

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

GLAUCO BATISTA

**A Presença do Analista no Hospital Geral
e o Manejo da Transferência em Situação de Urgência Subjetiva**

**Belo Horizonte
Fevereiro de 2014**

GLAUCO BATISTA

**A Presença do Analista no Hospital Geral
e o Manejo da Transferência em Situação de Urgência Subjetiva**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração: Estudos Psicanalíticos

Linha de Pesquisa: Conceitos Fundamentais em Psicanálise e Investigações no Campo Clínico e Cultural

Orientador: Guilherme Massara Rocha

**Belo Horizonte
Fevereiro de 2014**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

150
B333p
2014

Batista, Glauco

A presença do analista no hospital geral e o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva [manuscrito] / Glauco Batista ; orientador Guilherme Massara Rocha. –Belo Horizonte, 2014.

105 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências.

1. Psicologia – Teses. 2. Hospitais – Teses. 3. Psicologia clínica – Teses. I. Rocha, Guilherme Massara. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia



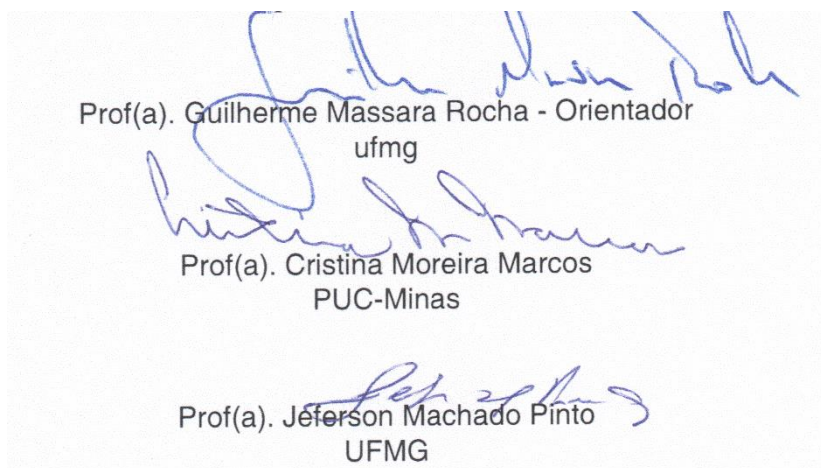
FOLHA DE APROVAÇÃO

A Presença do Analista no Hospital Geral e o Manejo da Transferência em Situação de Urgência Subjetiva

GLAUCO BATISTA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração ESTUDOS PSICANALÍTICOS, linha de pesquisa Conceitos Fundamentais em Psicanálise e Investigações no Campo Clínico e Cultural.

Aprovada em 21 de fevereiro de 2014, pela banca constituída pelos membros:



Prof(a). Guilherme Massara Rocha - Orientador
ufmg

Prof(a). Cristina Moreira Marcos
PUC-Minas

Prof(a). Jeferson Machado Pinto
UFMG

Belo Horizonte, 21 de fevereiro de 2014.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Guilherme Massara Rocha – como professor e orientador –, por acolher minha temática de pesquisa e pela orientação pontual com apontamentos precisos que criaram o fio condutor do trabalho. Agradeço, sobretudo, pela confiança respeitosa no meu trabalho, o que possibilitou que eu pudesse construí-lo também de um jeito meu.

À Márcia Maria Rosa Vieira Luchina e Mônica Assunção Costa Lima, pelas preciosas contribuições conceituais e metodológicas à pesquisa no exame de qualificação.

Aos colegas de turma, em especial aos “Ridículos” Érica Espírito Santo, Luciana Cavalcante Torquato e Marcus Vinícius Neto Silva, pessoas especiais com as quais pude compartilhar neste percurso minhas angústias e produções, e que fizeram com que o trabalho se tornasse mais leve e possível.

À Marisa Decat de Moura, pelo acolhimento e aposta em tempos de incerteza, e ainda por escolher dividir comigo ensinamentos valiosos que vão muito além de “psicanálise e hospital” nestes anos de parceria de trabalho.

À Léa Neves Mohallem, pela presença amiga e delicada, pela aposta na transmissão de como se faz psicanálise num hospital e por muito mais...

A todos os colegas que estiveram comigo na Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei viabilizando trocas produtivas que culminaram neste trabalho, em especial à Daniela Amaral Brant Machado, Elvira Márcia Costa Teixeira Viana, Fabiana Pietsch da Fonseca Vianna Fernandes, Gardênia Gonçalves Rios, Juliana Pereira Gubiotti Lopes, Larissa Maciel Zambolim, Marcela Martins Horta, Maria de Lourdes Guimarães de Almeida Barros, Michelle Cristina Oliveira e Simone Borges de Carvalho.

À Valenir Dias Machado Corrêa da Costa, pela postura sempre ética e respeitosa, por me receber em sua equipe e pela sua aposta na diferença como motor do trabalho. Aos colegas da Santa Casa, pelo acolhimento afetuoso e disponibilidade para trocas que demonstraram neste pouco tempo de convivência.

Ao meu pai, por apoiar incondicionalmente as minhas ideias, por piores que possam parecer a princípio.

À minha mãe, pela tentativa amorosa e incansável de me ensinar o significado da palavra integridade.

Às minhas irmãs, aos meus familiares e amigos queridos pelo suporte essencial em tempos difíceis, por tolerarem minhas ausências e por me ajudarem a dosar o investimento no trabalho de pesquisa.

Ao Alfredo, pelo incentivo para ir sempre mais além.

À Berenicy Raelmy Silva, pelas sábias palavras de estímulo e por fazer sua “mágica” para que meu texto fique mais convidativo.

À CAPES, pelo apoio financeiro durante parte do período da realização desta pesquisa.

Aos pacientes que em algum momento me endereçaram suas urgências...

“Assinalo que, como sempre, os casos de urgência me atrapalhavam enquanto eu escrevia isso”.

Jacques Lacan

“Prefácio à edição inglesa”

Seminário 11 [1964]

RESUMO

BATISTA, G. (2014). *A presença do analista no Hospital Geral e o manejo da transferência em Situação de urgência subjetiva*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, Minas Gerais.

A medicina moderna, cada vez mais baseada na tecnociência, fundamenta-se numa lógica que exclui o sujeito enquanto subjetividade. Contudo, pelo fato mesmo de não existir um acordo entre o médico, o paciente e o analista quanto ao sentido que se dá ao traumatismo, e não se ter como eliminar o desamparo e a finitude próprios ao paciente internado numa instituição hospitalar, as situações de impasse sempre intervêm e a dimensão subjetiva irrompe, momento em que se convoca o psicanalista para solucionar o problema. Neste sentido, torna-se uma questão digna de reflexão o lugar que o analista ocupa no hospital geral, qual a natureza de sua inserção na equipe, bem como o poder de sua atuação e de onde ele opera. Nesta perspectiva, este trabalho teve como objetivo dar maior exatidão à noção de urgência subjetiva e seus conceitos correlatos: trauma, angústia, pânico e desamparo, e articular o conceito de transferência ao de urgência subjetiva como forma de dar lugar à criatividade e cumplicidade do analista para que ele possa sustentar o espaço necessário para a subjetividade emergir na instituição hospitalar. O método usado para atingir tais objetivos foi a revisão bibliográfica e o estudo de caso. Os resultados desta pesquisa concluem que o lugar do analista numa equipe hospitalar é da ordem de uma construção e só se faz possível enquanto efeito do estabelecimento de uma relação transferencial. Isto porque no campo psicanalítico, do que se trata é sempre de uma aposta – neste caso específico, de como a equipe médica reagirá ao surgimento da subjetividade: com uma demanda de saber sobre ela; ou com um pedido de solução de dificuldade?

Palavras-chave: Psicanálise, Urgência subjetiva, Transferência, Hospital geral, Presença do analista.

ABSTRACT

BATISTA, G. *The presence of the analyst in General Hospital and the handling of transference*

in subjective urgency. (2014). Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, Minas Gerais.

Modern medicine increasingly based on techno-science is based on a logic that excludes the subject as subjectivity. However, by the very fact of an agreement does not exist between the physician, the patient and the analyst as to the meaning given to trauma, and does not have as eliminate helplessness and own finitude admitted to a hospital patient, deadlock situations always involved and the subjective dimension breaks, at which summons the psychoanalyst to solve the problem. From this point, it becomes a matter worthy of reflection the place the analyst occupy in the general hospital, the nature of its insertion into the staff as well as the power of his performance and where it operates. In this perspective, this study aimed to give greater accuracy to the notion of subjective urgency and its related concepts: trauma, anxiety, panic and helplessness. In addition, to articulate the concept of transference to the subjective urgency in order to give rise to creativity and complicity of the analyst so that it can sustain the necessary space for subjectivity emerge in the hospital. The method used to achieve these objectives was the literature review and case study. The results of this research imply that the position of the analyst in a hospital staff is of the order of a construction and only made possible because of the establishment of the transference. This is because in the psychoanalytic field, that it is always a gamble – in this specific case, how the medical staff react to the emergence of subjectivity: with a demand to know about it, or with a request for trouble solution?

Keywords: Subjective urgency, Transference, General Hospital, Presence of the analyst.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 PSICANÁLISE E URGÊNCIA SUBJETIVA.....	18
2.1 A noção de urgência subjetiva.....	19
2.2 Urgência, angústia e trauma	22
2.3 Urgência, pânico e desamparo	28
2.4 Temporalidade e urgência	32
3 A PRÁXIS DA PSICANÁLISE NO HOSPITAL GERAL.....	44
3.1 Psicanálise e medicina	44
3.2 A posição do analista	49
3.3 A presença do analista.....	63
4 URGÊNCIA E TRANSFERÊNCIA	72
4.1 O conceito de Transferência em psicanálise	73
4.1.1 <i>As primeiras descobertas de Freud</i>	73
4.1.2 <i>A transferência em Freud e Lacan</i>	81
4.2 A presença do analista e a transferência na urgência.....	86
5 CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS.....	98

1 INTRODUÇÃO

Há algum tempo a psicanálise não se limita ao consultório e não podemos dizer que não há efeitos analíticos fora deste espaço. Ela se faz presente e eficaz nas instituições hospitalares, escolares, empresariais, artísticas, e outras. Um tema de grande relevância na psicanálise de orientação lacaniana são os efeitos terapêuticos rápidos (Miller, 2008), trabalho produzido num esforço de dizer que o encontro com um analista produz efeitos e, sobretudo, que estes efeitos podem ser transmitidos.

Lacan já falava sobre as mudanças contemporâneas que constatamos e reafirmava em seu ensino a importância de o psicanalista não recuar, como também não se isolar do mundo em constante processo de mudanças: o analista não em uma posição de exclusão, de exílio de si mesmo (Laurent, 2007). Em sua “Proposição de 9 de outubro de 1967”, Lacan (2003) diz de seu interesse em evitar que a psicanálise se fechasse em grupos e guetos e se organizasse através da repetição de conceitos, significantes e aforismos, insistindo na psicanálise enquanto prática e na análise própria como única “garantia” possível do lugar de analista. Para que a psicanálise possa estar presente na sociedade – e por consequência nas instituições –, Lacan (1967/2003) se apoia nesses dois momentos que chama de “psicanálise em extensão, ou seja, tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela” (p.251). Ele diz que “é no próprio horizonte da psicanálise em extensão que se ata o círculo interior que traçamos como hiância da psicanálise em intensão” (p.261). E prossegue apontando o essencial de sua questão: “retire-se o Édipo, e a psicanálise em extensão, diria eu, torna-se inteiramente da alçada do delírio

do presidente Schreber¹” (p.262). Com uma referência ao Édipo como lei reguladora do social, ele deixa evidente aqui e em diversos pontos de seu ensino, que se deve levar em conta e acompanhar os avanços do social onde se insere o psicanalista e que os resultados da experiência psicanalítica devem também ser colocados ao alcance das sociedades.

No *Seminário 11*, Lacan (1964/1985) utilizou o termo “presença do analista” para colocar o psicanalista no campo de uma função, ampliando a sua presença para além da presença física, firmando que se trata de uma presença simbólica que testemunha e viabiliza a presentificação do inconsciente do sujeito. Por isso mesmo, a presença do analista é de fundamental importância para o estabelecimento de um vínculo que possa atestar o valor do conceito de transferência. Essa presença é peculiar, pois não é uma presença como outra qualquer, mas deve ser incluída no conceito de inconsciente. “Ele justifica a manutenção, no interior da análise, de uma posição conflitual, necessária à existência mesma da análise” (Lacan, 1964/1985, p.123). Essa posição do analista pode engendrar algumas dificuldades na condução dos casos e este é o paradoxo do conceito de transferência: ela pode facilitar ou ser o maior entrave na direção do tratamento: “a transferência é a atualização da realidade do inconsciente” (p.139 e 142).

O analista é este ouvinte privilegiado que convida o analisando a falar o que lhe vier à cabeça, sem consideração pelas conveniências, conduzindo-o para a aplicação da

¹ O caso de Daniel Paul Schreber é um dos mais emblemáticos de Freud e foi abordado por Lacan em seu Seminário 3, “As psicoses” [1955-1956]. Ele conclui que o delírio de Schreber seria efeito da forclusão do Nome-do-Pai, dois conceitos apresentados neste mesmo seminário. A análise de Freud sobre o caso foi publicada em suas “Notas psicanalíticas sobre um relato de paranoia” [1911] após ler o livro de Schreber, *Memórias de um doente dos nervos* [1903]. Em seu livro, escrito num período em que havia sido interdito, Schreber apresenta o delírio de que estava sendo perseguido por Deus e se transformando em uma mulher que engravidaria desse mesmo Deus. O pai de Daniel Schreber ganhou destaque com suas teorias educativas muito rígidas e baseadas em ginástica, ortopedia e higienismo com o objetivo de criar um novo homem.

regra da análise formulada por Freud: a associação livre. Neste convite, a presença do analista procura assegurar ao analisando que tomar a palavra não será em vão, que algo se associará e algum saber será elaborado. A situação analítica traz embutida, contudo, uma ilusão do analisando de que este saber – o saber sobre o inconsciente – de alguma forma está localizado no analista. É a própria transferência que está colocada. Entretanto, Lacan (1960/1995) enfatiza a disparidade de posições na situação analítica mostrando, a partir de Sócrates, que ao manter o enigma do seu desejo, colocando entre parênteses seu desejo pessoal, o analista permite que a função do desejo possa se manifestar (p.61).

Com relação à práxis da psicanálise no hospital geral, em trabalhos de pesquisa recentes (Moretto, 2006; Carvalho, 2008; Melo, 2009; Carvalho, 2011; Simões, 2011) e a partir da experiência de prática clínica, fica cada vez mais claro que o profissional “psi” é chamado a intervir em situações onde há impasses. São momentos em que a dimensão subjetiva – que permanece fora da determinação a que visa o saber médico – irrompe no hospital geral. “Pode-se afirmar que é por haver um descompasso, um desacordo entre médico, paciente e analista sobre o sentido a ser dado ao traumatismo, ou sobre a possibilidade de recobrir o real desvelado nas situações de urgência (médica e subjetiva), que a atuação do analista se faz necessária” (Carvalho, 2008, p.18). Sobre este tema Lacan sustenta que “a ciência moderna exclui o sujeito enquanto subjetividade e a psicanálise, por questões de ordem ética, o acolhe”

Mesmo havendo diferenças radicais entre psicanálise e ciência – que serão apresentadas de forma mais detalhada no capítulo 2 – para Lacan a ciência não é o ponto ideal como é para Freud, “nem tampouco é exterior ao campo psicanalítico. Ele inverte a perspectiva ao afirmar que a ciência moderna mantém com a psicanálise relação de estruturação interna” (Lima, 2002, p.297). Sabemos com Milner (1996) que sem nos apoiarmos nas concepções introduzidas no pensamento moderno pela ciência

não temos como pensar a experiência da psicanálise e a concepção de sujeito sobre a qual ela se sustenta. Como o próprio Lacan (1965-66/1998) nos diz, “o sujeito sobre quem operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência” (p.873).

Nessa discussão é importante levar em conta ainda que há um movimento crescente de “exercício protocolar da biopolítica no discurso médico” (Rocha, 2007), onde a medicina baseada em evidências associada a um apagamento progressivo da figura do clínico tem colocado cada vez mais a medicina no campo da tecnociência, inserindo uma lógica de ordem que não comporta a dimensão da subjetividade e que diversos autores nomeiam como “ordem médica” ou “discurso médico”.

Dentro dessa lógica, observa-se que a demanda endereçada ao psicanalista no hospital é a de “especialista da subjetividade”, localizando-o como um *mais-de-poder* da medicina, aquele que opera num campo onde o médico não alcança. Por não estar incluído no discurso médico, esse algo da subjetividade que “resta” e “insiste” põe a trabalhar profissionais de todas as áreas da saúde e causa com frequência um grande incômodo nos profissionais de saúde, justamente por revelar que há algo que o discurso médico não contempla e, portanto, a ele não responde. E é esse o lugar que o psicanalista é convocado a ocupar. A demanda das equipes de saúde é quase sempre a de resolver “urgentemente” e sem recursos, mas de forma absolutamente eficiente, o “problema”, que é localizado sempre neste algo da subjetividade que escapa ao saber médico. Essas demandas colocam, com frequência, os profissionais diante de suas próprias urgências, incluindo aí o psicanalista.

Como observamos em programas de qualidade e gestão hospitalar, o que se demanda dos profissionais é que desempenhem suas tarefas de forma eficiente. Do ponto de vista da gestão da qualidade, ser eficiente consiste em alcançar a eficácia – atingir o resultado planejado – com o menor recurso possível. Na contramão desse

discurso, a psicanálise vai oferecer seus efeitos: diante dessa demanda colocada pelas equipes de saúde, o analista oferece sua presença “consistente” – embora vazia de significação – que tem como efeito um espaço para emergir o sujeito através da representação na fala e inscrição simbólica daquilo que está fora da linguagem. É a partir deste lugar que o psicanalista vai operar, e por ser um lugar “incerto”, carece de indagações sobre os efeitos dessa presença e formalização constante acerca da sua práxis.

Com relação ao tema Urgência Subjetiva, Decat de Moura (2000) já aponta sua importância em seu livro *Psicanálise e Hospital*, publicado pela primeira vez em 1996: “precisar os alcances da transferência quando se trata de uma instituição hospitalar e de situações de urgência, refletindo sobre como produzir efeitos de ordem analítica em condições não analíticas” (p.13). Além das questões apontadas, no hospital estamos diante de “acontecimentos que quebram paradigmas” (Decat de Moura, 2007), em que o desamparo e a finitude estão colocados de forma explícita diante de nós.

Uma dessas situações é a do Sr. João (nome fictício), que se internou para realizar uma intervenção cirúrgica simples, com baixíssimo risco, que ele programou para uma data especial. No dia seguinte, quando estava de alta, sua família foi comunicada e, quando estava a caminho do hospital, Sr. João morreu subitamente, por uma causa que não tinha relação alguma com o motivo da sua internação e não tinha como ser detectada previamente em exames. Diante da cena da família numerosa e alegre que chega ao hospital trazendo balões e faixas de “parabéns”, a equipe médica e de enfermagem convoca a psicologia para acompanhar a comunicação da notícia de morte.

São situações como esta, permeadas pelas questões já enumeradas, que lidamos na práxis no hospital geral, e é a partir desses impasses que o imperativo da

formalização teórica se coloca. Embora seja de extrema complexidade e a princípio o campo da possibilidade não se apresente com muita clareza, encontramos em colegas orientados pela psicanálise lacaniana uma direção clara no sentido de ir em frente. Moretto (2002), sustentada pelo aforismo de Lacan “Não recuem diante da psicose”, afirma: “Não recuem diante do hospital” (p.20). Sobre isso Decat de Moura (2007) também nos diz:

Não recuar é a direção da clínica lacaniana; e para saber os limites e possibilidades de uma práxis, para considerar as saídas possíveis para o sujeito em questão, é necessário estar lá. É importante ressaltar o discurso corrente, ‘a maré’ que questiona, já afirmando, sobre a impossibilidade da práxis do psicanalista em um hospital geral. Esse discurso, subvertido pelo desejo de analista e pela formalização dos efeitos de sua intervenção, tem aberto espaço até mesmo para o surgimento de outras questões que, por sua vez, subvertem o modo de pensar a psicanálise e sua transmissão.

Precisemos melhor este imperativo. Não se trata aqui de uma postura rígida, de travar uma “guerra” com os pacientes, equipe ou mesmo com a instituição hospitalar, numa leitura extremada do aforismo de Lacan. Certamente se faz necessário, em situações específicas, um certo recuo: diante de um traumatismo ainda impossível de ser abordado, ou de um momento de recolhimento íntimo do paciente com a família, ou mesmo de um cálculo – fundamental para o analista na instituição – de até onde convocar o discurso do sujeito fora do setting analítico. Nesses casos, para dizer como Lacan, o recuo não é uma estratégia – uma vez que a estratégia é não recuar – mas eventualmente uma tática, uma condição para avanços vindouros. Trata-se aqui, acima de tudo, do sentido colocado por Freud: seguiremos adiante com o seu exemplo de “coragem vigorosa” em não recuar diante da transferência. Ou seja, não recuar aqui, trata-se de não excluir ou instituir uma distância, mas sim trabalhá-la, incluí-la para que possa ser manejada.

No primeiro capítulo pretende-se precisar a noção de urgência subjetiva e os conceitos correlatos – trauma, angústia, pânico e desamparo – que servirão de referência para a formalização de situações clínicas propostas.

No segundo será realizada uma breve descrição acerca do modo específico de organização do saber científico – no qual a medicina se apoia – e qual a posição do analista diante disso, visando contribuir para a compreensão da natureza dos impasses que o psicanalista é convocado a solucionar em uma instituição hospitalar.

O terceiro capítulo versará sobre o conceito de transferência em Freud e Lacan, sua articulação com a temática da urgência subjetiva e a cumplicidade do analista aberta à surpresa como forma de sustentar um espaço para a subjetividade na instituição hospitalar.

2 PSICANÁLISE E URGÊNCIA SUBJETIVA

Proponho inicialmente o exame de uma situação clínica que colocou algumas questões acerca da especificidade da prática da psicanálise em hospital geral, sobretudo em situação de urgência.

