

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

***O HOSPITAL GERAL: Dos Impasses às Demandas ao Saber
Psicanalítico. Como Opera o Psicanalista?
Articulação teórica a partir da experiência da Clínica de Psicologia e
Psicanálise do Hospital Mater Dei.***

Simone Borges de Carvalho

BELO HORIZONTE

2008

Simone Borges de Carvalho

O HOSPITAL GERAL: Dos Impasses às Demandas ao Saber

Psicanalítico. Como Opera o Psicanalista?

Articulação teórica a partir da experiência da Clínica de Psicologia e

Psicanálise do Hospital Mater Dei.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Estudos Psicanalíticos

Linha de Pesquisa: Investigações Clínicas em Psicanálise

Orientador: Prof. Dr. Luís Flávio Silva Couto.

BELO HORIZONTE

2008

150 Carvalho, Simone Borges de
C331h O hospital geral [manuscrito] : dos impasses às demandas ao saber
2008 psicanalítico : como opera o psicanalista ? : articulação teórica a partir
da experiência da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital
Mater Dei / Simone Borges de Carvalho. -2008.

102 fls.

Orientador: Luís Flávio Silva Couto

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Lacan, Jacques, 1901-1981 2. Psicologia - Teses 3. Psicanálise lacaniana -

Teses. I. Couto, Luís Flávio Silva. II. Universidade Federal de Minas Gerais.

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título

Simone Borges de Carvalho

***O HOSPITAL GERAL: Dos Impasses às Demandas ao Saber Psicanalítico.
Como Opera o Psicanalista? Articulação teórica a partir da experiência da
Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei.***

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Prof. Dr. Luís Flávio Silva Couto (Orientador) – FAFICH/UFMG

Prof.(a). Dr.(a)

Prof.(a) Dr.(a)

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2008.

*À Isadora, Luísa, Heloíse, Lucas
e Robson Amaral*

Durante o percurso de elaboração deste trabalho pude contar com a contribuição, direta e indiretamente, de muitos. Inicialmente, agradeço aos meus pais, Amasílio (*in memoriam*) e Irene, que me permitiram o desejo de saber. Ao Robson, meu companheiro com quem partilho a vida, pela compreensão e por tolerar minhas ausências e confusões. A Ângela, por me fazer descobrir que o mais importante é trilhar o caminho, o que ajudou a suportar a solidão desse caminhar. Ao Ronny, pelas cuidadosas leituras, sugestões, por sua disponibilidade e palavras de incentivo. Ao Rodrigo, pelo apoio. A Carol, pelo “socorro” no espanhol.

Ao professor Luis Flávio Couto, meu orientador, pelo incentivo constante, valiosa escuta e minuciosa leitura tão essenciais e decisivas na sustentação de um rigor clínico conceitual sobre o tema. Especialmente por sua orientação, que guiou esta produção tornando esse caminho mais agradável.

A Marisa Decat, com quem pude compartilhar minhas alegrias, dificuldades e angústias e que muito contribuiu para a formalização das minhas idéias. A Léa Mohallem, pelo carinho, incentivo e apoio. Aos meus colegas da Clínica de Psicologia e Psicanálise pela interlocução, pelas discussões clínicas e pela compreensão nos momentos em que precisei dividir minha atenção: Juliana Gubiotti, Michelle Oliveira, Lulude, Elvira Márcia Viana, Nanci Natividade e, em especial, a Larissa Zambolim.

Ao Jeferson Machado por sua disponibilidade, participação e, especialmente, por ter me indicado a importância da clínica para elaboração deste trabalho o que, certamente, enriqueceu as formalizações teóricas.

A Denise Morsch, pelo carinho com que acolheu o convite de participar deste trabalho.

Aos Colegas da turma de Mestrado 2006 pelas trocas de idéias, de referências bibliográficas e por me incentivarem a prosseguir neste trabalho.

*“Cada ponto do caminho é um ponto de chegada.
Nietzsche se ria dos turistas que subiam as
montanhas, suando e bufando: o que eles
queriam era chegar ao alto da montanha. Cegos
pela estupidez, não viam que cada lugar da
caminhada estava cheio de beleza.”*

