanda A. (1975) **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FERREIRA, Nádia Paulo. (2002) Jacques Lacan: apropriação e subversão da linguística. **Ágora**. v. 5, n 1, p. 113-32.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. (1997) **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

_____. (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**. Curitiba, PR: CRV, p.11-17.

_____. (1999) “A ética do cuidar”. In: **Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano**. Cadernos IPUB, nº. 14. Rio de Janeiro: Instituto de psiquiatria da UFRJ.

FINK, Bruce. (1998) **O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Zahar.

FOUCAULT, M. (1984) O Nascimento do Hospital in: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal.

_____. (1977) **O Nascimento da Clínica**, Rio de Janeiro, Forense Universitária.

FREUD, Sigmund. (1980) **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1895) “Estudos sobre a histeria”, v. II, p. 39-318.

_____. (1893) “Charcot”, v. III, p. 21-32.

_____. (1950 [1895]) “Projeto para uma psicologia científica”, v. I, p. 347-396.

_____. (1897b) “Carta 69”, v. I, p. 309-311.

_____. (1900) “A interpretação dos sonhos”, capítulo VII, v. V, p. 541-645.

_____. (1920) “Mais além do princípio do prazer”, v. XIV

_____. (1930) “O mal-estar na civilização”, v. XXI, p. 73-148.

_____. (1925a [1924]) “Um estudo autobiográfico”, v. XX, p. 15-72.

_____. (1926) “Inibição, sintoma e angústia”, v. XX

_____. (1912a) “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, v. XII, p.125-133.

_____. (1915) “Reflexões para os tempos de guerra e morte”, v. XIV, p. 295-329.

_____. (1914a) “A história do movimento psicanalítico”, v. XIV, p. 18-73.

_____. (1914-1916) “Nossa atitude para com a morte”, v. XIX, p.328.

_____. (1917) “Luto e melancolia”, v. XIV, p. 249-263.

_____. (1913) “Sobre o início do tratamento”, v. XII, p. 164-170.

_____. (1937) “Análise terminável e interminável, v. XXIII.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. (1988) **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar,

JONES, Ernest. (1989) **A vida e a obra de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago.

JORGE, Marco A. C.; FERREIRA, Nádia P. (2002) **Freud, criador da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, Jacques. (1949) O estádio do espelho como formador da função do eu. **In: Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1945) O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. **In: Escritos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

_____. (1954-55) **O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. (1959-60) **O seminário, livro 7: a ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988a.

_____. (1962-63) **O seminário, livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. (1964) **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988b.

_____. (1967) Alocução sobre as psicoses da criança. In: _____. [1901-1981] **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

_____. (1969-70) **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. (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.

_____. (1958) “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, p. 591-652.

_____. (1966a) “De nossos antecedentes”, p. 69-76.

_____. (1966b) “A ciência e a verdade”, p. 869-892.

_____. (1966c) O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana, n. 32**, dez./2001, p.8-14.

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

LAMBERT, A. (2003) Psicanálise no hospital. **Opção Lacaniana, 37(9)**, p. 48-51.

LO BIANCO, A. C., & COSTA-MOURA, F. (2020) Covid-19: luto, morte e a sustentação do laço social. **Psicologia: Ciência e Profissão, 40**, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244103>

MANNONI, Octave. (1994) **Freud: uma biografia ilustrada**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

MATTOS, Paulo Roberto. (1999) O Psicólogo e o Hospital: Trabalho ou Ilusão? Pulsional. **Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. 120, n. ano XII, p. 20-26.

MEDRADO DIAS, Mariana; COELHO, Tania; PEREIRA, Flavia Ribeiro Costa; RODRIGUES, Daniele Rangel dos Santos; COSTA, Edneia Aparecida da Silva da Graça E. (2020) Quando o “fique em casa” não era uma opção: os bastidores e os relatos das experiências dos profissionais de saúde no front de combate à pandemia da Covid-19. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, 15(29), 118-128.

MELLO FILHO, Júlio. (2010) Introdução. In: MELLO FILHO, Júlio; BURD, Miriam (Col.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed.

MILLER, Jaques-Alain. (2002) **Percursos de Lacan: uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (2006) “O Rouxinol de Lacan” In **Curinga n° 23**. pp.15 – 33. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas.

MORETTO, Maria L. T. (2002) **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____. (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.

QUINET, Antonio. (2008) **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (2009) **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

_____. (1991) **As 4 + 1 condições de análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____. (1988) “O corpo e seus fenômenos” In **Papéis do Simpósio do Campo Freudiano**. Belo Horizonte: Biblioteca do campo Freudiano.

RIBEIRO, H. P. (1993) **O hospital: história e crise**. São Paulo, ed Cortez.

RINALDI, Doris. (1996) **A ética da diferença**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

ROCHA, A. P. B. (2020) Psicanálise em tempos de pandemia: O que pode o psicanalista? **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 54, n.2, p. 59-72.

SAUSSURE, Ferdinand de (2010) **Curso de Linguística Geral**. Tradução: Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blinkstein. 32ª edição. São Paulo: Editora Cultrix, p. 80.

SANT'ANNA, Amanda; BRUNHARI, Marcos; DARRIBA, Vinicius. (no prelo) A temporalidade do trabalho na enfermagem COVID. Trabalho apresentado no Fórum da Residência em Psicologia Clínica Institucional 2020, Rio de Janeiro.

SILVA, Paulo Roberto Mattos da; ROCHA, Maria Silveira da. (2008) O ato médico e a subjetividade. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 69-81.

SILVESTRE, D.; SILVESTRE M. (1989) “A transferência é o amor que se dirige ao saber”. In: _____. **Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

SOLER, C. (1989) **O corpo no ensino de Jacques Lacan**. (Trad. não publicada de M. Marinho, F. Fontenelle e L. E. Rosa), Belo Horizonte: Papéis do Simpósio.

VALLEJO, Américo; MAGALHÃES, Lígia C. (2008) **Lacan: operadores da leitura**. São Paulo: Perspectiva.

VIGARELLO, Georges. (2001) **História das práticas de saúde: a saúde e a doença desde a Idade Média**. Lisboa: Editorial Notícias.

VIEIRA, M. A. (1997) “O catálogo e a chave: sujeito da ciência e sujeito do inconsciente”. In **Opção Lacaniana**, v. 21, São Paulo: Edições Eolia, p. 84-87.

VILANOVA, A. (1997). “A dor na própria carne: psicanálise e doença terminal, um caso” In ALMEIDA, C. P de. e MOURA, J. M. (orgs) **Kalimeros**. pp. 277-283. Rio de Janeiro: Contra Capa.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2021) WHO-convened global study of origins of SARS-CoV-2: China Part. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part>.