Durante um plantão no Centro de Terapia Intensiva – CTI, a equipe de enfermagem solicita um atendimento de urgência para Maria (nome fictício), que havia chegado à Unidade há cerca de uma hora atrás por causa de uma emergência e estava esperando os resultados de exames feitos previamente para que a equipe médica pudesse definir sobre a realização de uma cirurgia de alta complexidade. A queixa da enfermeira era de que Maria “não estava entendendo” o que era explicado, ela chamava a enfermagem “o tempo todo” e perguntava “a mesma coisa mil vezes”, mesmo já tendo sido orientada. O psicanalista faz então a entrevista de admissão, uma rotina da psicologia no CTI onde são fornecidas orientações sobre o funcionamento do setor, os horários e presença dos psicólogos da Clínica de Psicologia e Psicanálise, além do registro dos telefones de contato de familiares para a equipe multiprofissional. Esse momento é a oportunidade de um primeiro encontro com o psicanalista e uma escuta do paciente e sua família. Logo após a entrevista, Maria diz não ter ficado claro uma coisa “mesmo com as explicações”, alegando não ter compreendido bem o que o psicólogo faz no CTI. E prossegue perguntando: “Quando eu preciso fazer xixi eu chamo a enfermeira, quando eu sinto dor chamo o médico... E você? Quando é pra chamar?” Diante da pergunta “repetitiva”, da afirmação de que “não entendeu” e também da dificuldade estrutural de “explicar de forma objetiva” e “inequívoca” sua prática, o psicanalista responde: “Vamos fazer assim: quando você não souber a quem chamar pode saber que é comigo mesmo”. Maria imediatamente diz que já tem “uma coisa”

pra pedir, mas precisa pensar melhor, porque “não sabe ao certo o que quer”. É agendado outro horário para uma nova conversa, no mesmo dia. Após o atendimento, a enfermeira procura novamente o psicanalista e pergunta o que foi feito, porque Maria “parou de reclamar”. Mais tarde, no horário agendado, Maria pergunta se no CTI “pode usar o telefone”. Diz que recebeu os resultados dos exames e no dia seguinte passaria por uma cirurgia delicada – com risco iminente de vida – e tinha “umas coisas” pra falar com seus filhos antes. Após o telefonema, ainda emocionada, aponta para o bolso do jaleco do psicanalista e diz: “Que caneta linda! Sabia que eu faço coleção de canetas? Mas são canetas muito especiais!”. Prossegue dizendo que cada uma foi adquirida em um momento-chave de sua vida, e pergunta se pode ficar com aquela caneta também. O psicanalista marca a importância daquela caneta e agenda um horário após a cirurgia para conversar sobre essas “canetas” com Maria.

A partir do exposto algumas questões se colocam: 1. O que acontece no aparelho psíquico em uma situação como esta? 2. A intervenção do analista parece ter produzido algum efeito de apaziguamento no sujeito. Por quê? 3. O que é depositado no psicanalista, que é colocado rapidamente neste lugar de detentor de um saber específico sobre a subjetividade e inserido na série das “canetas especiais”?

2.1 A noção de urgência subjetiva

Acerca da temática da urgência subjetiva, na Resolução 1451 de 1995, do Conselho Federal de Medicina, temos as seguintes definições: “Define-se por *emergência* a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Define-se por *urgência* a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou

sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (Resolução CFM nº 1451/95).

É importante pensar que a emergência médica se define a partir do princípio da utilidade e do bem-estar, no qual o profissional de saúde tem um papel ativo de apoio para restituir algo de ordem básica, de sobrevivência. São realizadas intervenções no sentido de definir os comportamentos do paciente a partir de um ideal, sendo que é o profissional que “constata” o agravo e emite a mesma resposta protocolar para todos os casos. Essa posição – embora não só bem-vinda, mas fundamental para o progresso das ciências – vai eliminar a dessimetria necessária para o surgimento do sujeito. Há algo da ordem do particular, do contingente, que não está contemplado no discurso da ciência (Botto, 2007).

A medicina, por seu turno, é exercida por meio de um apelo à Norma e exige do sujeito em tratamento que ele se aliene de suas escolhas. É-lhe exigido sacrificar aquilo que deseja, em benefício daquilo que lhe é devido fazer, em benefício de sua “recuperação” (Rocha, 2007).

Por outro lado, a noção de urgência subjetiva nos remete a um momento de quebra do discurso, com o encontro do sujeito com algo da ordem do insuportável e sem mediação simbólica. Neste momento “claudicante”, onde faltam palavras que possam nomear esse encontro com o real, o sujeito coloca sua realidade psíquica em ato. Diversos autores apontam que o momento da urgência subjetiva rompe com um “equilíbrio” prévio e com os pontos de referência simbólica onde o sujeito se sustentava, revelando a precariedade do estado anterior, até então de “equilíbrio” (Sotelo, 2009, Calazans et al., 2008, Belaga, 2006 & Decat de Moura, 2000).

Em seu trabalho sobre a urgência subjetiva, Calazans et al. (2008) nos apontam em torno do que há urgência para o sujeito. Sustentado pela abertura do primeiro seminário de Lacan, *Os Escritos Técnicos de Freud* (1953-1954/1986, p.10), ele nos diz:

Mas o que é uma urgência? É preciso saber, em primeiro lugar, em torno de que há urgência. Em torno de que questões podemos dizer que uma resposta urge? A urgência advém em torno das questões colocadas por Lacan na abertura do Seminário sobre os escritos técnicos de Freud – o pai, a sexualidade e a morte –, ou seja: em torno de três maneiras distintas de pensar a alteridade e contingência (Calazans et al., 2008, p.643).

Ele afirma que no caso das questões levantadas por Lacan, a urgência se define por aquelas que não se podem adiar e, principalmente, não se tem uma resposta determinada – protocolar – para dar. É em torno dessa resposta que um dispositivo que se propõe a acolher o sujeito em situação de urgência deve se ater.

A partir daí podemos extrair duas características importantes da urgência subjetiva: uma certa compressão temporal e a sua indeterminação, questões que serão abordadas em seguida.

Deve-se esclarecer que a urgência subjetiva, avesso da urgência/emergência médica, tem a ver com certa dissolução do universo simbólico do sujeito, e que o analista não pretende, assim como o profissional de saúde, dar conta de urgência social ou econômica. Nesse momento, como nos aponta Caroli (1989), o aparecimento de um “distúrbio agudo” não é sinônimo de agravação, como acontece no caso de uma urgência médica, e a urgência é “mais de situação do que de diagnóstico” (p.59).

É importante saber que, assim como nem toda urgência é subjetiva, nem todo momento de crise pode ser nomeado dessa forma. Valendo-se da noção de “generalização do trauma” proposta por Éric Laurent, Guilherme Belaga (2005) nos diz que a “urgência generalizada” fala de um traumatismo, tanto no nível do coletivo como no do particular, onde se encontra uma impotência do discurso na hora de ler o

acontecimento (p.13). Ainda sobre este tema, Calazans et al. (2008) afirmam que “a noção de urgência generalizada pode ser tomada em dois sentidos que não são excludentes, mas de níveis distintos: é generalizada por não destacar a singularidade do sujeito e partir do Outro; e é generalizada por partir da ideia de que o transtorno é geral” (p.646). A urgência generalizada só pode ser considerada urgência subjetiva pelo acolhimento do psicanalista, quando, por meio da oferta de uma escuta, é possível localizar a urgência em torno de alguns significantes trazidos pelo sujeito.

2.2 Urgência, angústia e trauma

O termo “trauma” deriva do código médico, tendo surgido ligado ao contexto da Revolução Industrial no que concerne às estradas de ferro e aos acidentes de trabalho. O uso que a psicanálise faz dele se deve a Freud e seu interesse pelo estudo da histeria – sendo que o trauma seria inicialmente a causa primordial da histeria – e este é um termo que percorre toda a sua obra. Nos seus “Estudos sobre a histeria”, no texto “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (1893)” escrito com Josef Breuer, Freud (1893/2006) nos diz que “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (p.43). Segundo ele, seria a lembrança de um trauma infantil – e não o próprio trauma – que desencadearia a doença.

Inicialmente então o trauma está ligado à “vivência sexual prematura traumática”, o trauma é lido como acontecimento, como um episódio que é externo à estrutura mas que tem um estatuto fundante do sujeito. A causa do sujeito se daria a partir do trauma. Nestes primeiros textos Freud coloca o episódio traumático como “experiência sexual prematura traumática” e, após um período de latência – após a chegada da puberdade – vai surgir um representante psíquico que entra em conexão associativa com a marca deixada pelo episódio traumático, e esse representante

psíquico vai atuar retroativamente. O trauma estaria perdido, inassimilável, restando dele somente uma marca e este segundo tempo em retroação sobre o primeiro é o que vai transformar o episódio em trauma somente *a posteriori*.

Este é um conceito fundamental na obra de Freud, pois a partir daí ele vai construir o próprio conceito de inconsciente: o efeito da retroação do trauma vai criar dois grupos psíquicos separados, uma primeira cisão que é constitutiva do sujeito. Por isso dizemos que a causa do sujeito se daria a partir do trauma. Forma-se, assim, “o rudimento mais ou menos altamente organizado de uma segunda consciência, uma *condition seconde*” (Freud, 1893/2006, p.51-52) e o ataque histérico seria justamente a prova de uma organização “mais elevada” desse segundo estado.

Depois de chegar à conclusão de que suas histéricas o haviam enganado, o conceito de trauma vai perdendo sua importância central na teoria de Freud. É a fantasia que vem ocupar este lugar causal que tinha o trauma num primeiro momento, já que Freud percebe que nesse engano das histéricas há uma verdade.

Em 1920, no texto “Além do princípio do prazer”, Freud (1920/2010) faz um giro central em sua teoria – com a introdução do conceito de pulsão de morte – colocando o trauma como interno à estrutura. O conceito de trauma já não vai referir-se a nenhum episódio, nenhum acontecimento senão diretamente ligado à exigência pulsional, à pulsão de morte. O trauma aqui será abordado como irrupção pulsional ou inundação econômica. Retomaremos este tema logo adiante, articulado à urgência.

Embora sofra algumas torções e perca seu estatuto central, o conceito de trauma será sustentado até o final da obra de Freud. No texto “Moisés e o monoteísmo” (1939), no item *a analogia*, refere-se àqueles lugares onde há uma cicatriz no eu, irreduzível, que se sustenta nos lugares de fixação traumática. Em “Análise terminável

e interminável (1937)” o trauma é colocado como o irreduzível pulsional numa análise, como um mais além do complexo de castração, um fragmento de “agressão livre”:

tem-se toda a impressão de que a tendência ao conflito é algo especial, algo novo que, independentemente da quantidade de libido, vem se somar à situação. E semelhante tendência ao conflito, que aparece de maneira independente (da intensidade do trauma ou da magnitude da soma de excitação), dificilmente pode ser atribuída a outra coisa além da intervenção de um fragmento de agressão livre que derivamos da pulsão de morte originária, própria da matéria animada (Freud, 1937/2006, p.278).

Passemos agora ao termo urgência. Apesar de destacar a questão da urgência em certos momentos de sua obra, como no caso do “Homem dos Ratos”, por exemplo, jamais “a urgência” teve um estatuto conceitual na obra de Freud nem mesmo foi elevado à categoria de problemática clínica específica. Tentaremos realizar em seguida um esforço nesse sentido.

O termo “urgência” geralmente aparece quando Freud está descrevendo algo referente a um mecanismo para lidar com as excitações. Por exemplo, no “Projeto” ele diz: “O enchimento dos neurônios nucleares em ψ terá como resultado uma propensão à descarga, uma urgência que é liberada pela via motora” (Freud, 1895/2006, p.369). Seguindo esse raciocínio, a urgência vai ser colocada quase que como uma propriedade da pulsão. Freud diz dessa propensão à descarga para a satisfação da pulsão que urge e ele se questiona o que fazer com isso em diversos momentos de sua obra.

No texto “Além do princípio do prazer”, Freud (1920/2010) aborda o trauma como uma irrupção pulsional ou inundação econômica. Ele propõe ao leitor imaginar um organismo vivo “na sua maior simplificação, como uma indiferenciada vesícula de substância excitável” (p.187). Através de um raciocínio lógico a partir de embriologia, concebe que seria possível que o “incessante choque dos estímulos externos na superfície da vesícula alterasse a sua substância até uma certa profundidade, de modo que o processo de excitação desta transcorresse diferentemente do que sucederia nas

camadas mais profundas” (Freud, 1920/2006, p.187). Fazendo uma analogia para o sistema consciente, ele supõe que ao passar de uma camada externa para uma interna, o estímulo tem que superar uma resistência, que vai deixar um traço. Em determinados momentos tais excitações externas podem romper essa proteção e Freud vai denominar esses eventos de excitações traumáticas. A partir daí o trabalho do aparelho psíquico seria o de “controlar” o estímulo, o de “ligar psicologicamente as quantidades de estímulo que irromperam, para conduzi-las à eliminação” (Freud, 1920/2006, p.192). A angústia traumática implica então a queda da cena psíquica na medida em que os estímulos externos “atravessam, perfuram” o que ele chama de barreira protetora, que permitiria ao sujeito manter a dimensão “homeostática” do aparelho psíquico².

Como nos aponta Pereira (2008), “o traumatismo coloca em xeque o funcionamento do aparelho psíquico segundo o princípio do prazer, fazendo assim surgir a necessidade de um trabalho que reinstale a primazia desse princípio. (...) Freud distingue a angústia que tem um valor semântico de ‘sinal’ de perigo, da angústia da situação traumática, transbordante e sem limites (que será posteriormente chamada de ‘angústia-automática’), que tem, como vimos, um caráter de pura-perda” (p.86).

O trauma é colocado aqui no nível de uma irrupção diante da qual o sujeito não pode responder como habitualmente o faz, está no nível de uma suspensão dos recursos habituais do sujeito, e é justamente aí que podemos aproximar os termos “urgência” e “trauma”. Como nos aponta Delgado (2013), “a irrupção pulsional deixa o

² Homeostase paradoxal, já que inclui uma tensão desejante permanente. Importante ressaltar que Freud afirma que um rompimento da barreira protetora poderia ser pensada como equivalente ao trauma, mas em seguida aponta que isso se dá somente com relação aos estímulos externos. Contra os internos – as pulsões – não existe barreira protetora, o que significa que elas já têm em si um caráter de potencialmente traumático.

sujeito sem cena psíquica e é essa ausência de cena psíquica que vai reunir urgência e trauma”.

Para entender melhor o que é “cena psíquica” o autor traz o exemplo do sonho: a cena psíquica que nomeamos como sonho se sustenta sempre quando os dois mecanismos fundamentais para a sua formação – que são a condensação e o deslocamento – operam. Justamente quando há um fracasso desses operadores que ligam a pulsão ao desejo e mantêm o equilíbrio do princípio do prazer, há um fracasso da função do sono, queda da cena psíquica, sono de angústia, despertar.

O trabalho do inconsciente é o de tentar ligar o desejo a este resto diurno em seu caráter perturbador – pulsional – no sonho. O fracasso do trabalho do sonho interrompe este andamento e a dimensão do tempo lógico que lhe é própria. Especificamente, o “tempo de compreender” que marca a dimensão de elaboração pulsional. Retomaremos mais adiante a temática do tempo e da função do imaginário na situação de urgência.

Essa lógica por si só nos põe a trabalho, pois podemos pensar que numa situação de urgência/crise estamos lidando já com um efeito, uma descarga pulsional de um excesso que vem de um tempo anterior. Muitas vezes o trabalho no hospital é “preventivo” nesse sentido, já que encontramos pacientes com urgências mais variadas e que não trazem esse aspecto de transbordamento. Escutamos, com frequência, frases como “estou no limite”, “não aguento mais” etc. quando ofertamos uma escuta para pacientes pré-cirúrgicos já no bloco ou familiares aguardando notícias na porta do CTI, situações onde a angústia-sinal se coloca de forma expressiva e ameaçadora.

Interessante pensar que muitas vezes essa “ameaça” vivida pelo sujeito não é sequer detectada pelos profissionais de saúde: como na situação clínica apresentada, a

queixa com frequência é de pacientes “poliqueixosos” ou dos que afirmam que “não compreendem as orientações”.

Estamos no tempo da *evidence-based medicine* – medicina baseada em evidências ou em “provas científicas rigorosas” –, e a orientação contida em diversos artigos científicos é de que devem-se “evitar ideias fantasiosas” e adotar somente condutas de “utilidade comprovada”. Nessa lógica, retira-se a ênfase da prática baseada na intuição e na experiência clínica “não sistematizada”. Assim, falar de algo que não apresenta um teste, exame ou qualquer técnica científica que ateste a veracidade dos fatos não é admissível.

Pensemos em outra situação que isso acontece. Mário (nome fictício) chega à recepção do CTI para visitar sua única filha, que estava internada há dois dias. Ele estava viajando quando ela sofreu um acidente automobilístico e estava gravemente ferida. Quando pergunta a respeito à enfermeira de plantão, ela diz que antes da visita ele teria que realizar os procedimentos para a internação, que já estavam bastante atrasados, e “passar pela psicologia”. “É a “rotina do setor”, ela diz, diante do visível descontentamento de Mário. Como ele se recusou a seguir o protocolo, “a psicologia” foi chamada para “convencê-lo a ir na internação”. Já sabendo da situação, o psicanalista vai inicialmente até a filha de Mário e ao chegar até ele, apresenta-se e informa que sua filha está acordada e já sabe da sua presença no hall da Unidade. Mário começa a chorar e imediatamente pergunta se, caso ele fosse na internação “resolver as pendências”, poderia ver sua filha antes de “passar pela psicologia”. Diante da resposta positiva, ele segue para o setor e retorna em seguida, sendo acolhido por uma colega que já estava em lugar de referência para a filha de Mário. Ele é atendido pela colega e após o horário estabelecido para a visita, pede à secretária para chamar “aquele rapaz” que o recebeu quando chegou. Pergunta se pode anotar um número de

telefone de contato, já que a outra colega deu o dela. “Se eu precisar, posso ligar pra você também?”, diz após anotar o número. O psicanalista sorri e Mário se despede.

Como na outra situação clínica, não há crise evidente. Durante o restante do plantão, a enfermeira queixa-se “daquele homem impaciente” algumas vezes para os colegas. Em um determinado momento foram discutidos alguns aspectos do caso com ela e foi possível transmitir-lhe algo do que se passava com Mário naquele momento. Ela diz que “não tinha a mínima ideia”, “não dava pra perceber”.

Basta ficar alguns minutos em qualquer serviço de saúde, de qualquer lugar do mundo ocidental, para que sejam constatadas diversas outras cenas como esta, embora cada sujeito tenha sua saída particular. Como a medicina é baseada em evidências, não há constatação da urgência, todos os casos nos quais a angústia do sujeito cause “comportamentos atípicos” são incluídos na mesma categoria. Como já apontamos, é o acolhimento do psicanalista que vai trazer a possibilidade de se localizar a urgência em torno de alguns significantes trazidos pelo sujeito.

2.3 Urgência, pânico e desamparo

Apesar de Freud não ter feito um estudo sistemático da experiência do desamparo, este conceito tem um lugar de destaque na teoria Freudiana, sendo que o desamparo teria a ver com um estado de ausência de significação. Num artigo de 1917 intitulado “Uma dificuldade no caminho da psicanálise”, ele apresentou a descoberta do Inconsciente como a terceira humilhação que a ciência infligiu ao narcisismo da humanidade, já que a partir daí o sujeito não pode mais ser considerado senhor de si. As outras duas humilhações seriam a consciência de que a Terra não é o centro do Universo e a constatação evolucionista de que o homem tem a mesma origem dos

outros animais. Dez anos mais tarde ele nos diz: “Terão de admitir para si mesmos toda a extensão de seu desamparo e insignificância na maquinaria do universo; não podem mais ser o centro da criação, o objeto de terno cuidado por parte de uma Providência beneficente” (Freud, 1927/2006, p. 63).

Desde o seu “Projeto para uma psicologia científica” (1895), Freud tratou da temática do desamparo. Ele nos diz que “o desamparo inicial dos seres humanos é a *fonte primordial* de todos os *motivos morais*” (Freud, 1895/2006, p.370 – grifos do autor). Neste texto, ele sustenta que o processo desiderativo instaura-se a partir de uma experiência inaugural de satisfação propiciada pela intervenção benfazeja do outro. O caráter necessário dessa abertura ao outro funda-se, em última instância, no desamparo inicial do ser humano.

Em “Totem e tabu” (1912), ele explica como o indivíduo maduro vê no estado de desamparo do recém-nascido a possibilidade de um “perigoso poder”, o que fará com que este se torne um tabu. Ele nos traz a condição de desamparo como uma impossibilidade de defesa do recém-nascido em face do desejo onipotente do outro. O desamparo, que até então provinha somente da excitação interna da necessidade não satisfeita, agora tem uma outra dimensão: do adulto que ocupa uma posição assimétrica e de dominância em relação à criança, que é capaz de colocá-la na posição de objeto impotente (Pereira, 2008, p.149-150).

Mais tarde, em “Inibição, sintoma e angústia” (1925), Freud afirmará que o fato de sentir-se amado pelo “ser superior” representaria para o sujeito uma proteção contra todas as ameaças. Sendo assim, separar-se do protetor ou mesmo perder este amor corresponde ao maior dos perigos. Freud ressalta também neste texto a íntima relação do desamparo com a angústia. Ele confere ao trauma do nascimento um estatuto de angústia originária que vai se tornar arquetípica das demais situações de

angústia na vida do sujeito. Logo adiante, ele introduz no ego a “angústia-sinal”, como defesa contra a angústia originária do desamparo que se repete nas situações traumáticas.

Pretendemos com esta breve explanação localizar que o desamparo se apresenta na obra de Freud como um fenômeno psíquico complexo, assumindo um lugar de ambiguidade e intimamente ligado ao desejo do sujeito.

Fazendo um breve recorte sobre a prática no hospital, como nos aponta Rocha (2007), um avanço se faz pertinente para pensarmos sobre o sujeito que está internado no hospital geral. Segundo ele, podemos situar o desamparo da seguinte forma:

Nesse sentido, o desamparo em jogo na experiência de um indivíduo internado numa instituição hospitalar não se reduz à dimensão instrumental de um circuito de satisfação promovido a partir de ajuda alheia. O reaparecimento do desamparo é agora atravessado pela dimensão do fantasma, dos arranjos imaginários sobre os quais se arvora a posição do sujeito diante do Outro (Rocha, 2007, p.112).

Essas considerações acerca dos arranjos imaginários serão de fundamental importância para que possamos formalizar a intervenção em situação de urgência. Retomaremos adiante.

Em seu extenso trabalho de pesquisa sobre a temática do desamparo, Pereira (2008) afirma que “o desamparo infantil implica uma abertura desde o início do bebê para o mundo adulto. Esse encontro primordial inscreve-se definitivamente como processo de desejo. O desejo surge no mesmo lugar onde anteriormente tinham-se manifestado o desamparo e a impotência” (p.137). Isso colocaria o ser falante permanentemente numa “condição de desamparo”, materializada em última instância na forma concreta da falta de garantias ante as forças da natureza e as incertezas do futuro, por exemplo. Assim, “o funcionamento psíquico sempre e necessariamente deixa de fora um resto não representável que se constitui (...) como possibilidade

inerente de desabamento da organização psíquica” (Pereira, 2008, p.201). Não haveria, portanto, garantias definitivas contra a instalação do traumatismo.

Por outro lado, Freud vai denominar de “situação de desamparo” o estado particular de passividade e de impotência do aparelho psíquico em dar conta de uma experiência de transbordamento, de uma impotência do aparelho para enfrentar o crescimento da excitação pulsional já enfrentada pelo sujeito no nascimento.

A partir destes conceitos, Pereira (2008) faz uma aproximação entre pânico e desamparo:

a tese que, portanto, pretendemos sustentar é a de que o pânico constitui uma modalidade particular de confrontação do sujeito com o desamparo fundamental [*Hilflosigkeit*] dizendo respeito à linguagem. Propomos que o pânico é o estado afetivo que se instaura quando o aparelho psíquico, vendo-se radicalmente confrontado com a *Hilflosigkeit* – sua dimensão de desamparo fundamental – descobre, com terror, que o lugar onde esperava encontrar a presença concreta de um fiador da estabilidade do seu mundo, está fundamentalmente vazio. Tal confrontação, para resultar no pânico, implica dois pressupostos: 1) que aquilo que não pode ser simbolizado diz respeito a um gozo sexual ancorado no real do próprio corpo. 2) que até o momento do desencadeamento das crises, a dimensão de desamparo da linguagem havia sido ‘tamponada’ naquele sujeito pela presença concreta de ‘objetos fiadores’ que permitiam a manutenção inalterada de uma ilusão de estar totalmente protegido por um ser onipotente, imortal e benfazejo. Por vezes, a própria questão da falta de garantias sequer chega a ser colocada. O pânico instaura-se num momento de derrocada desse sistema de ilusões. Nessas condições, o ataque de pânico constitui um pedido desesperado de socorro dirigido a este ‘Outro pré-histórico e inesquecível que ninguém poderia igualar’ de que falava Freud, para que venha de novo ocupar este lugar onde faltam as respostas últimas a respeito do sexual do corpo. Dessa forma, a ausência desse ser portador de todas as certezas é tratada como se fosse algo de contingente e não de necessário (p.37-38).

Partindo da contribuição acima podemos realizar também uma breve aproximação entre as situações de urgência subjetiva relatadas e a hipótese acerca do pânico sustentada pelo autor. Já alguns anos antes, ele nos traz a descrição do

transtorno de pânico como um novo recorte do quadro clínico descrito por Freud como neurose de angústia (Pereira, 1997).

Temos aí também colocada uma situação em que o sujeito se vê confrontado com o limite do simbólico em dar conta de um encontro com o real, e este limite passa a ser vivenciado como ameaça iminente do aniquilamento do próprio sujeito.

2.4 Temporalidade e urgência

Um tema central na clínica da urgência é a dimensão do tempo. De um lado, a demanda de resolver “urgentemente” e sem recursos, mas de forma absolutamente eficiente, coloca com frequência os profissionais diante de suas próprias urgências. Do outro lado, o sujeito que não “sabe”, não “entende”, não se reconhece no ato realizado, na crise ou nos sintomas corporais se apresenta num “não há tempo”, uma pressa por concluir característica da urgência.

É interessante pensar sobre esse “não há tempo” a que se refere o sujeito, já que muitas vezes seu padecimento tem meses ou mesmo anos de evolução. Mas quando o impossível torna-se fato, o sujeito é confrontado com o caráter de ficção de sua estrutura: passado e futuro se misturam, e o tempo presente fica sem possibilidade de se inscrever. A dimensão do tempo subjetivo fica, portanto, comprometida.

São diversas as concepções do que é o tempo, mas sem dúvida a noção mais privilegiada tem a ver com o tempo em sua dimensão de duração: é o tempo que “passa”, linear, cíclico. Freud com sua teoria vai subverter essa noção cronológica do tempo ao dizer, por exemplo, que o “inconsciente é atemporal”. Também, como já dissemos, ao formular a noção de trauma Freud nos traz dois momentos, um do acontecimento traumático propriamente dito e um segundo momento em que um

determinado acontecimento fará com que o sentido do primeiro seja revelado – por retroação – *a posteriori*.

Embora suas formulações apresentem um caráter subversivo, Freud não desenvolveu especificamente o tempo enquanto conceito, ele não especifica um “trabalho do tempo”, como fez com o trabalho do sonho e também com o trabalho de luto. Em Le Poulichet (1996) encontramos que Freud se refere a um processo – a análise – que se efetiva no tempo e precisa de tempo para ocorrer, mas não se vê tal dedicação, mesmo que possamos extrair de sua obra várias concepções de tempo que se articulam de forma direta com a análise.

Jô Gondar (1995) afirma que “o que podemos encontrar nas entrelinhas de Freud foram acepções variadas, e algumas vezes bastante heterogêneas entre si: uma ideia abstrata, proveniente do funcionamento descontínuo da consciência; uma lógica temporal *a posteriori*, regendo as operações inconscientes, e à qual poderíamos também referir a origem do sujeito e a memória filogenética; o tempo circular e irreversível da pulsão no psiquismo; o tempo puro e vazio da pulsão de morte. Seria empobrecedor criarmos artificialmente um plano de referência sobre o qual essas diversas concepções pudessem adquirir uma unidade” (p.127). A autora aponta que desde a “Carta 52” de Freud a Fliess, ele já dizia que a memória não se faz presente de uma só vez, mas ela “se desdobra em vários tempos”, afirmando a hipótese de criação e recriação constante de um passado segundo novas articulações. A temporalidade aqui não é sucessiva e nem se expressa “na determinação de um passado finalizado sobre o presente” (Gondar, 1995, p.47).

Diferentemente de Freud, Lacan apresenta um estudo sobre o tempo e relaciona a questão da temporalidade subjetiva com a lógica, no sentido de tomar o tempo como acontecimento lógico ao invés de situar os acontecimentos em um determinado tempo.

Ele nos diz que “A história não é o passado. A história é o passado na medida em que é historiado no presente – historiado no presente porque foi vivido no passado” (Lacan, 1953-1954/1986, p.21) e Sylvie Le Poulichet (1996) acrescenta:

Era preciso um acontecimento novo para que o acontecimento antigo ressoasse e tivesse acesso à presença. Ele já estava ali, mas chega repentinamente. É um já-ali que só toma corpo posteriormente. No campo psicanalítico, essa temporalidade organiza não apenas a constituição do sintoma no *só-depois*, pela via do recalque, mas também a historização do passado no presente. Esta não pode, efetivamente, assimilar-se à procura de um passado sepulto, que se estagnaria em alguma profundidade, como depósito inconsciente (...). Assim, a história não pode ser confundida com o passado, nem, aliás, com o vivido (p.18).

Um texto essencial sobre este tema no ensino de Lacan é “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada” (Lacan, 1998), no qual ele traz um sofisma onde um diretor de presídio convoca três prisioneiros e propõe a eles um teste em troca de sua liberdade: apresenta cinco discos, sendo dois pretos e três brancos, e fixa um disco branco nas costas de cada um dos três prisioneiros, sem que eles saibam qual a cor fixada em si próprios. O primeiro que identificasse a cor do disco que estava fixado em suas costas poderia sair pela porta, mas não lhes seria permitido conversar nem chegar perto de espelhos durante o teste, e o vencedor deveria explicar qual a lógica que o levou à conclusão sobre a cor do disco afixado em suas costas, não poderia apresentar sua conclusão apenas em motivos de probabilidade. Desse modo, eles teriam que deduzir a cor do disco sem vê-la, baseando-se somente nos discos que estavam fixados nas costas dos outros dois prisioneiros. O diretor explica ainda que eles têm “todo o tempo” para que seja feito o teste. Após um percurso lógico de raciocínio salientado por Lacan, os três prisioneiros, separadamente, explicam ao diretor um mesmo raciocínio e conseguem sua liberdade.

No sofisma apresentado, os prisioneiros só conseguem a liberdade após um percurso lógico salientado por Lacan: primeiro eles se olham – um instante de ver –,

depois formulam e colocam em dúvida suas soluções para o teste – um tempo de compreender –, tempos lógicos em que são capazes de calcular o disco que carregam em suas costas. Desse cálculo cada sujeito extrai sua certeza, mas apenas no momento de concluir, momento que se caracteriza pelo ato que cada um faz, extraíndo desse ato sua certeza, embora dedutível, ainda incerta.

Neste texto, segundo Lacan, há um tempo em que o sujeito se coloca em relação aos outros, para finalmente formular uma afirmação sobre si mesmo. Ele atinge sozinho algo de sua verdade, mas não o faz sem os outros, numa operação que deixa resto. “Eu afirmo ser homem, por medo de ser convencido pelos homens de não ser homem” (Lacan, 1998, p.213). Ele diz que há uma certa urgência, uma pressa pelo momento de concluir. Mesmo tendo “todo o tempo” para que seja feito o teste, caso algum dos prisioneiros não se apresse ele não conseguirá sua liberdade. Caso um acerte antes ele não terá mais tempo.

Da mesma forma, podemos transpor para a prática hospitalar nos apropriando do exemplo que Lacan nos traz: “Eu afirmo ser doente por medo de ser convencido que não sou doente”. Há uma certa urgência por um diagnóstico, um número que o defina ou possa dizer de sua condição a partir de um vazio com o qual o sujeito é confrontado na situação da internação. A ciência médica baseada em evidências fornece significantes com os quais o sujeito se identifica de forma maciça em sua ânsia de significar o vazio de sua condição. Mas não se encontra nesses números, nessas entidades diagnósticas um sentido.

De acordo com Rocha (2007), “os números, as estatísticas, as tabelas e as entidades diagnósticas não coincidem com quaisquer elementos discursivos, dos quais se poderiam esperar efeitos de produção de sentido. Há um vazio insuportável no cerne da verdade com que lida a ciência médica” (p.113).

Mas então o que o analista pode fazer no hospital? Rocha (2007) nos diz das táticas das quais o analista pode se servir para intervir:

A principal delas, e que aqui deve ser salientada, é aquela de produzir o corte, sustentar a emergência do vazio, do intervalo entre os significantes, que faça aparecer a contingência: o resultado imediato pode ser o da produção da angústia, uma vez que o sujeito passa a ficar permeável ao real de sua patologia. Cria-se, contudo, a via para romper seu imobilismo, sua repetição. Ele pode, então, desidentificar-se do caráter maciço de sua posição fantasmática (p.114).

Vários autores apontam, contudo, para o cuidado que devemos ter na situação de urgência com essa posição que tem como efeito a produção da angústia. Há um certo “cálculo” que precisa ser feito uma vez que estamos diante de sujeitos muitas vezes já atravessados por questões que durante toda a vida tentamos evitar: nosso desamparo e finitude. A psicanálise, afinal, não é só assunto de corte, mas também de costura. “Podemos identificar o acontecimento, a emergência do inconsciente, com o corte... Mas será necessário que haja uma superfície, um tecido, o discurso, para que haja o corte... O analista-tecelão permite ao sujeito fazer a costura, recompondo o tecido rompido acrescentando algo novo no seu fiar...” (Coelho et al, 2006, p.114).

Retomando a temática da temporalidade, como nos aponta Machado (2011) em seu trabalho de pesquisa sobre o lugar do psicanalista nos hospitais gerais:

É na urgência do movimento lógico que o sujeito precipita seu julgamento e seu ato. Esta é a função da pressa. O sofisma demonstra que, se no tempo para compreender o raciocínio que antecede uma decisão pode-se elaborar uma lógica intersubjetiva, o momento de concluir ocorre num instante de decisão em que o sujeito se desprende da suposição atribuída ao outro. Nesse sentido, é no momento da hesitação dos outros prisioneiros, na suspensão de seu saber, que se precipita à decisão num ato que confirma e produz a asserção do sujeito. O momento de concluir é o ato do sujeito quando, após o tempo para compreender que não há como assegurar no Outro um saber sobre si mesmo – o momento lógico de dedução da impossibilidade de resposta no Outro –, ele se separa, ato que cumpre sua asserção de sujeito (...). Na asserção, o que constitui a singularidade do ato de concluir é a antecipação da certeza; daí o termo proposto por Lacan ‘certeza antecipada’. A antecipação da certeza é

motivada pela tensão corporal e se confirma numa precipitação lógica a descarga dessa tensão para chegar-se à conclusão do sofisma (...) O que se evidencia é que a tensão traz em si a certeza e, no ato de concluir, trata-se de arrancar a certeza implicada nessa tensão (p.126).

Pensando em nossa prática no hospital geral, a situação de urgência subjetiva coloca o sujeito numa situação de desamparo, diante da qual ele reage, com frequência, de duas formas distintas: fica estagnado no instante de ver, sem condições de inscrever no simbólico aquele excesso; ou apressa-se para o momento de concluir, numa tentativa de aliviar aquela situação de desamparo de forma rápida.

Le Poulichet (1996, citando Lacan, 1957/1998, p.521) nos diz desse momento de um “acidente do instante”, quando parecem surgir para o sujeito a sua perturbação e a sua verdade pontual, quando ele não está submetido à resistência do eu e saberá que está “onde não pensa e aonde não está” (*sic*, p.80). Entretanto, ela adverte que essa experiência, do instante como acidente, não é o “instante catastrófico”: nesta experiência não haveria somente uma perturbação para o sujeito, mas um certo rompimento do laço com o Outro e a perda dessa cena imaginária:

No instante catastrófico, não se trata apenas de um confronto com a deficiência ou com a privação que se faz o tempo, pois a cada passagem do instante para o instante – à qual se reduzem então o eu e o tempo – um buraco, onde o eu poderia verdadeiramente desaparecer, parece abrir-se: ali, ele não pode pintar as passagens nem dar-lhes o rosto de um laço entre o sujeito e o objeto (Le Poulichet, 1996, p.80).

A autora define este instante como o “presente urgente de um *desenlace*”, um nó que se desata, um laço que afrouxa. Essa abertura do instante catastrófico agiria então como um “buraco no tempo”, que vai sugar o eu e desfazer sua superfície. Passado e futuro são aspirados e uma das saídas possíveis apontadas por Le Poulichet seria o sujeito passar ao “instante do ato” e saltar realmente no buraco. O ato seria essa tentativa para deter o instante catastrófico e impedir o aniquilamento completo do eu.

Quando o ato fracassa em dar um fim, um fechamento para este buraco a outra saída possível seria preciso que a catástrofe começasse a ter um lugar na particularidade do sujeito. Seria preciso transferir a catástrofe para um lugar onde se possa delimitá-la, como afirma a autora:

E primeiramente: as imagens, a angústia e as palavras que faltaram para prevenir a catástrofe poderão vir pela primeira vez, no anacronismo, preparar o que no entanto já se produziu. Apenas então o eu poderá, de modo diferido, antecipar a catástrofe, antes de poder reconstruir lentamente a trama de uma realidade e sair do instante catastrófico, reencontrando um passado e um futuro (Le Poulichet, 1996, p.18).

Le Poulichet faz uma distinção entre o trauma – inerente à constituição do sujeito – e o encontro traumático com o impossível posto em jogo nessas situações-limite, dizendo que a segunda vai promover uma reabertura da primeira. Seria como um rebatimento *a posteriori* do encontro traumático sobre o trauma que coincide com um fechamento *a priori* do trauma por um encontro traumático, promovendo a fixação do sujeito neste lugar e nos significantes que o nomeiam.

A saída de recolocar as palavras do sujeito no campo imaginário aberto pela relação com um analista promoveria uma reabertura parcial do trauma e a delimitação de um impossível, instaurando “uma distância entre os encontros traumáticos e o trauma inerente à condição da subjetividade, essa distância permitindo à história entrar no tempo para contar o sujeito de outra forma” (Le Poulichet, 1996, p.100).

Indicaremos a seguir situações que referendam as duas formas de apresentação da urgência propostas, de sideração do sujeito e de uma certa distorção de sua cena imaginária.

Numa primeira situação, um membro da família de Marta (nome fictício) que estava internado no CTI morre e ela é chamada ao hospital para receber a comunicação pessoal do médico de plantão. Chega com terços e impressos com orações e imagens

de santos, dizendo ao médico que está certa de que Deus vai curar seu familiar. Quando recebe a notícia de óbito, emudece e fica sem reação, e quando perguntada pelo médico se ela “tem alguma dúvida”, responde negativamente só acenando com a cabeça. Após alguns minutos dentro do CTI, sai ainda silenciosamente e assenta-se na sala de espera, fora da Unidade. Diante do silêncio prolongado, um profissional da equipe oferece água para Marta, que responde agressivamente e deita-se no chão, gritando repetidamente “por que, meu Deus!”, com os olhos fechados. O psicanalista é chamado e, ao se deparar com a cena, pega Marta e assenta-a na cadeira novamente, chamando-a pelo nome. Ela abre os olhos e diz em seguida, agora olhando para o psicanalista: “É difícil demais, será que eu vou suportar?”. Fecha os olhos novamente e, após alguns minutos em silêncio, sai acompanhada de um membro da família.

Numa segunda situação, o médico dá uma notícia para a família de um paciente que acaba de sofrer um acidente vascular cerebral hemorrágico – AVC. Na família havia diversos médicos e alguns deles trabalhando na mesma clínica que o cirurgião responsável pelo caso. Diante da gravidade do paciente e sua proximidade com os envolvidos, o neurologista solicita a presença do psicanalista no momento da notícia. Ele informa do risco iminente de morte, das complicações que poderiam advir da cirurgia e a possibilidade desta não ser realizada caso a família não concordasse. Diante da resposta positiva e diversos questionamentos por parte dos familiares, ele lembra que será importante esperar 48 horas após o procedimento para que seja definida qualquer conduta, já que nesses casos as primeiras horas são cruciais para a recuperação das funções perdidas com o AVC. Após a notícia, os familiares se retiram e um deles, que inclusive era também neurocirurgião, fala com os demais da necessidade de já se iniciarem as obras de reforma na casa do paciente, já que ele precisaria uma casa adaptada. Todos concordam e ainda dentro do CTI telefonam para um colega que realizará o projeto arquitetônico. O psicanalista aborda a família, com o pretexto de

falar sobre o que foi dito durante a notícia e, após uma certa resistência inicial, eles começam a repetir as falas do médico até que um membro da família pergunta aos demais (que são médicos) se o paciente pode mesmo morrer durante a cirurgia e como são essas tais “sequelas” que o médico disse. Faz-se silêncio e em seguida eles decidem adiar a “reforma”, vão aguardar mais alguns dias para ver se será mesmo necessária.

Em seu curso “Efeitos da psicanálise diante do risco de desumanização da medicina. Como (re)introduzir o sujeito, o simbólico, a consulta?”, proferido no 9º Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, o Prof. Jean-Richard Freymann nos apresentou elementos que ajudam na formalização dessas situações. Ele aponta que o processo de (re)humanização que permite passar por certas situações tem a ver com a simbolização, o processo de luto e certa relação que mantemos com o princípio do prazer: sem estes elementos provavelmente todos se suicidariam após passar por eventos traumáticos. Em tais situações, o que se observa é a possibilidade de aniquilamento do eu. Relembra que desde Freud e com Lacan o “eu” e o “sujeito” são entidades distintas, sendo que o “eu” tem a ver com a soma das identificações – como as camadas de uma cebola – e procura unidade. Por sua vez, o sujeito – inconsciente – deve lutar contra o “eu”, ele luta para ser dividido, ser um mosaico. Quando o “eu” se desfaz, o sujeito está lançado às suas pulsões, essa construção imaginária do eu está fora do jogo.

Pensamos que há uma dimensão do imaginário que seria a trama que confere um lugar ao sujeito, se ele está numa dimensão puramente pulsional/entregue ao ato, o imaginário está mesmo fora do jogo. Segundo Mohallem (2003), “na urgência não há sinal. Aquilo que deveria permanecer velado perde suas envolturas imaginárias, produzindo o encontro traumático” (p.27). Por outro lado, como nos aponta Rocha (2007), há casos em que o que ocorre seria somente uma transformação dessa cena

imaginária e não sua perda, o sujeito perde um certo lugar de referência frente ao outro, mas ainda não se configura uma ruptura do laço social.

Continuando com o raciocínio de Freyemann, o que é importante nesse momento não é trabalhar sobre o simbólico e, sobretudo, não sobre o real dos fatos, mas mobilizar o imaginário sustentando uma presença mais consistente ao lado do sujeito. Sustentado no último ensino de Lacan, ele nos diz que nessas situações o simbólico está diante do real, fazendo-se importante reintroduzir o imaginário, de uma certa compreensão, da construção de uma cena que possibilite ao sujeito se situar novamente diante do Outro. E como mobilizar o imaginário? Através da criatividade, ele nos diz: “Diante da irrupção do real, invente!”

Nas situações clínicas propostas, o psicanalista sustenta essa presença mais consistente em alguns momentos visando justamente à reintrodução do tempo de compreender, do tempo do significante, para que possa mobilizar o imaginário. Temos como efeito, no primeiro fragmento, uma nova conclusão a partir da escuta do analista, onde uma “verdade” antes deixada de fora se insere: a possibilidade de morte. No segundo fragmento, temos a reinserção do sujeito no campo do simbólico a partir de sua fala que se dirige a um outro novamente, mesmo que brevemente e, se podemos dizer, precariamente, o sujeito se situa novamente diante do outro para dirigir-lhe a palavra.

De qualquer modo, no encontro com o analista, introduzir a dimensão do pensamento – do tempo para compreender – abre espaço para o movimento dos tempos lógicos propostos por Lacan. Diante da sideração ou da demanda de concluir instalada na urgência, o analista introduz uma pausa, oferece um tempo para compreender o que se passa com aquele sujeito, sustentando, entretanto, o espaço para o sem sentido. Passamos “da conclusão antecipada que se plasma no ato à

reintrodução do tempo do significante e do sentido que havia sido ignorado” (Camaly, 2009, p.132).

O sujeito em seu encontro com o analista pode então alcançar uma verdade que vai ser novamente submetida à prova da dúvida, mas que não poderia se submeter se não alcançasse primeiro algo dessa verdade. “Se não é o desejo de educar nem de dominar que sustenta a ação, o desejo do analista impõe ao saber desprender-se da pressa de concluir, desprender-se do *furor curandis*” (Nepomiachi, 1989, p.60).

Sobre este tema Inés Sotelo (2009) afirma que, nesse momento da urgência, sustentar certa objetividade – com perguntas como: “O que aconteceu? Como chegou aqui no hospital?” ou “o que você pensa que pode ajudá-lo neste momento?” – abre o espaço necessário para que o sujeito possa trazer alguns dos significantes que posteriormente se enlaçarão na transferência:

O convite para construir um relato, localizar a aparição da urgência e sua relação com acontecimentos da vida, possibilita começar a armar uma trama [...] a urgência começa a fazer-se própria. [...] O analista o orienta a vincular o atual com momentos cruciais de sua história, formulando-se algumas hipóteses, mesmo que provisórias e destinadas a perder-se (Sotelo, 2009, p.27).

Sabendo disso, o analista poderia então dispor de certa objetividade que possibilite, como citado nas situações clínicas, “criar condições de escutabilidade”, sabendo, no entanto, que sua objetividade é verdadeiramente outra. Com efeito, a “objetividade” de um analista consiste, principalmente, em uma determinada posição ética, face à sua própria subjetividade.

Nas situações clínicas propostas neste capítulo, a intervenção do analista parece ter produzido algum efeito de apaziguamento no sujeito justamente por apontar para esse lugar do contingente, fora de sentido, para que o sujeito possa se localizar no que se refere ao horizonte de sua demanda.

Embora o convite seja para construir um sentido acerca do traumatismo, a presença do analista se faz pela via da sustentação de um enigma para o sujeito, apontando para este algo de inominável, fora do discurso – você pode não saber o que está se passando que vai ter alguém aqui para escutá-lo – indo em uma direção avessa à do discurso médico, onde tudo precisa necessariamente ser nomeado, onde o real precisa ser literalizado sem resto, como apresentaremos no capítulo seguinte.

3 A PRÁXIS³ DA PSICANÁLISE NO HOSPITAL GERAL

3.1 Psicanálise e medicina

As formulações de Lacan nos permitem uma reflexão acerca de qual seria – como ele mesmo já indicou – “O lugar da psicanálise na medicina” (Lacan, [1966]2001):

Este lugar atualmente é marginal e, como já escrevi em várias ocasiões, extraterritorial. Ele é marginal por conta da posição da medicina com relação à psicanálise – ela admite-a como uma espécie de ajuda exterior, comparável àquela dos psicólogos e dos outros distintos assistentes terapêuticos. Ele é extraterritorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar esta extraterritorialidade (p. 8).

Neste mesmo texto ele faz uma reflexão acerca da passagem da medicina para o plano da ciência, afirmando que “a medicina entrou em sua fase científica no ponto em que um mundo nasceu, mundo que a partir de então exige os condicionamentos necessários na vida de cada um à medida da parte que cada um desempenha na ciência, presente a todos em seus efeitos” (Lacan, [1966]2001), p. 9).

Em “A Ciência e a Verdade”, texto escrito no mesmo período, Lacan formula a seguinte equação: “o sujeito sobre quem operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência” (Lacan, [1965-66]1998, p.873). A partir dessa equação Jean-Claude Milner (1996) nos traz uma valiosa contribuição, enunciando três afirmações: “1. que a psicanálise opera sobre um sujeito (e não sobre um ‘eu’); 2. que há um sujeito da ciência; 3. que estes dois sujeitos constituem apenas um” (p.28). Após um percurso

³ O emprego do termo *práxis* faz referência à resposta de Lacan à questão sobre o que é uma práxis: “Parece-me duvidoso que este termo possa ser considerado como impróprio no que concerne à psicanálise. É o termo mais amplo para designar uma ação realizada pelo homem, qualquer que ela seja, que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico. Que nisto ele encontre menos ou mais imaginário tem aqui valor apenas secundário” (Lacan, 1985[1964], p.14).

lógico, sustenta que a equação de Lacan depende de uma hipótese, que Milner nomeia “hipótese do sujeito da ciência”: “a ciência moderna, como ciência e como moderna, determina um modo de constituição do sujeito”, e continua, extraindo daí a definição do sujeito da ciência: “o sujeito da ciência nada é exceto o nome do sujeito, na medida em que, por hipótese, a ciência moderna determina seu modo de constituição” (Milner, 1996, p.29).

Milner (1996) afirma que há em Freud e em Lacan uma teoria da ciência. Contudo, diferentemente de Freud, onde encontramos um assentimento conferido ao ideal da ciência⁴, a teoria lacaniana da ciência incide sobre outra coisa: Lacan não vai acreditar nesse ideal da ciência *para a psicanálise*. Ele diz:

Em relação à operação analítica, a ciência não desempenha o papel de um ponto ideal – eventualmente afastado ao infinito; em estrito rigor, ela não lhe é exterior; ao contrário, ela estrutura de maneira interna a própria matéria de seu objeto [...] já que não há ideal da ciência em relação à psicanálise, tampouco há para ela ciência ideal. A psicanálise encontrará em si mesma os fundamentos de seus princípios e métodos. Melhor, ela se verá suficientemente segura para poder questionar a ciência (p.31).

O autor prossegue trazendo a primeira característica que podemos identificar na teoria lacaniana da ciência, onde a ciência é essencial à teoria da psicanálise e, por isso, não se coloca diante dela como ideal (Milner, 1996, p.32). Após um percurso acerca das concepções dos epistemólogos que fundamentam a visão lacaniana de ciência moderna (a saber, Koyré, Kojève & Popper) e sustentado na análise incansável de Lacan do “*Cogito cartesiano*” (Lacan, [1957]1998, Lacan, [1965-66]1998), Milner coloca o que

⁴ Milner (1996) afirma que este ideal fundamenta o voto de que a psicanálise seja uma ciência. Como ideal da ciência entende-se por “um ponto ideal – exterior ou infinitamente distante – para o qual tendem as linhas retas do plano e que ao mesmo tempo pertence a todas e nelas nunca se encontra”. Diferencia daquilo que chamaria de ciência ideal, “a qual ‘encarna’ de maneira variável o ideal da ciência: determinação estritamente imaginária, exigida a fim de que representações sejam possíveis” (Milner, p.30).

chama de *cartesianismo radical de Lacan*, a partir do qual faz uma correlação cronológica e um parentesco discursivo entre o sujeito da ciência e o sujeito freudiano:

A argumentação é a seguinte: a física matematiza e elimina todas as qualidades dos existentes [...] uma teoria do sujeito que pretenda responder a tal física deverá, ela também, despojar o sujeito de toda qualidade. Este sujeito, constituído segundo a determinação característica da ciência, é o sujeito da ciência. [...] Correlato sem qualidades suposto num pensamento sem qualidades, vemos em que esse existente – chamado de sujeito por Lacan, não por Descartes – responde ao gesto da ciência moderna (Milner, 1996, p.33).

Como efeito, como nos aponta Iannini (2012) em seu extenso e cuidadoso trabalho de pesquisa, “Lacan sustenta que a ciência, por exigências de ordens metodológicas ou epistemológicas, até mesmo ideológicas, exclui o sujeito; enquanto a psicanálise, por um imperativo ao mesmo tempo ético e clínico, o acolhe” (p.217).

A medicina enquanto tecnociência é exercida por meio de um apelo à norma e exige do sujeito em tratamento que ele se aliene de suas escolhas. É-lhe exigido sacrificar aquilo que deseja, em benefício daquilo que lhe é devido fazer, em benefício de sua “recuperação” (Rocha, 2007). Grosso modo podemos dizer que, para seu bom funcionamento, o saber científico conta com um imperativo metodológico de objetividade e universalidade. Por este motivo, tem como direção reduzir as desordens da subjetividade e integrá-las em sua ordem, nomeando-as e classificando-as numa operação sem resto. Temos um discurso que visa a excluir a subjetividade tanto do médico – que o enuncia – quanto do paciente – seu ouvinte. Assim, “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*”, como nos aponta Clavreul (1983, p.11). A relação possível seria *medicina-doença*, ou *instituição médica-doente*, como nos propõe Moretto (2002, p.65), na medida em que no campo

do ideal tanto o médico quanto o paciente estariam desprovidos de subjetividade no discurso médico⁵.

O trabalho do médico consiste em descartar o que há de particular no discurso do sujeito para torná-lo legível. 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, 2002, p.69).

Contudo, o que observamos na clínica é um certo fracasso dessa operação, e é justamente por isso que o psicanalista tem lugar na instituição hospitalar: é quando algo da subjetividade retorna na relação do médico com o paciente que o médico se vê embaraçado, pois o saber no qual ele deve se apoiar não oferece respostas para o impasse que se apresenta diante dele. O diagnóstico, essa nomeação da doença, embora possa contribuir de forma decisiva para um alívio da angústia do sujeito que até então “não sabe o que tem”, tem como outra vertente o aprisionamento desse sujeito na medida em que o remete a uma ordenação simbólica advinda do outro. A resposta que esse sujeito dará à forma de tratamento dado à sua doença pelo discurso científico será crucial no sentido de criar o espaço necessário para a presença do analista. Conforme afirma Carvalho (2008), “se nos é possível localizar aqui um impasse, este é criado na relação entre o saber médico, isto é, o saber científico, e o modo como o paciente, por vezes, responde a esse saber” (p.37).

Embora produza cada vez mais um saber sobre o corpo humano e seu adoecer, quando se trata de lidar com o sujeito que habita este corpo a ciência se depara com a impossibilidade estrutural de oferecer uma resposta definitiva para o mal-estar. Por não estar incluído no discurso da ciência, esse algo da subjetividade que “resta” e “insiste”, na maioria das vezes, não é contemplado nos conhecidos protocolos médicos – documentos destinados à padronização de procedimentos que são dispostos para a

⁵ Retomaremos logo adiante esta temática da teoria dos discursos.

execução de uma determinada tarefa. Estes casos “fora do protocolo” médico põem a trabalhar profissionais de todas as áreas da saúde e causam, com frequência na equipe de saúde, um grande incômodo, justamente por revelar que há algo que o discurso médico não contempla e, portanto, a ele não responde. É nesse lugar que o psicanalista é chamado e é aí que sua inserção se faz possível nas equipes de saúde.

É importante salientar que, do ponto de vista da psicanálise, assim como quando se fala de corpo e organismo não se fala da mesma coisa, a entrada de um profissional na instituição hospitalar não necessariamente coincide com a inserção do psicanalista numa equipe. Como nos aponta Moretto (2006):

A entrada de um psicanalista numa instituição de saúde não corresponde, necessariamente, à sua inserção, assim como o lugar do psicanalista na equipe de saúde não corresponde a uma vaga disponível no quadro funcional da instituição. É um lugar que precisa ser construído de modo a que ele possa operar. Chamemos de inserção o processo de construção desse lugar (p.54).

Prosseguindo, a autora nos adverte que um passo fundamental do trabalho de inserção é a apuração da demanda da equipe e a resposta que o analista vai dar a esta demanda. O processo de inserção na equipe vai então depender muito mais de um ato do analista do que de um contrato que ele assina assegurando seu vínculo com a instituição, e estando neste campo, é algo que só se dá *a posteriori*. Não é possível dizer de antemão que alguém “vai se inserir” na equipe, uma vez que no campo da psicanálise podemos dizer de uma aposta.

A posição da equipe diante do surgimento da subjetividade também faz diferença nesta inserção, conforme nos aponta a autora: em uma equipe que considera a subjetividade ao invés de excluí-la, a inserção se faz de forma muito mais possível, já que quando a subjetividade é levada em conta a equipe não encaminha o paciente somente em decorrência de uma dificuldade, um impasse – motivo de todo encaminhamento – mas, além disso, endereça também uma demanda de saber ao

analista. “Portanto, encaminhar não é necessariamente demandar, no sentido de desejar saber, assim como procurar uma analista não é, necessariamente, desejar uma análise” (Moretto, 2006, pp. 60-61).

Então, a construção do lugar do analista na equipe só se faz possível como efeito do estabelecimento de um campo de relação transferencial no qual o lugar de onde opera o psicanalista não corresponde, necessariamente, ao lugar no qual a equipe o coloca. A inserção do psicanalista é efeito de sua posição, de sua presença no hospital, dois temas que serão trabalhados a seguir.

3.2 A posição do analista

O termo “posição” foi amplamente utilizado por Lacan ao longo de seu ensino, assim como os termos “posição do inconsciente”, “posição sexuada”, “posição subjetiva” etc. são empregados por ele em diversos textos. Ele se apropria de noções da topologia e se interessa principalmente pelas relações dos objetos com os espaços e suas propriedades.

Para Lacan, o estudo da topologia não se trata de construir um sistema de cálculos e notações que permitam situar os deslocamentos de um objeto no espaço, como se faz na geometria clássica. A ideia aqui é a de “descrever, levando-se em conta a invariância do objeto, o próprio espaço” (Granon-Lafont, 1990, p.12). Sendo assim, o objeto de estudo do topólogo não é o objeto em si, ele só se interessa por suas aparições ou seu trajeto na medida em que possibilitem a descrição de algum espaço particular. Da mesma forma que o sujeito em si não é o objeto da psicanálise, assim a

formiga⁶ também não é o objeto de estudo dos topólogos. Interessa muito mais a Lacan um estudo do espaço e das relações que o estruturam.

Miller aponta essa questão em seu texto intitulado “Diagnóstico e posição subjetiva”. Ao elucidar esse tema na psicanálise de orientação lacaniana, ele nos diz que “ir dos fatos aos ditos não é suficiente, um segundo passo essencial é questionar a *posição* tomada por quem fala quanto aos próprios ditos; e a partir dos ditos *localizar* o dizer do sujeito, retomar a enunciação (...) *lugar* em que está o enunciante *frente* ao enunciado” (Miller, 1997, p.236 – itálicos nossos). E mais à frente, no mesmo texto, diz que “*localizar* o sujeito consiste em fazer aparecer a caixa vazia onde se inscrevem as variações da *posição* subjetiva” (idem, p.247 – itálicos nossos).

No texto “Posição do inconsciente”, Lacan (1998[1960]) fala desse “lugar de onde isso podia falar”, sendo que este lugar em questão se trata da entrada da caverna que Platão nos guia para a saída⁷. Ele diz: “Mas as coisas são menos simples, porque essa é uma entrada a que nunca se chega senão no momento em que ela é fechada (esse lugar jamais será turístico) e porque o único meio de ela se entreabrir é chamar do lado de dentro” (Lacan, 1998[1960/1964], p.852).

⁶ Para construir uma Banda de Moebius, deve-se pegar uma faixa, abri-la, dar uma meia volta e religá-la a ela mesma. Assim se construirá um objeto com uma única face. Quando introduz o estudo da Banda de Moebius no *Seminário 10*, Lacan cita o exemplo da formiga. Ele nos diz: “Uma formiga que caminhe por ela passa de uma das faces aparentes para a outra sem ter necessidade de passar pela borda. Em outras palavras, a banda de Moebius é uma superfície de uma única face, e uma superfície de uma única face não pode ser virada. Se vocês a virarem sobre si mesma, ela será sempre idêntica a si mesma” (Lacan, 2005[1962-63], p.109). Essa metáfora ganha tamanho peso neste momento do ensino de Lacan que a imagem da banda com as formigas caminhando ilustra a capa deste seminário.

⁷ A alegoria da caverna é uma passagem clássica da história da Filosofia. Nela Platão discute sobre teoria do conhecimento, linguagem e educação na formação do Estado ideal a partir da história de prisioneiros que desde o nascimento são acorrentados no interior de uma caverna. Eles são posicionados de modo que olhem somente para uma parede iluminada por uma fogueira cuja luz projeta sombras de estátuas na parede. A ideia é dizer de como passamos a vida julgando apenas sombras e ilusões, desconhecendo a verdadeira realidade.

Lacan afirma ainda que a abertura dessa “caverna” é ter um efeito de fala, e que o modo de seu fechamento deve também ser considerado pelo analista. “A estrutura daquilo que se fecha inscreve-se, com efeito, numa geometria em que o espaço se reduz a uma combinatória: ela é, propriamente falando, o que ali se chama de uma *borda*” (Lacan, p.852). Para Lacan neste momento é o fechamento do inconsciente que fornece a chave de seu espaço, e que “a sexualidade se distribui de um lado a outro de nossa *borda* como limiar do inconsciente” (Lacan, p.863). Ele vai utilizar desses momentos de abertura e fechamento para dizer aqui de uma primeira operação de alienação do sujeito ao significante e sua separação, que ele descreve da seguinte forma: “Passemos à segunda operação, onde se fecha a causação do sujeito, para nela constatar a estrutura da borda em sua função de limite, bem como na torção que motiva a invasão do inconsciente” (Lacan, 1998[1960/1964], p.856).

No seminário “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” (Lacan, [1964]1985) ele retoma este tema, falando que a transferência é o fechamento do inconsciente. “A transferência é o meio pelo qual se interrompe a comunicação do inconsciente, pelo qual o inconsciente torna a se fechar. Longe de ser a passagem de poderes ao inconsciente, a transferência é, ao contrário, seu fechamento” (p.125).

Poderíamos citar aqui diversos exemplos e usos que Lacan e seus leitores fazem desses termos, mas não é nossa intenção neste momento um estudo aprofundado da topologia de Lacan ou dos termos citados, apenas justificar e contextualizar brevemente o leitor acerca de seu uso no ensino de Lacan.

Retomemos nossa discussão sobre a posição do analista no contexto hospitalar. Acerca das demandas dirigidas ao psicanalista, Guérin (1982) afirma que: “o médico demanda ao analista que ele conduza à perfeição o poder cuja experiência lhe revela não ser inteiramente de seu saber técnico. O médico lhe demanda um acréscimo de

poder, o poder terapêutico justificando as funções médicas” (pp.5-6). A “demanda de um acréscimo de poder” citada por Guérin nos faz pensar que o profissional esperado – “ideal” do ponto de vista da instituição – não é outro senão um “especialista da subjetividade”, capaz de garantir que a execução dos “procedimentos protocolares” não será interrompida devido à irrupção de algo dessa subjetividade. Guérin nos diz que a partir da demanda de mais poder colocada pelo médico, o analista propõe “preservar seu ‘lugar de ignorância’ em sua relação com o paciente” (p.6). Aqui o autor faz uma referência clara à noção de *ignorantia docta* proposta por Nicolau de Cusa⁸ e introduzida por Lacan desde o início de seu ensino.

Com Freud, em suas “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (2006[1912]), encontramos as raízes dessa ignorância proposta posteriormente por Lacan. Acerca das tentações que surgem da ambição educativa ou terapêutica, ele nos diz:

Mas quem não se tiver dignado tomar a precaução de ser analisado não só será punido por ser incapaz de aprender um pouco mais em relação a seus pacientes, mas correrá também perigo mais sério, que pode se tornar perigo também para os outros. Cairá facilmente na tentação de projetar para fora algumas das peculiaridades de sua própria personalidade, que indistintamente percebeu, no campo da ciência, como uma teoria de validade universal; levará o método psicanalítico ao descrédito e desencaminhará os inexperientes [...] O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado (Freud, 2006, p.131).

No seminário Os Escritos Técnicos de Freud ([1953-1954]1986), Lacan nos diz que a posição do analista é a de ignorância, mas se trata de uma ignorância que conhece seus limites: “se é verdade que o nosso saber vem dar socorro à ignorância do analisado, nem por isso deixamos de estar, nós também, na ignorância, na medida em

⁸ Nicolau de Cusa (O Cusano) [1401-1464] foi um renomado filósofo e teólogo renascentista. A *douta ignorância* (Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, 248p.) é um de seus mais importantes escritos.

que ignoramos a constelação simbólica que mora no inconsciente do sujeito” (Lacan, [1953-1954]1986, p.81). Mais no final do livro Lacan adverte que “no analista também convém considerar a ignorância” (p.316), e prossegue dizendo que “a posição do analista deve ser a de uma *ignorantia docta*, o que não quer dizer sábia, mas formal, e que pode ser, para o sujeito, formadora” (p.317). Em um escrito do mesmo período, para concluir o texto “Variantes do tratamento padrão”, ele afirma que “a análise só pode encontrar sua medida nas vias de uma douta ignorância” (Lacan, 1998[1955], p.364).

A posição do analista é a de quem sabe que há algo do inconsciente que determina o sujeito – e algo que o próprio sujeito desconhece –, mas ele não pode saber exatamente o que determina o sujeito que está diante dele. Está colocado o limite do saber do analista, ele depende da fala do sujeito, está condicionado a que o outro o autorize para que possa então ocupar seu lugar. Posição avessa à do médico, de quem é exigido que tenha um saber sobre o que afeta o doente.

No *Seminário 17*, para dizer da posição do analista, Lacan vai retomar o tema da ignorância pretendendo localizar um ponto de não saber, de “ignorância feroz” já trazido por Freud com seu conceito de recalque primário. Segundo Lacan, a ignorância feroz do Deus de Abraão, Yahvé, inaugura o discurso do mestre. Ele faz uma referência ao texto “Moisés e o monoteísmo” (Freud [1934-38]2006), afirmando que Freud procurou chegar a este ponto de “saber que não se sabe”, correlato ao conceito freudiano de recalque primário. Contudo, firma que a posição do analista “seguramente” não deve ser a mesma de Yahvé, aproximando a psicanálise do budismo na perspectiva em que se recomenda purificar-se das três paixões fundamentais: o amor, o ódio e a ignorância. “Este é o único sentido que se pode dar à neutralidade analítica, é a não participação nessas paixões. Isto faz com que ele fique todo o tempo

numa região incerta, vagamente em busca de ficar sintonizado...” (Lacan, 1992[1969-1970], p.128).

Diante dessa questão, temos uma importante contribuição com o trabalho de Moretto (2002), que afirma: “Diante do ainda desconhecido, uma coisa eu sabia, e isso me deixava tranquila; só tinha que escutar, observar. Porque um analista pode não saber o que fazer, mas o que não fazer, isso, seguramente, ele sabe” (p.20-21).

Assim, diante da demanda de “fazer alguma coisa” colocada pela equipe, o psicanalista responde deste lugar de ignorância, sustentando o espaço necessário para que o sujeito possa existir com seu saber inconsciente.

Continuando com a questão da formalização do lugar do analista, ainda no *Seminário 17* Lacan trata de um outro tema de grande valia para auxiliar a leitura dos elementos que estão em jogo quando surgem tais impasses no hospital geral. É a formulação lacaniana sobre a teoria dos discursos, que pode nos auxiliar numa leitura da natureza dos impasses que surgem na relação que o paciente estabelece com o médico, com o saber da medicina e com sua enfermidade. Assim como a própria questão do lugar da psicanálise na medicina, este tema é extenso e não é nossa pretensão esgotá-lo. Pretende-se fazer um breve recorte sobre o importante avanço de Lacan em seu seminário “O avesso da psicanálise” (Lacan, [1969-1970] 1992) e uma revisão de pesquisas recentes sobre o tema, das quais foram selecionados dois trabalhos que têm como eixo central de pesquisa a questão dos discursos na instituição hospitalar (Carvalho, 2008 & Melo, 2009).

Falar de discursos neste momento da obra de Lacan não se limita a falar dos laços que regem as relações entre as pessoas, no sentido de uma relação entre duas subjetividades. Ele localiza, desde o início de texto, que aqui se trata das relações entre o sujeito e o Outro, onde cada posição do sujeito em cada um dos discursos diz respeito

ao sujeito do inconsciente. O próprio título do Seminário, “o avesso da psicanálise”, comporta uma proposta de tomar o projeto de Freud pelo avesso, “tomar a psicanálise a partir de um discurso sem palavras” (Rodrigues, 2010, p.27), visando a um campo mais além daquilo que pode ser tratado pela palavra, marcado pela impossibilidade de tudo-saber, de tudo-dizer e propondo saídas para que se saiba operar com esta falta estrutural. Mesmo se fazendo representar por um significante, o que o sujeito é não pode ser abordado por um discurso com palavras, pois ao ser nomeado o sujeito perde sua condição para se tornar desde já objeto da linguagem.

Lacan formaliza esse discurso sem palavras fazendo uso de quatro letras e quatro lugares, tomando como ponto de partida o discurso do mestre, passando pelo discurso da histérica, pelo discurso universitário e finalmente pelo discurso do analista⁹. Ele o faz numa articulação entre o sujeito do inconsciente e o saber a partir de quatro posições fixas, que estão presentes em todos os tipos de laço social. Trata-se de uma relação em que os elementos da expressão mantêm uma certa relação entre si, uma relação lógica. A importância dos elementos se dá aqui pelo lugar que ocupam em relação aos outros, e não pelos elementos por si mesmos. São eles:

$$\frac{\textit{agente}}{\textit{verdade}} \rightarrow \frac{\textit{Outro}}{\textit{produção}}$$

A barra aponta a separação entre o que é da ordem do consciente (acima da barra) e inconsciente (abaixo da barra), marcando a existência da operação do recalque e também para uma impossibilidade de se traduzir a verdade inconsciente do sujeito.

⁹ Posteriormente, ele formula o discurso do capitalismo, que, embora já tenha sido abordado de forma indireta, tivemos como direção não privilegiar este conceito no trabalho.

Os discursos são compostos por quatro termos, letras ordenadas de quatro formas diferentes. Cada discurso possui sua configuração própria de acordo com a posição dos termos. São eles: S_1 , S_2 , $\$$, a .

Melo (2009), em sua pesquisa sobre “A questão dos discursos na instituição hospitalar a partir da psicanálise lacaniana”, relembra que o S_1 toma vários sentidos no ensino de Lacan: significante mestre, significante primeiro, traço unário, significante da lei, Um, Nome do pai, falo simbólico e significante unário. Mesmo não possuindo significação em si mesmo, o S_1 é necessário para a formulação da cadeia significante e pode representar um sujeito para outro significante.

O S_2 é o significante binário, o saber, a cadeia significante.

O $\$$ corresponde ao sujeito que sofre a incidência da linguagem, passou pela castração e por isso é dividido e marcado pela impossibilidade de completude.

O objeto a representa o que resta como efeito da operação entre os significantes. É o resto decorrente de um registro simbólico claudicante, incapaz de dizer de toda a verdade do sujeito. Adquire diferentes nomes e sentidos de acordo com sua posição no discurso: como mais-de-gozar – na medida em que prende um sujeito a outro, mesmo que contra a sua razão – ou objeto causa-de-desejo no discurso do analista.

Lacan chamou o objeto a de “seu único invento” na psicanálise. No *Seminário 10* [1962-1963/2005] ele nos diz:

Esse objeto, nós o designamos por uma letra (...) designar esse pequeno a pelo termo ‘objeto’ é fazer um uso metafórico dessa palavra, uma vez que ela é tomada de empréstimo da relação sujeito-objeto, a partir da qual se constitui o termo ‘objeto’. Ele é certamente apropriado para designar a função geral da objetividade, mas aquilo de que temos que falar mediante o

termo a é, justamente, um objeto externo a qualquer definição possível da objetividade (pp.98-99).

Quando elabora o conceito de objeto a Lacan tem em vista dar corpo a essa falta de um “objeto natural”, a essa perda estrutural de uma completude que o sujeito acredita já ter tido e que passa sua vida buscando uma parte “perdida” de si mesmo. Freud já falava desse tema desde o “Projeto”, quando dizia da experiência de satisfação, e o ineditismo de Lacan está na formalização desse conceito sobre esse algo do inconsciente que determina o sujeito e que o próprio sujeito desconhece, que não é possível de se apreender pela via da linguagem.

A partir desses elementos ele traz, inicialmente, os quatro discursos, fazendo uma referência às três profissões impossíveis apontadas por Freud em seu texto “Análise terminável e interminável” (2006[1937]): a de governar – discurso do mestre; a de educar – discurso universitário; a de analisar – discurso do analista; e acrescenta mais um impossível: o de se fazer desejar – discurso da histérica. Marca com isso o ponto de impossibilidade em cada uma das estruturas discursivas, aquilo da ordem do real que não é totalmente capturável. Vamos lançar luz resumidamente a esses lugares e sua relação:

Discurso do Mestre	Discurso Universitário
$\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$	$\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$
Discurso da Histérica	Discurso do Analista
$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$	$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$

O discurso do mestre é marcado pela vontade de domínio (mestria), “o S_1 nele funciona como significante imperativo, que desconhece a verdade da sua determinação e a sua unidade impossível” (Rabinovich, 2001). Temos aqui uma posição discursiva

caracterizada pela tentativa impossível de tudo governar, que é apresentada ao outro como o saber que satisfaria seu desejo. Entretanto, revela-nos a impotência do senhor para captar o seu próprio objeto causa de desejo, que aparece separado de sua verdade subjetiva; desconhecendo o seu desejo e a sua divisão, não reconhece a sua falta. “A verdade da sua castração impede que a dominação do senhor seja completa, embora ele permaneça mandando, insistindo na sua autoridade. Neste sentido, percebe-se a repetição freudiana e a dificuldade do ser falante em lidar com a sua divisão” (Melo, 2008, p.97).

Com um quarto de giro, temos no lugar de agente no discurso da histórica o sujeito barrado com a sua falta explicitada. “O sintoma é o que se apresenta na posição de dominância e por isso a discursividade é marcada por um pedido de decifração” (Melo, 2008, p.100). Este é também o modelo do discurso do analisando. A histórica se coloca nas mãos do mestre para que este lhe forneça o significante mestre de seu destino, e acaba confundindo-o com esse significante. “Enquanto objeto do desejo do mestre cria um homem animado pelo desejo de saber, buscando nele seu S_1 , torna-se o seu objeto de desejo e cria assim um senhor sobre o qual reinar” (...) “Sustenta na sua linha superior a função do pai idealizado para, na linha inferior, mostrar a queda dessa idealização através da incapacidade do saber em apoderar-se do objeto a , iluminando a castração do pai” (Rabinovich, 2001). Entretanto, a histórica solicita a decifração apenas para melhor rechaçá-la: o saber produzido pelo mestre não é aquele esperado, já que não é capaz de articular o objeto ao desejo, pois esse objeto está para sempre perdido. A histórica quer algo que lhe diga sobre a sua divisão, mas, contrariamente, o saber que se produz é vazio de sentido.

O discurso da universidade seria definido como a versão moderna do discurso do mestre. Aqui o saber ocupa o lugar de agente e na posição do outro para o qual o discurso se dirige se encontra o objeto a . É o lugar do estudante, ou, a -studante, que é

quem realiza todo o trabalho. “O Eu do mestre é a verdade do discurso da universidade, aquele que, sem o saber, obedece ao seu imperativo: saber mais ... Esse discurso gera um produto sintomal ($\$$), a decifrar” (Rabinovich, 2001). Na parte acima da linha temos a relação manifesta do processo educativo, que por ser impossível de se concretizar sem resto produz sintoma. Desse modo temos, na linha inferior, o sujeito dividido sem acesso direto ao S_1 que origina a sua própria divisão.

Embora não tenha apresentado uma fórmula para o discurso da ciência como fez para os outros cinco propostos anteriormente (discurso do mestre, da histórica, da universidade, da psicanálise e do capitalismo), Lacan o formula a partir do discurso do mestre e chega a dizer que ele é alicerçado no discurso universitário. Ele diz: “Será bom, será ruim esse discurso? Eu o etiqueto intencionalmente de universitário porque, de certa forma, é o discurso universitário que mostra por onde ele pode pecar, mas também, em sua disposição fundamental, é o que mostra onde o discurso da ciência se alicerça” (Lacan, [1969-1970]1992, p.97). Contudo, em “Televisão”, Lacan (1974/1993) o aproxima do discurso da histórica: “Concluo que o discurso científico e o discurso histórico têm *quase* a mesma estrutura” (p.40). Em seu seminário intitulado “O saber do psicanalista” ele afirma: “Não falemos do discurso histórico, é o próprio discurso da ciência. É muito importante conhecê-lo para fazer pequenos prognósticos. Isso não diminui em nada os méritos do discurso científico” (Lacan, [1971], s/p). Fazendo uma aproximação de nossa práxis no hospital, Carvalho (2008) afirma que “no que diz respeito aos protocolos médicos, talvez seja pertinente articulá-los com o discurso universitário. Este apresenta o saber, S_2 , no lugar dominante, o de agente. O saber colocado em lugar de mestre. Segundo Lacan, o discurso universitário traduz um prolongamento do discurso do mestre, mas do mestre em sua versão moderna” (p.34).

Sobre este tema recomendamos a leitura dos trabalhos de Carvalho (2008) e Melo (2009), que se dedicaram extensamente à articulação teórica da posição do psicanalista no hospital geral com a teoria dos discursos de Lacan.

O discurso do analista, tendo o objeto causa de desejo (a) no lugar de agente, seria o avesso do discurso do mestre, implicando numa renúncia a toda tentativa de governar, de dominação. “É um dispositivo através do qual se reproduzirá, para ser reencontrado pelo sujeito, ele ou os significantes fundamentais nos quais se viu capturado. A sua produção é, justamente, o S_1 , significante que dará ao sujeito a chave da sua divisão” (Rabinovich, 2001). O analista ocupa este lugar “ao alto e à esquerda” fazendo semblante do objeto a , revelando sua pouca consistência enquanto colaborador no advento e no reconhecimento do desejo inconsciente. Colocando-se nesta posição o analista não corresponde a uma pessoa ou mesmo a um ser:

Ele faz função de semblante do objeto, que aparece esvaziado de substância e que não é um objeto de gozo. Fazer semblante contempla a condição que mantém sua função de causa do desejo do analisante e de um canalizador de gozo, que desvela o verdadeiro lugar do gozo para o sujeito. Dessa forma, o a como semblante é causa vazia da divisão desejante e o analista se posiciona, quando chega o tempo de seu ato, “semblanteando” essa causa (Machado, 2011, p.60-61).

Com a noção de semblante desenvolvida a partir do *Seminário 17*, Lacan ([1969-70]1992) coloca o objeto numa zona limite entre o simbólico e o real, ele é o que faz crer que há algo ali onde não há nada. Afirma ainda que a posição do analista é feita “substancialmente do objeto a ” (p.40) na medida em que ele designa o que, dos efeitos do discurso, se apresenta como o mais opaco, como o efeito de rechaço do discurso. Lacan aponta ainda que se o analista “trata de ocupar esse lugar no alto e 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, 1992, p.50).

Em seu trabalho intitulado “Psicanálise e hospital – Se ao ‘a’ deve o analista chegar, por onde andava ele?” Decat de Moura et al (2007) apontam com elementos da clínica por onde passa o analista antes de ocupar seu devido lugar. Elas afirmam: “Na fenda entre os discursos é que o analista pode encontrar o seu lugar, os discursos precisam girar. E o analista ao chegar sem saber, fazendo semblante de quem sabe alguma coisa, recusando o lugar de mestre que a demanda o coloca, propicia o giro, o caminhar em direção ao lugar a que deve chegar” (p.130).

Mesmo trazendo uma formulação acerca do discurso do analista, as autoras nos lembram que Lacan diz mais adiante em seu ensino que na passagem de um discurso a outro há sempre a emergência do discurso psicanalítico, que ele não se reduz ao que foi descrito como discurso do analista num sentido estático, mas emerge em cada giro discursivo (Decat de Moura et al (2007, pp.130-131).

E como se dá esse giro? Voltemos à clínica: Sr. Marcos (nome fictício) tem um infarto e segue às pressas para o hospital. Quando chega ao CTI, já inconsciente e intubado, sua família é comunicada que sua chance de sobrevivência é fazer com urgência uma cirurgia para corrigir um problema no coração. O impasse se instaura quando o médico diz que a cirurgia também oferece riscos, e que a chance de sobrevivência nas condições atuais é muito pequena. A família inicia um “duelo” com opiniões diversas e motivos coerentes, mas sem chegar a um consenso. O médico lança um olhar ao psicanalista, que acompanha a cena. Diante da demanda do médico, o psicanalista intervém perguntando à família qual seria o desejo do Sr. Marcos. Após um período de silêncio, os familiares chegam a um consenso. Após a assinatura da documentação autorizando o procedimento, o médico diz que se fosse seu pai ele também autorizaria a intervenção cirúrgica. Os familiares podem então falar sobre o horror que está em jogo com a possibilidade da morte do Sr. Marcos e reinventar saídas possíveis diante da nova situação que pode se instaurar.

No fragmento citado o psicanalista ocupa em determinado momento um lugar de mestria, quando define qual o critério deve ser seguido para a decisão acerca da cirurgia. Mas, como não encarna este lugar do mestre, sustenta um espaço necessário para que o efeito de sua presença seja o de que a subjetividade seja autorizada: sua presença “traumática” no sentido não adaptativo propicia o giro discursivo enunciado por Lacan em seu seminário.

Quando dizemos desse efeito de “autorizar a subjetividade” não estamos falando somente do paciente ou dos familiares, mas de sujeitos. Interessante pensar que a partir da intervenção analítica o médico também está autorizado a falar de si e ouvir a angústia dos familiares presentes, pode sair de um lugar fixado de onde é o porta-voz de um saber estabelecido – o da ciência – para poder também dizer de si.

Sendo assim, jamais podemos pensar em um psicanalista no hospital que esteja fixado numa determinada posição. Na situação de urgência, como vimos anteriormente, algumas vezes é necessário ocupar um lugar de certa objetividade, que podemos chamar também de lugar de mestria, para dar ao sujeito condições de retomar sua condição. A diferença é que ele, o psicanalista, não fica neste lugar de quem sabe ou que tem uma resposta para dar ao sujeito sobre seu mal-estar, ele o ocupa temporariamente e em momentos estratégicos.

3.3 A presença do analista

No *Seminário 11*, para iniciar sua fala sobre transferência e pulsão, Lacan utilizou o termo “presença do analista”, extensamente trabalhado por Sacha Nacht e

igualmente criticado por Lacan: ele aponta que no texto de Nacht há uma redução desse termo a uma “espécie de pregação lacrimajante”, uma “intumescência cerosa”, uma “carícia um pouco viscosa” (Lacan, 1985[1964], p.121).

Segundo Nacht (1963), a presença do analista se define por uma atitude por meio da qual ele propõe ao sujeito uma forma “captável”, “não dissipável” e “não ambígua” de sua existência e seu interesse pelo enfermo. Ele afirma que o analista atua menos pelo que diz e mais pelo que é, pela sua pessoa, e que o fato de Freud ter falado que o analista deve atuar como “espelho” para seus pacientes “pode ser incapacitante para o analista e privá-lo de disponibilidade emocional essencial para curar” (p.67). Desde o início ele já esclarece de que se trata essa “disponibilidade emocional” do analista: uma “disponibilidade constante”, um “acolhimento incondicional”, uma “paciência ilimitada” e uma “capacidade de dom” que vêm substituir durante certas fases do tratamento a “atitude de ‘neutralidade’ classicamente prescrita e frequentemente também rígida” (p.3).

Favato (2005), em seu cuidadoso trabalho de pesquisa sobre a presença do analista, aponta que para Sacha Nacht as relações de oposição entre o inconsciente e o eu são intensamente perturbadas pelo medo inconsciente e isso vai ter como efeito diversas perturbações na relação do sujeito com o mundo. Nacht conjuga então a presença do analista visando apaziguar o medo inconsciente.

Instituída desta maneira, a ‘presença’ do analista contemplada por Nacht visa proteger o paciente contra seus medos inconscientes e liberá-lo progressivamente deles (...) reforça a presença gratificante do analista reconhecendo nela uma atitude profunda, subentendida por uma necessidade autêntica de entender e querer a seu enfermo. Essa atitude adquire para o paciente o sentido de uma entrega reparadora sem a qual é impossível curar-se. (...) A ‘presença’, tida como a realidade do psicanalista, confere ao paciente a qualidade de apoio seguro à ‘tomada de consciência’ indispensável no tratamento (Favato, 2005, p.48).

Apesar de reconhecer a neutralidade como algo importante, Nacht coloca-se temeroso de que esta possa converter-se no “buraco em que pode atolar o tratamento analítico”, caso o analista fique enrijecido neste lugar. Para ele, o analista estaria relegado ao papel da “entrega reparadora” para “compensar as frustrações outrora experimentadas pelo sujeito”.

Esta posição assemelha-se à posição adotada pela corrente surgida nos anos 1940 na América do Norte, chamada “psicologia psicanalítica do ego”, onde esta individualidade idealizada do analista é muito importante. Nacht (1963) coloca claramente sua posição neste trecho: “Essas são as experiências que permitem ao Eu se fortificar, de adquirir por degraus uma maturação sem a qual ele é incapaz de abandonar as reações de defesa inadaptadas à realidade, nem de adotar as novas reações mais em conformidade com esta realidade” (p.23).

Lacan sustenta uma presença do analista avessa à definição proposta por Nacht, e em todo o seu ensino contesta claramente esta ideia, propondo a dissolução dessa “presença consistente”. Ele se preocupa em “fazer da presença do analista uma manifestação do inconsciente e não uma condição da realidade exterior e objetiva da transferência” (Favato, 2005, p.49). Para Lacan o analista “faria melhor situando-se em sua falta-a-ser do que eu seu ser” (Lacan, 1998[1958], p.596). Fica marcada, portanto, uma diferença radical deste conceito.

Além disso, o lugar do psicanalista não está dado de antemão, ele precisa do outro para que, na transferência, possa ocupar esse lugar. No seminário “O avesso da psicanálise” [1969-1970], Lacan (1992) nos diz que: “Se o analista trata de ocupar esse lugar no alto e à esquerda que determina seu discurso, é justamente porque de modo algum está lá por si mesmo” (p.50). Sendo assim, falar de um psicanalista no hospital

geral não se trata de uma simples presença física em qualquer setor da instituição para garantir sua presença enquanto função.

No *Seminário 11* encontramos a célebre e enigmática sentença de Lacan: “a presença do analista é ela própria uma manifestação do inconsciente” (Lacan, 1985[1964], p.121). Segundo ele, se a transferência é uma formação do inconsciente, situada no campo da necessidade para o estabelecimento de uma análise, a presença do analista seria um efeito da manifestação do inconsciente, colocado do lado da invenção, da contingência¹⁰. A presença do analista seria da ordem de uma “presença súbita”, irrupção, sendo que o simples fato de estar ali assentado na sua “poltrona de psicanalista” não garantiria a presença do analista enquanto função, enquanto manifestação do inconsciente. Por outro lado, o fato de estar lá com o seu corpo é também uma condição para esta presença. Isso torna a questão da presença do analista – que conforme a fala de Lacan se articula com o próprio conceito de inconsciente – não somente ambígua, mas também complexa. Favato (2005) aponta ainda que “ao se incluir a presença do analista como manifestação do inconsciente, experimenta-se o real em jogo na transferência, o real impossível de simbolizar” (p.80).

O fato de a presença do analista ser colocada como uma “manifestação do inconsciente” nos força a realizar uma breve pausa para pensar este conceito na teoria psicanalítica.

Em *A Interpretação dos Sonhos*, Freud (2001[1899/1900]) partiu de uma concepção do sistema nervoso em que o cérebro funciona como um órgão da homeostase entre o homem e a realidade, sendo que o sistema sempre tende a

¹⁰ A contingência é uma noção central da teoria lacaniana, e sua relação de necessidade colocada por Lacan com a presença do analista aponta a direção que devemos seguir. Este tema será trabalhado mais adiante, no Capítulo 4.

retornar a um ponto de equilíbrio. Então ele “tropeça” no sonho – que não responde à sua teoria da homeostase – e formula a partir daí as leis do inconsciente. Através da análise dos sonhos dos pacientes, a conclusão a que ele chega é a de que os sonhos seguem uma lei própria, uma lógica que não é a lógica cotidiana. É desse modo – como relembra Lacan¹¹ – forçado a demonstrar que nosso aparato mental é formado pela consciência, cujas regras reconhecemos, e pelo inconsciente, cujos efeitos nos surpreendem por seguir uma lógica diferente e desconhecida (ainda que sempre familiar). Trata-se de uma obra inaugural, que traça o limite entre os artigos psicanalíticos de Freud e o próprio surgimento da psicanálise.

Dez anos mais tarde, em “Formulações sobre os Dois Princípios do Funcionamento Mental”, Freud (2006[1911]) avança em sua formulação sobre o funcionamento do aparelho psíquico. Apontando para uma direção na qual devemos levar em conta a existência do inconsciente, ele nos diz:

Mas nunca nos devemos permitir ser levados erradamente a aplicar os padrões da realidade a estruturas psíquicas reprimidas e, talvez por causa disso, a menosprezar a importância das fantasias na formação dos sintomas, sob o pretexto de elas não serem realidades, ou a remontar um sentimento neurótico de culpa a alguma outra fonte, por não haver provas de que qualquer crime real tenha sido cometido. Somos obrigados a empregar a moeda-corrente do país que estamos explorando; em nosso caso, uma moeda neurótica (p.243).

Desde o início de sua obra Freud deixa como marca que o inconsciente em seu caráter de não reconhecido inscreve o limite de toda decifração. Alguns anos mais tarde, no texto “O Estranho”, Freud (2006[1919]) aponta para o caráter das coisas que são ao sujeito estranhas e familiares ao mesmo tempo. A partir do conto “O Homem da Areia”, de E.T.A. Hoffmann, ele explora a vinculação da noção de “estranho” a algo conhecido, familiar (ainda que assustador) aos processos psíquicos que o originam.

¹¹ Lacan nos diz que “Freud afirma ter sido forçado por seu objeto” (Lacan, 1998[1958], p.626).

Após um percurso com os termos *heimlich* e *unheimlich*, Freud (2006[1919]) conclui que “*heimlich* é uma palavra cujo significado se desenvolve na direção da ambivalência, até que finalmente coincide com seu oposto, *unheimlich*. *Unheimlich* é, de um modo ou de outro, uma subespécie de *heimlich*” (p.244). Segundo ele, os termos *heimlich* e *unheimlich* não são antônimos, podendo até mesmo coincidir em alguns momentos. O estranho seria um material conhecido do sujeito que fora recalcado, por isso quando retorna apresenta um aspecto “estranhamente familiar”. Mais adiante ele afirma que “a qualidade de estranheza só pode advir do fato de o ‘duplo’ ser uma criação que data de um estágio mental muito primitivo, há muito superado – incidentalmente, um estágio em que o ‘duplo’ tinha um aspecto mais amistoso. O ‘duplo’ converteu-se num objeto de terror, tal como, após o colapso da religião, os deuses se transformam em demônios” (Freud, p.254). Ele diz também que o estranho é de fato “algo que deveria ter ficado oculto, mas veio à luz” (p.258).

Retomando a leitura do *Seminário 11*, Lacan (1985/1964) nos traz um inconsciente que não é mais somente um saber “oculto” que se propõe atingir na análise, como na obra de Freud e no início de seu ensino. Ele diz:

Vocês têm aí acesso rápido à formulação, que coloquei em primeiro plano, de um movimento do sujeito que só se abre para tornar a se fechar, numa certa pulsação temporal – pulsação que marco como mais radical do que a inserção do significante que sem dúvida a motiva, mas não lhe é primária ao nível da essência, pois que de essência me provocaram a falar (p.121).

O caráter de impossibilidade de se dizer tudo ou de se alcançar toda a experiência traumática do sujeito via associação livre coloca o inconsciente como um acontecimento marcado pelo tempo e não mais por um saber a ser desvendado.

Há no inconsciente algo de sempre faltoso, um impossível de se realizar, algo que é da ordem do “não-realizado”, “não-nascido” (p.28). Lacan sustenta que a interpretação “que não pode faltar” é justamente aquela que aponta para este lugar,

aquela que faz despontar o significante que “não é”, que toca um ponto irreduzível a qualquer tradução. Embora haja um sentido a ser lido na repetição, é justamente o sem sentido que vai interessar a Freud e, especialmente, a Lacan.

Favato (2005) afirma que “haveria uma presença do analista orientada para o saber, em que se equilibra a busca de significações via associação livre e a atenção flutuante como motor da interpretação, e outra orientada para o real, em que se harmoniza a falta de significação em ambos os lados” (p.80). É interessante pensar a partir daí que a noção de inconsciente na psicanálise comporta uma vertente que aponta para um funcionamento capturável, com um modo de funcionamento específico e uma outra que vai não somente localizar que há algo além da representação, um impossível já trazido por Freud, mas marcar o caráter fundante e ordenador disso que “não tem tradução” enquanto elemento fora do discurso, um ponto de hiância e de acaso a partir do qual o sujeito se constitui e se orienta, mesmo não sabendo muito a respeito disso *a priori*.

Jacques-Alain Miller apresenta, de forma mais detalhada na primeira aula de seu curso de 2006-2007 intitulada “O inconsciente real” (2014[2006]) estas duas facetas do conceito freudiano de inconsciente destacadas e trabalhadas por Lacan: o inconsciente transferencial, que é aquele sustentado pela ligação entre S1 e S2, mobilizado e lido a partir da transferência que o causa e da articulação ao sujeito suposto saber; e o inconsciente real, que nega o primeiro, pois estamos neste campo justamente quando o espaço de um lapso não produz sentido ou interpretação, ele é exterior ao sujeito suposto saber, homólogo ao traumatismo e formulado como um limite.

Neste texto também ele vai tratar da temática da urgência e sua relação com a transferência. Ele afirma, sustentado no ensino de Lacan, que num ponto anterior ao estabelecimento da transferência está a urgência. “Lacan chama *urgência* a modalidade

temporal que responde à ocorrência ou à inserção de um traumatismo. Ele (...) designa o que chamamos demanda do analisante em potencial como requerimento de uma urgência. A palavra urgência é, para Lacan, o nome do que aparece, do que põe em movimento o requerimento do analisante em potencial” (Miller, 2014[2006], p.9). A urgência vai ter a ver com a emergência do que faz furo como traumatismo.

Retomando a fala da Lacan sobre a presença do analista, ele aponta desde seu primeiro seminário a dificuldade de viver se o sentimento da presença fosse constante: “... é um sentimento de que eu direi que tendemos incessantemente a apagar da vida [...] É um mistério que afastamos, e ao qual, para dizer logo tudo, nos acostumamos” (Lacan, 1986[1953-1954], p.54). No *Seminário 17* ele vai retomar essa ideia, dizendo que a posição de analista “é feita *substancialmente* do objeto a” (Lacan, 1992[1969-1970], p.40 – itálico nossos), apontando para uma direção que não supõe uma rigidez ou fixação num determinado lugar: o analista não ocupa este lugar específico “todo o tempo”.

Embora a presença do analista esteja localizada para além da presença física, desde Freud é também sabido que mesmo que possamos realizar alguma leitura do saber inconsciente a partir de escritos literários ou – em tempos “digitais” – a partir de conteúdos postados em redes sociais, blogs etc., não se provocam efeitos analíticos a não ser “arriscando a própria pele”. Não sem presença, sem pôr o corpo, como nos aponta o próprio Freud: “Não se pode vencer um inimigo ausente ou fora de alcance” (Freud, 2006[1914], p.199). Está colocada aí a ambiguidade desta “presença que não é”.

O analista presente “em corpo” convida o sujeito a falar sustentando a aposta de que pela via da palavra algum saber sobre o inconsciente poderá ser elaborado e então algo de sua verdade poderá ser atingida. Contudo, a própria presença do analista

comporta algo de uma impossibilidade: de tudo dizer, de tudo saber. Apontando que a causa do inconsciente deve ser tomada como “causa perdida”, pois “só existe causa para o que manca”, claudica (Lacan, 1985[1964], p.29), Lacan afirma: “é aqui que a presença do psicanalista é irreduzível, como testemunho dessa perda” (p.127).

Na situação de urgência estamos diante dessa “perda”, o sujeito está lançado em seu desamparo e busca respostas rápidas para dar vazão a este excesso. Uma vez que o percurso do analista o levou a não mais crer no sentido como resposta, ele pode sustentar justamente a dimensão da contingência, sua presença suscita a dimensão da ruptura com o sentido estabelecido e sua finalidade não está em obturar a falta, suprir uma carência ou reestabelecer o “equilíbrio” perdido. Mesmo que o sujeito precise passar pelo sentido para retomar sua condição, não é este o fim último da presença do psicanalista.

E se diante de uma situação de urgência/crise ninguém sabe ao certo o que fazer, o psicanalista é o único que “sabe que não sabe”, sabe verdadeiramente – a partir de seu próprio percurso – que não carrega a resposta definitiva para o mal-estar. Isso dá a ele uma posição de certa “vantagem”, de quem pode ocupar este lugar incerto e “desconfortável” com alguma dignidade. Essa presença comporta, portanto, considerar o que está para além do sentido, da decifração do sintoma. Conforme Pinto et al (2013):

Levar em conta o além do Édipo – o que significa considerar o que se coloca mais além do inconsciente estruturado como linguagem – faz com que o analista deva levar em conta o inconsciente real. E passa a ter a difícil tarefa de verificar o real, ou o impossível da lógica modal pela presença da contingência (...) há então um direcionamento a um inconsciente real, a pedaços de língua que não se ligam a outros significantes e fazem efeitos enigmáticos (p.419-420).

Trata-se aqui de uma certa disponibilidade, que “designa uma certa *presença* que permite que a operação analítica aconteça” (Mattos, 2003, p.52 – itálico nosso). O psicanalista é chamado para ouvir o insuportável, como nos relembra Mattos: “é

possível perceber a importância e a eficácia de um lugar próprio da psicanálise: o lugar de acolher o impossível de suportar” (p.55). E prossegue: “nossa disponibilidade quer dizer que não temos regras ou critérios gerais; ou melhor, nossas regras são somente artifícios congruentes com a condição-princípio de nossa prática, que é a de dar lugar ao real como impossível de prever, como impossível de saber antecipadamente. (...) A disponibilidade do analista é, portanto, uma disponibilidade orientada” (p.58).

Retomaremos a temática da contingência articulada à presença do analista no capítulo seguinte.

4 URGÊNCIA E TRANSFERÊNCIA

Se retomarmos os fragmentos clínicos apresentados durante este trabalho, em diversos deles poderemos nos interrogar acerca do que é depositado no psicanalista, que é colocado em muitas das situações rapidamente neste lugar de detentor de um saber específico sobre a subjetividade. Conforme Decat de Moura (2000), “o ‘estar de plantão’ na UTI veicula ao psicanalista no hospital um suposto saber sobre a morte e deste lugar que ele é chamado a intervir” (p.7).

Recordo-me do caso de César (nome fictício), que foi vítima de acidente automobilístico e ficou tetraplégico. É atendido por uma colega durante a internação de vários dias, entre melhoras e pioras no CTI. Em um dos últimos atendimentos ele pede para todos os profissionais e familiares saírem do “box”, pede papel e caneta e escreve – ainda com dificuldade – a seguinte frase: “Eu vou morrer?”.

Entretanto, é necessário advertir que a transferência não é um fenômeno exclusivo da relação analítica – como Freud já apontava desde o início de suas descobertas – o que há de inovação aqui é “somente” o seu manejo específico. No hospital geral testemunhamos em diversos casos o estabelecimento de um vínculo transferencial com colegas de outras abordagens na psicologia ou mesmo de profissionais de outras áreas.

Pensando agora em nosso tema de estudo, sabemos pela experiência clínica e pelos temas já apresentados aqui que algo da transferência se instala com mais rapidez em situações de urgência, não só pelas condições em que o sujeito se apresenta nessas horas como também pelo próprio lugar que é dado ao profissional “psi” nas equipes de saúde.

Pretendemos a seguir precisar o conceito de transferência na obra de Freud e Lacan e pensar como se dá este vínculo transferencial e seus efeitos no hospital com base na presença do analista em situação de urgência subjetiva.

4.1 O conceito de Transferência na psicanálise

4.1.1 As primeiras descobertas de Freud

No “Projeto para uma psicologia científica”, Freud já havia concluído que os neuróticos padecem de sintomas oriundos de “ideias excessivamente intensas” (Freud, [1895]2006, p.457), e de que elas são refratárias às atividades de pensamento. Aqui ele inicia suas formulações acerca das noções de “deslocamento” e “condensação” que vão sustentar posteriormente o conceito de transferência como mola mestra do método da psicanálise.

Desde os seus “Estudos sobre a histeria” (1901/2006), Freud aponta o caráter necessário e “inevitável” da transferência no tratamento analítico. Se uma das maiores realizações de Freud foi ter criado um instrumento para o exame científico da mente humana, nos “Estudos” podemos rastrear os primeiros passos do autor no desenvolvimento desse instrumento. Não se trata de uma história da superação dos obstáculos que se impunham à clínica, mas da descoberta de uma série de obstáculos que deveriam ser superados – a transferência é um exemplo, bem como a resistência.

Ficou claro desde então que o primeiro obstáculo seria a amnésia histérica. Quando foi trazida à luz essa amnésia, seguiu-se a compreensão de que quando a mente se manifesta, ela não o faz em sua totalidade, mas há por trás uma parte inconsciente. Os instrumentos convencionais não eram suficientes para apreensão da mente humana. Outro obstáculo que aparece é a própria resistência freudiana em

utilizar a hipnose: ele não era muito bom nessa técnica e criou uma série de dificuldades para operar com ela, contentando-se em levar o paciente a um estado de concentração com o uso da pressão na testa.

Foi o abandono da hipnose que ampliou ainda mais a compreensão de Freud dos processos mentais e acabou revelando outro obstáculo: a resistência. E quando a resistência na clínica aparece, ao invés de suprimi-la, Freud elege tratá-la como se fosse qualquer outro fenômeno mental, preferindo investigá-la. Nos anos seguintes ele abandona a sugestão hipnótica e se fixa nas “associações livres”, o que lhe permite acesso a análise dos sonhos e, a partir dessa análise, compreenda o “processo primário” do funcionamento psíquico. Um novo instrumento é cunhado: a interpretação. É a análise dos sonhos que ainda permite a autoanálise de Freud e as consequentes descobertas da sexualidade infantil e do complexo de Édipo, noções fundamentais da teoria psicanalítica.

Outro obstáculo, como já dissemos, que aparece nas linhas do texto freudiano é a transferência. Aqui Freud já vislumbrava sua natureza e já sabia que, além de obstáculo, tratava-se de instrumento fundamental da técnica analítica. Ele nos diz: “Quando o obstáculo era descoberto e demonstrado, a primeira dificuldade era removida do caminho. Mas persistia outra maior, que estava em induzir a paciente em produzir informações que dissessem respeito a relações aparentemente pessoais e onde a terceira pessoa coincidissem com a figura do médico” (Freud, 2006, p.315).

Nesse momento da obra freudiana, a lógica do funcionamento mental “normal” era assim: Uma experiência que ocorresse ao sujeito acompanhada de grande carga de afeto tinha como consequência a descarga desse afeto por atos reflexos ou o mesmo seria desgastado gradativamente pela associação com outros materiais mentais conscientes. Ele defende que, na histeria, haveria um comprometimento na ligação

entre o afeto e a experiência e, por isso, a lembrança da experiência a que está ligado este afeto é isolada da consciência. O afeto se manifestaria então nos sintomas histéricos, símbolos da lembrança suprimida. Esse desligamento se daria principalmente porque a experiência teria ocorrido quando o sujeito estava em um estado de dissociação-hipnoide ou porque o ego do indivíduo considerou a experiência como incompatível e teve de rechaçá-la.

O tratamento, nesses casos, seria através do método catártico: se a experiência original, juntamente com o seu afeto, pudesse ser introduzida novamente na consciência por meio do método catártico, o afeto seria por si mesmo descarregado ou ab-reagido, a força que até então manteve o sintoma deixaria de atuar, e o próprio sintoma desapareceria, mesmo que retornando mais tarde com uma outra roupagem. Na Comunicação Preliminar dos “Estudos”, Freud sustenta que o sintoma da histérica desapareceria quando era trazida à luz a lembrança do fato que o havia provocado e despertado o afeto que o acompanhava. O paciente descrevia o fato com detalhes e traduzia o afeto em palavras, e a ideia era levar o paciente de volta ao estado em que o mal se manifestou e o combater pela palavra.

Assim, o objetivo era trazer para a consciência as lembranças liberando este afeto dos sintomas que se produziram. Mas Freud afirma que este trabalho não seria simples, exigindo do analista um esforço. Ele diz: “por meio de meu trabalho psíquico, eu tinha que superar uma força psíquica nos pacientes que se opunha a que as representações patogênicas se tornassem conscientes (fossem lembradas)” (Freud, 1901/2006, p.283).

Neste momento Freud não dará um tratamento para isso que insiste após a dissolução do sintoma histérico, ele se reserva ao direito de tratar desta temática posteriormente:

Não sustento ter de fato eliminado todos os sintomas histéricos que me dispus a influenciar pelo método catártico. Mas sou da opinião que os obstáculos residiram nas circunstâncias pessoais das pacientes e não se deveram a qualquer questão de teoria. Sinto-me justificado a desconsiderar esses casos malsucedidos ao formar um juízo sobre o assunto, da mesma forma que que um cirurgião despreza os casos de morte ocorridos devido a hemorragia pós-operatória, sepsia acidental etc., ao tomar uma decisão sobre uma nova técnica (Freud, 1901/2006, p.283).

A posição teórica de Freud nesse momento traz, sobretudo, a necessidade clínica da ab-reação do afeto, além de pontuar que os resultados patogênicos que surgem quando ele fica estrangulado são explicados pela tendência de manter constante a quantidade de excitação no aparelho psíquico, uma certa “homeostase paradoxal”, como já trabalhamos no Capítulo 1. No texto já aparece uma hipótese dinâmica sob a forma do princípio da constância na teoria do trauma e da ab-reação. Tanto o conflito quanto o recalçamento aparecem baseados na ocorrência do aumento desagradável de excitação. A pulsão sexual é a fonte mais poderosa dos acúmulos de excitação (e, conseqüentemente, de neuroses). Mais tarde isso será discutido na teoria freudiana.

Nesse mesmo texto aparece pela primeira vez o termo transferência na obra de Freud (1901/2006, p.313). Como vimos anteriormente, a teoria que Freud apresente nesse momento é a de que os histéricos adoecem por lembranças ou representações que não sofreram o desgaste natural, não houve uma descarga para a experiência originalmente vivida. Ele divide as histerias em três tipos, sendo que daremos mais ênfase nesse momento ao que ele chama de “histerias de defesa”. Essas seriam ocasionadas por representações incompatíveis com o eu do sujeito, provocando por isso afetos de autocensura e vergonha, fazendo com que o paciente oponha uma resistência à análise. Ele afirma que essas resistências desempenham um papel “indesejavelmente grande” quando “a relação entre o paciente e o médico é

perturbada e constitui o pior obstáculo com que podemos deparar, No entanto, podemos esperar encontrá-lo em qualquer análise relativamente séria” (p.312).

Apesar de toda transferência ser uma perturbação do relacionamento do médico com o paciente nem toda perturbação pode ser considerada neste momento da obra de Freud como uma transferência. Ele enumera algumas perturbações possíveis: a primeira seria quando o paciente se sente negligenciado, pouco apreciado ou até mesmo insultado pelo médico, ou quando escutou alguma crítica sobre o método de tratamento ou mesmo sobre o médico; a segunda seria o paciente ser tomado pelo medo de amar o médico e perder sua autonomia, inclusive depender dele em termos sexuais; e a terceira seria quando o paciente se depara com representação incompatível com o ego, ideia de alguém do passado do paciente que só é compatível com a ideia do médico: o paciente desloca (faz uma “transferência”) o afeto da vivência para a pessoa do médico. Ele cita como exemplo (Freud, p.314) uma paciente com desejo de beijar o médico, ao fim da sessão faz referência a uma situação do passado com outro homem. Assim, para ser considerada uma transferência, alguma estranheza para o sujeito tem que existir no fenômeno, as duas primeiras perturbações seriam mais da ordem consciente e “de fácil resolução”. A transferência nesse momento ainda se configura como um obstáculo a ser transposto, eliminado. A ideia é tornar consciente este funcionamento para que o paciente possa continuar o processo da análise sem resistências. Entretanto, Freud já aponta um outro sentido, ou pelo menos deixa registrado um certo incômodo com esse movimento: ele coloca a palavra obstáculo entre aspas (p.314-315), sinalizando que há um algo além.

Freud vai conferir um peso especial à relação com os pacientes neste momento. Ele afirma que “a concordância e a atenção integrais dos pacientes são necessários, mas, acima de tudo, é preciso contar com sua confiança, visto que a análise invariavelmente leva à revelação dos eventos psíquicos mais íntimos e secretos”. E

prossegue, dizendo que é quase inevitável que a relação pessoal com os pacientes assuma, “indevidamente, pelo menos por algum tempo, o primeiro plano”. (p.280).

A transferência aparece também no caso Dora quando Freud começa a explicar o fracasso do tratamento do caso. Os sintomas da histérica teriam acabado depois da análise: Freud nota que o adiamento da cura só é realmente causado pela pessoa do médico. Durante a análise de Dora, a produção da neurose não parou: ao invés de fazer novos sintomas, ela criou um gênero especial de formação, de pensamento, geralmente inconsciente, que é a transferência, assim definida por Freud (1905-1901/2006) nesse texto: “reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. (...) toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas dessas transferências em nada se diferenciam de seu modelo, no tocante ao conteúdo, senão por essa substituição” (p.111).

Para Freud, nesse momento, a transferência era a parte mais difícil da análise: só depois que se “resolvesse” a transferência é que surgiria no enfermo o sentimento de convicção sobre o acento das ligações construídas durante a análise. O conceito de transferência já carrega aqui em si a chave para se descortinar o mistério do adoecimento, sendo que o tratamento psicanalítico não criaria a transferência, mas a revelaria.

A partir desse ponto, Freud muda a sua ideia de suprimir a transferência e passa a afirmar que é preciso detectar a causa de seu surgimento e traduzi-la para o paciente. A relação transferencial passa a ser vista como a maior aliada da análise e, por fim, Freud reconhece que não “dominou” a transferência no caso Dora. Entretanto, ele

afirma nas Comunicações Preliminares, parte IV: “A Psicoterapia da Histeria”, que “não estamos em condições de impor nada ao paciente sobre as coisas que ele aparentemente ignora, nem de influenciar os produtos da análise pela provocação de expectativas” (Freud, 1893/2006, p.307). Assim, não seria possível “forçar” essa associação ou mesmo saber pelo paciente, é ele quem vai formular este saber na análise.

Em *A interpretação dos sonhos*, Freud ([1900-1901]2006) vai colocar a transferência em suas relações com a memória e a atualização do desejo inconsciente. Ela não aparece ainda ligada ao tratamento analítico, mas a uma mobilidade que caracteriza os processos de desejo em jogo no inconsciente. Aqui ainda nomeadas como “transferências”, elas seriam novas edições do desejo inconsciente. [...] “os pensamentos de transferência, que são os veículos do desejo inconsciente, irrompem em algum tipo de compromisso obtido pela formação de um sintoma” (p.578). O termo foi empregado no plural para descrever a mobilidade própria e característica do processo primário que reina no inconsciente, e sua importância se dá devido ao fato de que o inconsciente só pode ser abordado por meio de formações substitutas que aludem ao material recalçado: em decorrência das forças da resistência (censura social) as representações de desejos infantis se deslocam para representantes substitutos no inconsciente.

Essas seriam as “poderosas forças resistenciais” que se opõem à tradução direta do desejo que preside a formação do sonho, determinando um trabalho de deformação efetuado sobre ele. O sonho seria então um veículo de um desejo recalçado que passou por todo um trabalho de distorção imposto pela resistência. Os sonhos seriam essas formações do inconsciente que, segundo Freud, “provaram que o suprimido continua a existir tanto nas pessoas normais quanto nas anormais e permanece capaz de funcionamento psíquico” (Freud, 1900-1901/2006, p.580). Como os próprios sonhos

estariam entre as manifestações desse material recalcado, a interpretação dos sonhos seria “a via real para o conhecimento das atividades da mente” (p.581).

A transferência ocorreria então em função da presença das resistências, resultando numa atualização do desejo, ainda que ao preço de inúmeros elos intermediários que têm por objetivo modificá-lo, disfarçando-o. Freud diz que: “Não fizemos simplesmente aceitar o caráter frouxo das ligações associativas dos sonhos, mas mostramos que ele se estende muito além do que se havia suspeitado. Descobrimos, contudo, que essas ligações frouxas são meros substitutos obrigatórios de outras que são válidas e significativas” (p.617). Neste texto, Freud utiliza, na maior parte das vezes, a palavra “transferência” para designar na sua generalidade a passagem da energia psíquica de uma representação para outra.

Assim, conforme aponta Baratto (2010), “a primeira definição da transferência – implicando a noção de atualização do desejo através de sua transformação, transporte e retranscrição para representantes substitutos –, constitui um princípio conceitual conservado por Freud ao longo de sua obra, e sobre o qual ele assentou em definitivo o método da psicanálise” (pp.243-244).

A partir do estudo dos sonhos e da histeria Freud pôde ver em ação os processos do inconsciente, formular sua estrutura e suas leis. O método da associação livre só pode ser levado a efeito num processo de análise porque as conexões entre as representações não estão fixadas, há uma mobilidade entre elas. Conforme aponta Miller (1993), “neste sentido, a transferência, a primeira transferência, é o processo geral das formações do inconsciente” (p.59). As leis dos mecanismos de deslocamento e condensação que regem os processos de pensamento tomam um destaque especial a partir daí e é esta mobilidade própria dos processos inconscientes que se encontra como fundamento da possibilidade da transferência analítica.

4.1.2 A transferência em Freud e Lacan

A partir da descoberta de Freud, o conceito de transferência sofreu diversas incidências em sua obra, sem, contudo, perder seu caráter da ordem do *necessário* para a relação analítica. Já Lacan afirma, desde seu primeiro seminário, que “o inconsciente só se expressa por deformação, *Entstellung*, distorção, transposição” (Lacan, 1979, p. 61).

Ao demarcar alguns pontos da concepção de transferência em Freud e Lacan detivemo-nos apenas no exame de alguns elementos do pensamento desses autores acerca dos processos transferenciais, que posteriormente sofreram reformulações, sem, no entanto, jamais deixar de ocupar seu lugar enquanto conceito fundamental. Ao colocar em discussão a questão da transferência, não há o propósito de realizar neste trabalho uma investigação panorâmica e aprofundada sobre as modificações que o conceito sofreu ao longo da obra de Freud e do ensino de Lacan, mas colocar em cena alguns elementos que nos ajudarão a pensar o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva, a partir do fragmento clínico trazido no primeiro capítulo.

Freud, no primeiro de seus “Artigos sobre a técnica” (1911-1915 [1914]), intitulado “A dinâmica da transferência” ([1912]2006), conceitua transferência da seguinte forma:

Deve-se compreender que cada indivíduo, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica – isto é, nas condições para enamorar-se que estabelece, nas pulsões que satisfaz e nos objetivos que determina a si mesmo no decurso daquela. Isso produz o que se poderia descrever como um clichê estereotípico (ou diversos deles), constantemente repetido – constantemente reimpresso – no decorrer da vida da pessoa, (...) e que decerto não é inteiramente incapaz de mudar, frente a experiências recentes (Freud, ([1912]2006, p.111).

De acordo com Miller (1993), Freud nos apresenta três formas distintas de transferência, que encontramos dispersas em vários de seus escritos: 1. a transferência como função de repetição; 2. a transferência como resistência; 3. a transferência como sugestão. Estas três formas pertencem à ordem dos fenômenos que se produzem na experiência analítica, e há um lugar na economia psíquica que o analista vem ocupar.

Freud insiste na ideia da transferência como deslocamento de sentimentos para a pessoa do médico em diversos textos de sua obra. Em sua Conferência XXVII, “Transferência” ([1915]2006), ele nos diz:

Esse novo fato que, portanto, admitimos com tanta relutância, conhecemos como *transferência*. Com isso queremos dizer uma transferência de sentimentos à pessoa do médico, de vez que não acreditamos poder a situação no tratamento justificar o desenvolvimento de tais sentimentos. Pelo contrário, suspeitamos que toda a presteza com que esses sentimentos se manifestam deriva de algum outro lugar, que eles já estavam preparados no paciente e, com a oportunidade ensejada pelo tratamento analítico, são transferidos para a pessoa do médico (Freud, [1916-17]2006, p.443).

Logo em seguida, nesse mesmo texto, Freud aponta que a transferência pode aparecer como “uma apaixonada exigência de amor”, ou mesmo mais moderadamente, como num propósito de amizade inseparável, numa supervalorização das qualidades do médico. Ele traz também a ideia de uma transferência hostil ou negativa.

Lacan vai retomar essa ideia da transferência como uma forma de amor, mas um amor que se dirige ao saber. Enquanto Freud acredita que a transferência é, por um lado, repetição, Lacan estuda separadamente estes conceitos, promovendo-os ao lugar de “conceitos fundamentais da psicanálise”.

Ele dedica um seminário ao tema da transferência (Lacan, [1960-1961]1995) e introduz esse estudo com a retomada do texto “O Banquete”, de Platão. O texto refere-

se a um banquete entre filósofos onde o tema central é o amor. Introduzindo o estudo da transferência a partir da temática do amor, ele vai afirmar que esse amor é sustentado na crença de que encontramos, na pessoa amada, o objeto *a*, aquele que acreditamos um dia ter perdido e que buscamos a vida inteira. Nas primeiras páginas, ainda na Introdução, ele já aponta claramente a relação destes dois termos na experiência analítica: “devido à natureza da transferência, o que lhe falta, ele [o sujeito] vai aprender amando” (p.23).

Assim, Lacan diz nesse momento do estudo da transferência sobre esse objeto que nos captura, a esse algo do outro que nos apreende e nos fascina: “o amor é aquilo que nos liberta, nos desembaraça da *crença de que somos estranhos uns aos outros*. ... percebe-se que fazemos parte de uma grande família, e é realmente a partir daí que se está aquecido e em casa” (pp. 111-112). Entretanto, ele vai afirmar que o outro não tem jamais o que o sujeito busca, não é o detentor do objeto *a*, não há essa “sintonia” no amor – que ele chama de “artesanato do humor fácil” – e o mesmo é uma ilusão.

Partindo do “Banquete”, do amor grego, Lacan coloca em cena a partir da página 41 de seu Seminário duas funções que Fedro cita em seu discurso¹²: a do *érastès*, daquele que ama, o amante; e a do *érôménos*, daquele que é amado, o objeto. Ele diz: “Vocês verão aparecer claramente o amante como o sujeito do desejo – com todo o peso que tem para nós este termo, o desejo – e o amado como aquele que, nesse par, é o único a ter alguma coisa. A questão é saber se aquilo que ele possui tem relação, diria mesmo uma relação qualquer, com aquilo que ao outro, o sujeito do desejo, falta” (p.42).

¹² Fedro coloca estes dois lugares fazendo alusão à possibilidade de se formar uma cidade, ou um exército, composto exclusivamente por amantes e amados como forma de se conseguir uma “constituição política ideal”.

Para Lacan o amante está na posição de sujeito desejante, e por isso algo lhe falta. E isso que lhe falta o amante supõe que esteja no amado, que ocupa o lugar de objeto de desejo do amante. Por outro lado, pelo fato de se ver desejado, o amado suspeita também ter algo que é objeto do desejo do outro. Dizemos que suspeita porque ele não pode ter certeza, já que não sabe ao certo o que ele possui que capta o desejo do amante. Temos em ambos um não saber: um não sabe o que lhe falta, o outro não sabe o que tem.

Ele vai fazer uso desses lugares para traçar uma analogia com o percurso na análise: quando busca uma análise, o sujeito coloca o analista na posição de amado, daquele que tem um saber, uma resposta – mesmo que temporária – para o seu sofrimento. O analista não responde desse lugar de quem supõe ser o objeto perdido, pois já sabe – a partir de seu percurso – que não é o detentor da verdade sobre aquele sujeito. “Amor? Amor de quê?”, nos diz Lacan:

Do amor, passamos assim ao desejo, e a característica do desejo, enquanto *Eros era*, que *Eros* deseja, é que o que está em questão, isto é, aquilo que ele é suposto levar consigo, o próprio belo, isso lhe falta, *endens, endeia*. Nesses dois termos, ele falta, ele é idêntico por si mesmo à falta. Aí está toda a contribuição pessoal trazida por Sócrates em seu nome nesse discurso do *Banquete* (Lacan, [1960-1961]1995, p.69).

Resta ao sujeito o convite para caminhar do amor ao desejo, assumindo o lugar daquele que vai em busca do que lhe falta, de seu desejo, que surge no deslocamento de um objeto a outro, já que não há *um* objeto que obture sua falta. “Com a interrogação socrática, com o que se articula como sendo, falando propriamente, o método de Sócrates, pelo qual ... o *érôménos*, o amado, vai se tornar o *erôtóménos*, o interrogado, surge um tema que desde o início de meu comentário anunciei por diversas vezes, a saber, a função da falta” (p.118).

Se não responde do lugar do ideal, do objeto encarnado, o analista vai ocupar um lugar vazio de significação a fim de provocar e sustentar um trabalho do sujeito via transferência. Lacan adverte neste mesmo Seminário que a interpretação deve se dirigir ao que resta como ininterpretável para cada um, localizando um vazio de significação, um encontro com um significante que produza enigma para o sujeito. Em sua “Intervenção sobre a transferência” ele nos diz que a transferência “não é nada de real no sujeito senão o aparecimento ... dos modos permanentes pelos quais ele [o sujeito] constitui seus objetos. O que é, então, interpretar a transferência? Nada além de preencher com um engodo o vazio desse ponto morto. Mas esse engodo é útil, pois, mesmo enganador, reativa o processo” (Lacan, 1951/1998, p.224-225).

Mais à frente, em seu Seminário *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* ([1964]1985), Lacan aborda o conceito freudiano de transferência introduzindo o sujeito suposto saber como seu pivô.

Como nos aponta Miller (1993) em sua conferência “A transferência. O sujeito suposto saber”:

Evocamos o termo pivô; temos aqui, de forma localizada, o lugar desse pivô. O analista como o grande Outro, onde se constitui a *Bedeutung*, a significação. Evidentemente, a transferência tem nesse sentido um caráter ilusório, e é por isso que ela se presta a ficar reduzida apenas à sua dimensão imaginária. Poderíamos dizer que o traço que une os três aspectos que distingui na vez anterior, a transferência repetição, a transferência resistência e a transferência sugestão, é a transferência amor. É por isso que se pode tentar explicar a transferência em sua dimensão imaginária, que sem dúvida existe, a primeira teoria de Lacan sobre a transferência é uma teoria da transferência como fenômeno imaginário, quer dizer, a transferência como amor, como paixão. É engraçado que no primeiro seminário de Lacan, de 1954, que versa sobre os Escritos Técnicos de Freud, ou seja, sobre os textos que enumerei na primeira conferência, onde os examinei a partir de sua teoria posterior, esteja presente esta frase em que encontramos o mesmo termo “pivô”, que 10 anos mais tarde aparece com relação ao sujeito suposto saber. Em 54, Lacan dizia que o fenômeno de carga imaginária cumpre, na transferência, um papel pivô. Dez anos depois atribuirá esse

papel de pivô ao sujeito suposto saber, exatamente nos mesmos termos (p.75-76).

O sujeito suposto saber é de uma ordem diferente, sendo um fundamento transfenomênico dos fenômenos da transferência. Lacan não crê de forma alguma que o sujeito suposto saber seja o analista. Para ele o que conta é, ao contrário, justamente o não saber, as “falhas no saber”. Embora no *Seminário 11* o objeto *a* fique velado pela suposição de saber no analista, sua função no nível da transferência é fundamental uma vez que ele é o que comanda a análise, é o que propicia um suporte ao real impossível de ser representado. Conforme nos aponta Favato (2005):

O amor como impossível, o desejo como insatisfeito, o saber como suposto e a presença como causa, todos esses matizes evocam a busca de uma certeza para além do campo simbólico ou imaginário da transferência. (...) Se o objeto *a* escapa ao significante, Lacan, depois de muita refutação e elaboração, precisou a relação do objeto ao semblante. O objeto não é substancializado, mas oferece suporte às substâncias episódicas que se desprendem do corpo – o seio, as fezes, olhar e voz –, sem se confundir com eles. Não sendo substância, o objeto *a* serve como semblante de objeto, propicia um suporte ao real impossível de ser representado (p.79).

Continuaremos na seção seguinte as indicações propostas por Ana Favato em seu trabalho intitulado “Da transferência à presença do analista”, visando à formalização deste mais além do campo simbólico ou imaginário da transferência.

4.2 A presença do analista e a transferência na urgência

Retomemos o caso de Paula (nome fictício), cuja solicitação de avaliação e acompanhamento foi encaminhada durante um plantão no hospital. O médico solicitante relata que Paula havia perdido um filho há cerca de um ano, estava novamente grávida e o bebê estava “com o mesmo problema”, diagnosticado há poucas horas e já com o parto agendado para a manhã seguinte. Ele diz ainda que ela

está chorando muito, está desorientada e que não tem mais o que fazer. Devido à urgência do tempo necessário colocado pelo médico para o “controle do desespero”, foi agendado um horário com Paula no mesmo dia. Neste atendimento, ela diz que seu primeiro filho nasceu prematuro, ficou internado na UTI Pediátrica e, já com a alta programada, “teve um problema” e morreu subitamente. Desde então, quando ela e o marido são visitados por gestantes ou pessoas com bebês e crianças fica “o maior clima” em casa depois. Um “clima” que, em suas palavras, não permitiu que ela desmanchasse o quarto do bebê até hoje, pois não teve coragem. Está tudo como estava quando ele ia ter alta – ela diz. Quando questionada sobre os motivos que a levaram a engravidar novamente, ela diz não ter consultado o marido, foi uma decisão somente dela, para ver se “resolvia o problema”. Conta com o apoio do marido, embora saiba que ele não concorda com a ideia. Mas o meu “problema” mesmo é a UTI, quando penso que meu bebê vai pra lá de novo, entro em pânico – diz ela. Diante de tantas questões importantes, de tantos “problemas” – que neste momento estão localizados na UTI –, da urgência do tempo cronológico colocada pela equipe e agora pela paciente, o que fazer? Visando sustentar certa discursividade e buscar caminhos possíveis, o analista pergunta a Paula o que acha que pode ajudá-la naquele momento, já que ela teria novamente um bebê internado na UTI. Presa na armadilha da repetição, ela atualiza o passado e antecipa o futuro no relato de sua fantasia de que, se for cuidado pela mesma equipe e ficar no mesmo lugar, seu filho vai morrer. Pede para que seu bebê fique do lado oposto da Unidade em que o outro ficou, pergunta se pode escolher a equipe que cuidará dele, solicita orientações sobre infecção hospitalar e onde pode fazer queixas sobre o hospital. Mesmo sabendo que seu “problema” não estava localizado aí, o psicanalista orienta Paula a procurar os setores respectivos e os profissionais responsáveis para fazer suas queixas e solicitações. Após estas tentativas de dar alguma resolução para os problemas que ela apresenta, diz: Eu tenho uma pergunta que nunca fiz pra ninguém, desde quando meu filho morreu... Será que posso fazer pra você? E

prosegue, dizendo não saber até hoje o porquê de seu filho ter morrido. O analista marca a importância dessa pergunta que ela “nunca fez para ninguém” e encerra o primeiro atendimento a Paula.

Diante das diversas questões já trabalhadas anteriormente (Batista, 2010), vamos nos ater agora a esta pergunta que Paula “nunca fez para ninguém”. O que se passa neste atendimento que ela decide fazer esta pergunta para um “desconhecido” que não é médico e, portanto, não detém um saber sobre o motivo concreto da morte de seu filho?

Podemos também retomar o caso de Maria, trazido no início do trabalho, que pede a caneta do psicanalista para inseri-la em sua coleção de “canetas muito especiais”. O que acontece para que uma pessoa se torne tão “especial” em apenas alguns minutos de conversa?

Para acrescentar mais um elemento importante ao debate, temos que relembrar que este “lugar especial” nem sempre é colocado de forma “positiva” e “amigável”. Quem numa escutou de alguém que está em análise ou mesmo proferiu a frase “eu estou com ódio do meu analista!”?

Numa situação no hospital em que o “Código Azul¹³” é acionado, ao chegar ao apartamento do paciente o analista é recebido com as seguintes palavras: “Venha ver Maria, agora que o papai já morreu mesmo eles mandaram até psicólogo!”. A família prossegue com agressividade e queixas diversas sobre a instituição na qual “confiavam demais” e “nunca imaginavam passar por isso”. Suportando escutar as ofensas e a

¹³ “Código Azul” é uma nomenclatura internacionalmente conhecida para facilitar o atendimento a Paradas Cardiorrespiratórias (PCR) de forma segura. Este protocolo de atendimento tem por objetivo tornar rápido e organizado o atendimento, aumentando a chance de sucesso das manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), melhorando a sobrevida e evitando sequelas pós-PCR nos pacientes e reduzindo o estresse e o desgaste dos profissionais encarregados desta função.

agressividade, o analista sustenta o espaço para que a família possa localizar qual é de fato a dificuldade para além das queixas: perder o “papai”. O analista que está com o crachá da instituição é convocado, num primeiro momento, como representante dessa instituição, e precisa levar em conta isso também em sua prática clínica. Freud já advertia desde seus artigos sobre a técnica que o mais difícil na condução da análise não é interpretar, mas o manejo da transferência. Trata-se “de abrir no tempo os tempos da transferência, que são tempos de transposição e de transformação” (Le Poulichet, 1996, p. 08).

Conforme nos aponta Favato (2005), a presença do analista e a transferência são conceitos intimamente relacionados, mas não se pode dizer que a presença do analista é a transferência, pois um não se reduz ao outro. Já dissemos aqui que a presença do analista não é uma presença real – no sentido proposto por Nacht –, uma vez que a prática analítica não é orientada para a relação de objeto tida como real. A presença do analista é da ordem do encontro com o real, uma presença “traumática”, que autoriza a subjetividade.

Ora, tendo destacado que a presença do analista e não a transferência é uma manifestação do inconsciente, Lacan indicou um caminho a seguir. Indicou o objeto *a* na presença do analista como corpo, como voz, assim como apresentou o sujeito suposto saber na transferência. O correlato essencial da realidade sexual, o resto corporal que se manifesta através da presença, é, tal como o sujeito suposto saber, imprescindível para a instauração da experiência analítica (Favato, 2005, p.69).

A autora prossegue dizendo da indicação de Freud sobre o momento em que o paciente se cala por causa de algum pensamento que se relaciona ao analista, que não é sem fundamento. Conforme Lacan, é como se o paciente dissesse: “Eu realizo de repente o fato da sua presença” (Lacan, 1986[1953-1954], p.52). Então esta presença “traumática” que desarticula o discurso é sentida pelo sujeito como uma abrupta

percepção de alguma coisa difícil de ser explicada pelo mistério e angústia que comporta.

A transferência realiza-se nesse momento, isto é, quando da atualização da realidade do inconsciente através da presença física do analista. Para Lacan, a presença do analista determina o movimento de abertura e fechamento do inconsciente e nela própria está a sua revelação. Uma variação ou oscilação dessa natureza, mesmo sendo difícil de manejar na análise, retrata a especificidade própria do inconsciente (Favato, 2005, p.69).

Então, podemos pensar que algo da transferência se realiza quando temos algo da ordem desse “difícil de explicar”, daquilo que ultrapassa o sentido como efeito da presença que desarticula o discurso e aponta para esta “outra cena” – a do inconsciente. Nos fragmentos apresentados temos claramente um momento em que o analista é colocado pelo sujeito neste lugar de quem pode responder a certas perguntas para as quais não se tem resposta, como vimos no Capítulo 1. Levemos em conta também uma indicação importante de Lacan, que nos diz que “a interpretação do analista não faz mais do que recobrir o fato de que o inconsciente – se ele é o que eu digo, isto é, jogo do significante – em suas formações – sonho, lapso, chiste ou sintoma – já procedeu por interpretação” (Lacan, 1964/1985, p.129).

Um outro aspecto importante a ser retomado é que, diante do desamparo no qual o sujeito é lançado na situação de urgência, ele busca soluções rápidas para solucionar seu mal-estar. O que o analista oferece aqui não se trata de uma suposição de saber no sentido de sustentar um enigma para o sujeito ou lançá-lo num vazio. A transferência não se estabelece como meio de se convocar o sujeito para uma análise, mas como fim, como efeito dessa presença que mesmo realizando o convite para se tentar dar sentido àquilo que atravessa o sujeito naquele momento, porta também algo de inapreensível pela via do simbólico.

Há, entretanto, um cálculo a ser feito dessa posição: como nos afirma Rocha (2007), a expectativa de cura do sujeito diante do adoecimento fundamenta-se na crença de uma verdade dos protocolos médicos.

Ou seja, na esperança – insiste-se, algo trágica – de que a contingência dos resultados já obtidos se converta na necessidade de sua permanente obtenção. Dito de outra forma, o sujeito se vê capturado pela esperança de que sua condição particular possa ser subsumida no universo estatístico das condições mais favoráveis, sejam aquelas de tratamento e, no limite, sobretudo, as de cura. Nesse percurso, muitas vezes ele é acometido pela ameaça da angústia, essa que decorre da percepção da contingência. Do saber sobre o qual não se quer saber, qual seja, aquele relativo ao fato de que nada pode garantir a reprodutibilidade incondicional e necessária de curas anteriormente obtidas, mesmo que as condições em questão se assemelhem (p.113).

Temos que ter em nosso horizonte que a percepção da contingência traz consigo algo que tentamos evitar ao longo da vida, e como nos relembra Éric Laurent, quando se trata da questão do trauma temos que passar pelo sentido:

A inscrição do trauma na particularidade inconsciente do sujeito, fantasma e sintoma, é curativa. Nessa perspectiva, o psicanalista é um doador de sentido (..) é por aí que o sujeito pode reconciliar-se com a desordem do mundo (...) o reconhecimento de um trauma particular, próprio de cada um, é um meio de produzir um reconhecimento e, então, um sentido (Laurent, 2009, p.18-19).

Fazendo uma aproximação com a nossa temática da urgência, já citamos no Capítulo 1 que muitas vezes as situações de urgência passam despercebidas pelos profissionais de saúde ou são inseridas nas “urgências” generalizadas. Só se diz de uma urgência subjetiva pelo acolhimento do psicanalista, e isso tem como efeito para o sujeito localizar a angústia e promover um certo apaziguamento. Podemos colocar que isso de certa forma favorece um lugar de quem “sabe” o que se passa com aquele sujeito, na medida em que parece ver o que ninguém mais vê.

Mas como vimos com a formalização da presença e posição do analista, seu lugar não se sustenta somente no campo do sentido. Embora precise passar por aí, Ansermet

et al, (2007) nos advertem, em seu texto “Apostar na contingência”, do risco de se fixar nesta posição:

O risco é que o sujeito se congele em um *status* de traumatizado, vítima da contingência: o traumatismo vem representá-lo, super-representá-lo, suplantá-lo. Assim, o tratamento do traumatismo pelo *debriefing*, pelo uso intempestivo do sentido, pode chegar a um impasse, encerrando o sujeito em um destino que ele próprio terá criado (...) o traumatismo, então, pode tornar-se um provedor de sentido, mas com um sentido único, fixando o sujeito na armadilha de uma causalidade na qual ele submerge (p.153).

O mais importante seria uma certa disponibilidade para oferecer esse espaço para a palavra e suportar a contingência, o mais além do sentido. O tema da contingência é de fundamental importância para a psicanálise, conforme apontam Pinto et al, (2013). Os autores afirmam que “essa modalidade lógica ficou relegada a um segundo plano desde que uma concepção estritamente determinista do funcionamento da natureza instalou um rígido modo de pensar nos cientistas e, por extensão, nos psicanalistas” (Pinto et al., 2013, p.410). Os psicanalistas estão incluídos nesse modo de pensar porque – como já apontamos anteriormente – a psicanálise está intimamente ligada à ciência, surgindo inclusive a partir dela. Entretanto, como também já trabalhamos no segundo capítulo, o que é da ordem do contingente está sempre “parasitando” esta literalização, forçando sua reescrita. Trata-se de “uma posição ética que privilegia a contingência na situação de transferência para que o discurso do analista possa produzir seus efeitos” (p.413).

O real que nos interessa enquanto psicanalistas não é o da ciência, já que, conforme nos relembram os autores citados, “os sintomas dos neuróticos não manifestam nenhuma relação com algum objeto familiar, a não ser uma relação contingente. Se a verdade tem estrutura de ficção e é aliada à contingência da história, os sintomas não dependem de decifração e sim de contingências para que o elemento ficcional possa ser alterado” (Pinto et al., 2013, p.412).

O que podemos apontar como especificidade da psicanálise tem a ver com sustentar essa insistência do real, da tentativa da busca de sentido para aquilo que não se pode apreender totalmente por essa via do sentido. “O que Lacan e Freud querem com o sentido é abandonar o valor mágico do significante e alcançar o fora-de sentido, isto é, passar do sujeito suposto saber ao registro do real” (Favato, 2005, p.123).

Relembrando a fala de um paciente trazida por Radmila Zygouris durante uma entrevista: “Você certamente acredita que me ajudou através das suas interpretações... Mas vou lhe dizer uma coisa: pra mim é o que eu pude pegar sem que você soubesse disso!”.

5 CONCLUSÃO

Em nosso percurso de pesquisa fica cada vez mais evidente que na clínica da urgência não temos uma “receita de sucesso”, um protocolo que “garanta” um determinado desfecho que pode ser previsto ou antecipado. Na medida em que estamos no campo da contingência, do encontro com o traumático e realizamos um tratamento teórico pela via da psicanálise, o que temos – como já foi apontado no início deste trabalho – são efeitos.

A urgência subjetiva é um dispositivo clínico através do qual o analista convida o sujeito a localizar o que foi transformado em ato ou encontra-se em intenso embaraço pela subtração da palavra e, por meio de uma operação analítica, a situar-se novamente diante do Outro a partir de alguns significantes que posteriormente se enlaçarão na transferência.

Tal operação consiste em ocupar uma “posição específica” – posição de analista – com uma “escuta diferenciada”: escutar “para que o outro se escute” (Decat de Moura, 2002, p.54). A aposta aqui é a de que, através do recurso à palavra, o sujeito possa prescindir da colocação em ato de sua realidade psíquica e recriar novas saídas.

Cabe ao analista sustentar esse espaço de invenção para o sujeito onde ele será convidado a (re)inventar, através da palavra, um modo próprio de se haver com o insuportável, reconstruir um sentido a partir de algo que aponta para um enigma.

Mas a este movimento não se trata de atribuir um sentido qualquer: depois de um trauma, o sujeito não precisa somente dar um sentido ou restituir o sentido reprimido, o sujeito precisa então reinventar esse Outro sem o qual não se pode viver, esse Outro que ele acreditava existir e que agora não existe mais. E essa “reinvenção”

não se faz de forma cognitiva, não é possível aprender cognitivamente as regras que compõem para nós o laço social.

Quando Lacan fala da “presença do analista” como sendo da ordem de uma manifestação do inconsciente, coloca em cena o real em jogo na transferência, o que aponta para o mais além do sentido, para um real diferente do da ciência, que comporta um impossível de se apreender pela via do simbólico. E o analista só pode ocupar este lugar específico porque seu próprio percurso o levou a não mais crer no sentido como resposta: sustentando a dimensão da contingência, sua posição suscita o surgimento do inconsciente, que emerge em sua dimensão de ruptura com o sentido estabelecido.

Estamos diante da clínica que nos impõe seus limites e a necessidade de formalização e avanços para uma leitura dos acontecimentos de nossa época. Novamente retomamos o que nos deixou Freud ao não recuar diante do amor de suas histéricas e a lição de Lacan de não recuar diante da psicose.

Em se tratando da urgência, testemunhamos na clínica a capacidade criativa do sujeito de encontrar saídas para o traumatismo, conforme aponta Guilherme Belaga: “o ato analítico também implica apostar em uma reinvenção desse Outro que caiu, que foi perdido” (Belaga, 2006, p.17). O sujeito está convidado a realizar este percurso porque há por parte do analista uma aposta de que ele possa de algum modo responder pelo que lhe escapa. A própria interpretação do analista deve necessariamente apontar para este lugar vazio de significação, no sentido de romper com a repetição e, portanto, fazer emergir algo de novo.

Ao abrir mão da “paz” de seu consultório para sair em direção ao mundo, o psicanalista opta por intervir mais “na cena” e menos por lidar com uma elaboração do sujeito acerca do que aconteceu. Isso vai colocar também do lado do analista a invenção

como da ordem da necessidade. Como nos diz Freymann, “Diante da irrupção do real, invente!”

Em seu artigo “Da suposição à invenção: o sujeito suposto saber na clínica das urgências subjetivas”, Lucíola Macêdo nos diz: “Diante do que faz furo, é preciso apostar numa invenção” (Macêdo, 2008, p.59). A autora traz a contribuição de outros teóricos que se dedicaram ao estudo das “urgências” – contribuições já citadas aqui – e que falam do que é possível inventar.

De qualquer modo, o próprio título do trabalho dá uma importante indicação para o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva: nosso percurso aqui passa menos pela suposição (de saber) do que pela invenção. Assim como o psicanalista passa pelo sentido para ir mais além, durante o trabalho de pesquisa passamos pelas formulações sobre a noção de inconsciente transferencial e o percurso de Freud e Lacan acerca da transferência enquanto amor que se dirige ao saber esbarrando na “traumática” presença do analista articulada à noção de inconsciente real e aberta à contingência.

Estamos, neste momento, tentados a lançar luz a alguma indicação de como se dá este processo de invenção. Como o analista se “capacita” para ocupar uma determinada posição e realizar esta “ádua tarefa” de escuta na urgência?

Sobre “A elaboração do saber em análise e a invenção”, Mônica Lima nos diz da diferença entre a forma de apreensão sapiente típica da ciência e o modo de elaboração do saber na experiência da análise. Como já vimos, enquanto para a ciência seria possível apreender o real sem resto, Lacan vai na contramão dessa possibilidade afirmando que a experiência da análise aponta que “o saber comporta falhas”, pontos que não se fecham, e que a verdade do sujeito só pode ser “meio dita” por intermédio do saber. Diferentemente da ciência e da teoria da reminiscência, a psicanálise por sua

vez “inclui no saber elaborado em sua experiência o sexual como causa e, por essa razão, recusa duas ideias: 1) a de que o saber gerado pela análise seja completo; e 2) a de que esse saber já esteja constituído no inconsciente, esperando para ser revelado ou recuperado por intermédio da interpretação” (Lima, 2008, p.76).

A autora relembra que Freud já apontava que a divisão do sujeito é “incurável” e que a sua posição diante do conflito é a de que a “psicanálise pode reconhecer o conflito, enfrentá-lo, transformá-lo, mas em nenhum caso eliminá-lo” (p.76). Diante dessa luta interminável entre a pulsão e o eu, após o percurso da análise o sujeito se vê diante da falha relativa à castração, de onde ele deve fazer advir um saber: o sujeito necessita aqui tomar uma decisão que implica numa criação, no advir de um novo saber adquirido em função de um “eu perco” (Lima, 2008, p.80).

Retomando nossa pergunta, a partir do exposto acima e sustentados no ensino de Lacan, podemos apontar um caminho: a “capacitação” se dá a partir da formação teórica, da práxis mas, sobretudo, a partir da própria análise. Como já apontamos ao longo deste trabalho, é o percurso do analista que vai dar a ele condições de suportar chegar a um determinado lugar “ao alto e à esquerda” de onde pode operar.

REFERÊNCIAS

- Ansermet, F. & Borie, J. (2007). Apostar na contingência. In J. D. Matet, & J. Miller, (Orgs.), *Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana* (pp. 153-158). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Baratto, G. (2010). Genealogia do conceito de transferência na obra de Freud. São Paulo: USP. *Estilos da Clínica*, 15(1), 228-247.
- Batista, G. (2010). 'Fora do protocolo' intervenção psicanalítica em situação de urgência. In G. Batista, M. Decat de Moura, & S. B. Carvalho (Orgs.), *Psicanálise e Hospital 5 – a responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica* (pp.133-141). Rio de Janeiro: WAK.
- Belaga, G. (Org.). (2006). *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama.
- Belaga, G. (2005). La urgencia generalizada – ciencia, política y clínica del trauma. In *La urgencia generalizada 2: ciencia, política y clínica del trauma* (pp.09-29). Buenos Aires: Grama.
- Belaga, G. (2006). Presentación. In G. Belaga (Org.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp.11-19). Buenos Aires: Grama.
- Botto, S. et al. (2007). La variedad de la práctica: del tipo clínico al caso único en psicoanálisis. In *III Encontro Americano do Campo Freudiano*.
- Calazans, R., & Bastos, A. (2008, dezembro). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana Psicopatologia fundamental*, 11(4), 640-652.
- Camaly, D. (2009). Modalidades de resolución de la urgencia en la guardia externa de un hospital general. In I. Sotelo, (Org.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp.127-135). Buenos Aires: Grama.
- Caroli, F. (1989). Repetição e urgência psiquiátrica. In J. Lacan, *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Carvalho, A. M. S. (2011). *Psicanálise e hospital: há ato analítico? Estudo sobre a especificidade da intervenção psicanalítica na pediatria e seus efeitos no tratamento da criança hospitalizada*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Carvalho, S. B. (2008). *O hospital geral: dos impasses às demandas dirigidas ao saber psicanalítico. Como opera o psicanalista? Articulação teórica a partir da experiência da Clínica de Psicologia do Hospital Mater Dei*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Coelho, C. S. P. et al. (2006, , agosto). Um bebê morre... uma mãe desperta! Uma intervenção possível... *Epistemo-somática*, 3(3), 112-115.

Clavreul, J. (1983). *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense.

Decat de Moura, M. (2002). A prática do psicanalista em instituição hospitalar no Brasil. *Rev. Psicol. Plural*. Ano XI, n.17, 53-60.

Decat de Moura, M. (2000). Psicanálise e urgência subjetiva. In M. Decat de Moura (Org.), *Psicanálise e hospital* (2a.ed., pp.3-15). Rio de Janeiro: Revinter.

Decat de Moura, M., & Souza, M. C. B. (2007, dezembro). Psicanálise e hospital: se ao 'a' deve o analista chegar, por onde andava ele?. *Epistemo-somática*, 4(2). Acesso em 16 ago. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-20052007000200013&lng=pt&nrm=iso>.

Delgado O. *Angustia y trauma*. Acesso em 01/12/2013. Disponível em: <http://virtualia.eol.org.ar/023/template.asp?Lecturas-freudianas/Angustia-y-trauma.html>.

Favato, A. M. F. (2005). *Da transferência à presença do analista*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Freud, S. (2006). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. II, p. p.39-53). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893).

Freud, S. (2006). A interpretação dos sonhos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. V). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900-1901).

Freud, S. (2006). Fragmento da análise de um caso de histeria. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. VII, p p.15-118). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905[1901]).

Freud, S. (2006). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J.

Salomão, trad., vol. VIII, pp.232-244). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).

Freud, S. (2006). A dinâmica da transferência. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. XII, pp.107-120). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).

Freud, S. (2006). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. XII, pp.121-133). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).

Freud, S. (2006). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. XII, pp.137-160). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).

Freud, S. (2006). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. XII, pp.161-174). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

Freud, S. (2006). Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. XII, pp. 175-192). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915[1914]).

Freud, S. (2006). Conferência XXVII: transferência. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. XVI, pp.433-448). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em [1916-17]).

Freud, S. (2006). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. XVII, pp. 171-184). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).

Freud, S. (2006). O estranho. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. XVII, pp.237-269). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919).

Freud, S. (2010). Além do princípio do prazer. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud* (C. Dombusch, H. Araujo, M.R. Salzano & L.A. Hanns, trads., vol. 2, pp. 123-182). Rio de Janeiro: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920).

Freud, S. (2006). O futuro de uma ilusão. In *Edição standard brasileira de obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. XXI, pp. 13-71). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927).

Freud, S. (2006). Análise terminável e interminável. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. XXIII, pp. 225-274). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).

Freud, S. (2006). Moisés e o monoteísmo – três ensaios. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. XXIII, pp. 13-150.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1939 [1934-38]).

Freud, S. (2006). Esboço de psicanálise. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. XXIII, pp. 153-224). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1940).

Grupo de Investigación y Asistencia sobre La Urgencia. (1989). *La urgencia: el psicoanalista en la práctica hospitalaria*. Buenos Aires: Ricardo Vergara. Ediciones.

Guérin, G. (1982). Prefácio. In G. Raimbault (Org.), *Clinique du réel* (pp. 5-17). Paris: Éditions du Seuil.

Iannini, G. (2012). Seção 9 – Psicanálise, ciência êxtima. In *Estilo e verdade em Jacques Lacan* (pp.215-228). Belo Horizonte: Autêntica.

Lacan, J. (1998). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In *Escritos* (Apresentado em 1945, pp.197-213). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1966).

Lacan, J. (1998). Intervenção sobre a transferência. In *Escritos* (Apresentado em 1951, pp.214-225). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1966, edição francesa).

Lacan, J. (1986). *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud* (Bette Milan, trad., Apresentado em 1953-1954). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1975, edição francesa).

Lacan, J. (1998). Variantes do tratamento padrão. In *Escritos* (Apresentado em 1955, pp.325-364). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1966, edição francesa).

Lacan, J. (1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In *Escritos* (Apresentado em 1957, pp.496-533). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1966, edição francesa).

Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In *Escritos* (Apresentado em 1958, pp.591-652). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1966, edição francesa).

Lacan, J. (1980). Posição do inconsciente. In *Escritos* (Apresentado em 1960, pp.843-864). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1966, edição francesa).

Lacan, J. (1995). *O seminário, livro 8: a transferência* (Dulce Duque-Estrada, trad., Apresentado em 1960-61). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1991, edição francesa)

Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia* (Angelina Harari, trad., Apresentado em 1962-63). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 2004, edição francesa).

Lacan, J. (1985). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (M.D. Magno, trad., Apresentado em 1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1973, edição francesa).

Lacan, J. (1998). A ciência e a verdade. In *Escritos* (Apresentado em 1965-66, pp.869-892). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1966, edição francesa).

Lacan, Jacques. (2003). O lugar da psicanálise na medicina. (Apresentado originalmente em 1966). *Opção Lacaniana*, nº.32, pp.248-264. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (2003). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In *Outros escritos* (Vera Ribeiro, trad. brasileira, pp.248-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (2003). O engano do sujeito suposto saber (Apresentado originalmente em 1967). In *Outros escritos*. (Vera Ribeiro, trad. brasileira, pp. 329-340). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* (Ari Roitman, trad., Antonio Quinet, cons. Apresentado em 1969-1970). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, Jacques. (1985). *O seminário, livro 20: mais, ainda* (M.D. Magno, trad. Apresentado em 1972-1973). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1975, edição francesa).

Lacan, J. (1993). *Televisão* (Antonio Quinet, trad. brasileira). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1974, edição francesa).

Laurent, E. (2007). *A sociedade do sintoma, a psicanálise hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa.

Laurent, E. (2009). El revés del trauma. In I. Sotelo (Org.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp.13-22). Buenos Aires: Grama.

- Le Poulichet, S. (1996). *O tempo na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LIMA, M.A.C. (Dezembro, 2002). O sujeito da experiência psicanalítica entre o contingente e o necessário. *Ágora* (Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia UFRJ), 5(2), pp.295-310.
- Lima, M.A.C. (2008). A elaboração do saber em análise e a invenção. *Curinga: As novas formas do sujeito suposto saber* (Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise), nº 27, pp.75-81.
- Macêdo, L. F. (2008). Da suposição à invenção: o sujeito suposto saber na clínica das urgências subjetivas. *Curinga: As novas formas do sujeito suposto saber* (Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise), nº 27, pp.37-42.
- Machado, M. V. (2011). *O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília. Brasília, DF.
- Mattos, S. A. (Abril, 2003). A disponibilidade do analista. *Correio: revista da Escola Brasileira de Psicanálise* (Belo Horizonte), nº 42.
- Melo, C. B. M. (2009). *A questão dos discursos na instituição hospitalar a partir da psicanálise lacaniana*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia, Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Miller, J-A. (2001) *Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia*. Acesso em: 24 de agosto de 2010. Disponível em: http://www.cdcelp.org/freudiana/J.A_Miller_1.PDF.
- Miller, J-A. (2008). *Efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise: conversação clínica com Jacques-Alain Miller em Barcelona*. Belo Horizonte, EBP: Scriptum.
- Miller, J-A. (2006-2007). O inconsciente real. *Opção Lacaniana 4 - OnLine*. Primeira aula do Curso. Acesso em 01/01/2014 Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/antigos/n4/pdf/artigos/JAMIncons.pdf..>
- Miller, J-A. (1997). Diagnóstico e posição subjetiva. In *Lacan elucidado, palestras no Brasil* (pp.230-247). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Miller, J.-A. (1993). *Percurso de Lacan: uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Milner, J-C. (1996). O doutrinário de ciência. *A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia* (pp.28-62). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Mohallem, L.N. (2002). Psicanálise e hospital: um espaço de criação. In M. Decat de Moura, *Psicanálise e hospital 3 - tempo e morte: da urgência ao ato analítico* (pp.23-34). Revinter: Rio de Janeiro.

Moretto, M.L.T. (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.

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

Nacht, S. (1963). *La présence du psychanalyste*. Paris: Presses Universitaires de France.

Nepomiachi, R. (1989). Al tiempo de la urgencia, el tiempo del saber. In Grupo de Investigación y asistencia sobre la Urgencia. *La urgencia: el psicoanalista en la práctica hospitalaria* (pp.59-61). Buenos Aires: Ricardo Vergara. Ediciones.

Pereira, M. E. C. (1997). *Pânico: contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo: Lemos Editorial.

Pereira, M. E. C. (2008). *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Escuta.

Pinto, J. M., & Rocha, I. H. M. (2013). A necessidade da contingência: letra e final de análise. In M. Decat de Moura, *Psicanálise e medicina – oncologia: clínica do limite terapêutico?* (pp.410-422). Belo Horizonte: Artesã.

Pinto, J. M. (Janeiro-agosto, 2006). Política da Psicanálise. *Epistemo-somática* (Belo Horizonte), ano 3, nº 3, pp.58-66.

Rabinovich, D. S. (Dezembro, 2001). O psicanalista entre o mestre e o pedagogo (Luís Flávio S. Couto, trad.). *Cadernos de Psicologia* (Belo Horizonte, Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais), 11(1), pp.09-28.

Conselho Federal de Medicina (Março, 1995). *Resolução CFM nº 1451/95*, de 10 de março de 1995 (Publicada no Diário Oficial da União em 17.03.95 – Seção I, pp. 3666).

Rinaldi, D., & Jorge, M.A.C. (Orgs.). (2002). *Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário, livro 17, de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Rocha, G.M. (Dezembro, 2006). As estruturas clínicas e o universo infinito. *Epistemo-somática* (Belo Horizonte), 3(2), pp.174-185. Acesso em 21 de outubro de 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epistemo/v3n2/v3n2a03.pdf>.

Rocha, G.M. (2007). Biopolítica e contemporaneidade: ato médico e ato analítico. *Epistemo-somática* (Belo Horizonte), 4(2), pp.109-117.

Rodrigues, G.V. (2010). *A psicanálise pelo avesso: uma leitura do seminário o avesso da psicanálise de Jacques Lacan*. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa.

Santiago, J. (2003). O desejo do analista e sua cumplicidade aberta à surpresa. *Correio* (Rio de Janeiro: EBP), nº 44.

Simões, C.L.F. (2011). *A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Soler, C. (1992). *Lacan y el Banquete*. Buenos Aires: Manantial.

Sotelo, I. (Org.). (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama.

Sotelo, I. (2009). ¿Que hace un psicoanalista en la urgencia?" In I. Sotelo (Org.), *Perspectivas de la clínica de la urgencia* (pp.23-30). Buenos Aires: Grama.