Rubem Alves

*“A coisa não está nem na partida nem na
chegada; está é na travessia.”*

Guimarães Rosa

Este trabalho apresenta uma reflexão sobre a prática do psicanalista no contexto do hospital geral. Assim, busca localizar, através de casos e situações clínicas, o lugar de onde procede a convocação do psicanalista e de que maneira a psicanálise orienta seu modo de resposta com o objetivo de construir uma formulação teórica sobre possíveis funções do psicanalista na instituição hospitalar. Neste sentido, o estudo elaborou a questão da formação do analista e sua inserção no hospital como condições para que ele possa exercer aí suas funções. Por constituir-se em um espaço onde circulam profissionais de diversos saberes, o hospital geral torna-se propício a um encontro entre o saber que abrange o campo da medicina e o saber oferecido pela psicanálise. Com a escolha desta abordagem teórica, este texto desenvolveu as formalizações da práxis psicanalítica no hospital e do lugar e funções que cabem ao analista neste contexto. Deste modo, após a introdução, o capítulo que se segue constrói uma articulação entre o saber médico, o saber da psicanálise e a teoria dos discursos em Lacan. O capítulo seguinte apresenta um recorte no campo da variedade da prática psicanalítica com o objetivo de buscar experiências dessa prática fora do consultório privado e que sirvam de contraponto à prática no hospital geral. O capítulo final propõe uma formalização teórica sobre algumas funções possíveis ao analista no âmbito hospitalar.

Palavras-chave: Psicanálise; Hospital geral; Função e Lugar do analista; Discursos em Lacan.

Ce travail présente une réflexion sur la pratique du psychanalyste dans le cadre de l'hôpital général. Au cours de cette réflexion, nous avons essayé de localiser, à travers des cas et des situations cliniques, la place d'où procède la convocation du psychanalyste et comment la psychanalyse oriente son mode de réponse, dans le but de construire une formulation théorique sur les fonctions possibles du psychanalyste dans l'institution hospitalière. Dans ce sens, notre étude a élaboré la question de la formation de l'analyste et son insertion dans l'hôpital comme des conditions requises pour qu'il puisse y exercer ses fonctions. Étant donné qu'il constitue un espace où circulent des professionnels détenteurs de plusieurs savoirs, l'hôpital général offre la possibilité d'une rencontre entre le savoir qui englobe le champ de la médecine et le savoir offert par la psychanalyse. A partir du choix de cette approche théorique, notre texte a développé des formalisations aussi bien de la praxis psychanalytique à l'hôpital que celle de la place et fonctions qui reviennent à l'analyste dans ce contexte. Ainsi, après l'introduction, le chapitre suivant construit-il une articulation entre le savoir médical, le savoir de la psychanalyse et la théorie des discours chez Lacan. Le deuxième chapitre présente un recoupement au sein de la variété de la pratique psychanalytique, dans le but de chercher des expériences de cette pratique en dehors du cabinet privé qui puissent servir de contrepoint à la pratique dans l'hôpital général. Le troisième chapitre propose une formalisation théorique de quelques fonctions possibles de l'analyste dans le cadre hospitalier.

Mots-clés: Psychanalyse; Hôpital général; Fonction et place de l'analyste; Discours chez Lacan.

AMP	Associação Mundial de Psicanálise
CLIN-a	Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade
CPCT	Centro Psicanalítico de Consulta e Tratamento
CPP - HMD	Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei
CTI	Centro de Terapia Intensiva
EBP	Escola Brasileira de Psicanálise
IPA	International Psychoanalytical Association
NIAB	Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
OMS	Organização Mundial de Saúde

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. CAPÍTULO I - SABER DA MEDICINA E SABER DA PSICANÁLISE: UM ENCONTRO POSSÍVEL NO HOSPITAL GERAL	15
2.1 A que é chamado o psicanalista no hospital geral? A que e de qual lugar o psicanalista responde?.....	17
2.1.1 Caso clínico – Do fígado ao “filho”: transplante, corpo e discursos.....	21
2.1.2 Situação clínica – Intervenção psicanalítica: sobre um possível arranjo entre paciente, família e equipe multiprofissional	25
2.2 Teoria discursiva lacaniana: a circulação dos discursos no hospital geral.....	28
2.2.1 Caso clínico – O psicanalista na instituição: possibilidade de fazer girar os discursos	39
3. CAPÍTULO II - PSICANÁLISE: A VARIEDADE DA PRÁTICA PSICANALÍTICA	43
3.1 A Prática “Entre-Vários”	45
3.1.1 Caso clínico: “Questão de transferência?”	49
3.2 Centro Psicanalítico de Consultas e Tratamentos - CPCT	58
3.2.1 “Irupé”: psicanálise e urgência subjetiva.....	65
3.3 Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei – CPP-HMD.....	70
4. CAPÍTULO III - SOBRE AS FUNÇÕES DO PSICANALISTA NO HOSPITAL GERAL	74
4.1 A função de escuta: o encontro com o analista-objeto	79
4.2 Função de “incluir na cena”	85
4.3 Intervenção retificadora como uma função	89
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

1. INTRODUÇÃO

Estabelecer uma articulação teórico-prática sobre o que está em jogo quando um psicanalista¹ é chamado a intervir em situações diversas, no contexto de um hospital geral, tem sido um desafio sempre presente em minha atuação como membro da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei, em Belo Horizonte-MG.

É interessante pontuar que o nome da clínica conjuga dois termos distintos e convida a pensar a que nos remete o uso destes termos – Psicologia e Psicanálise – ligados pela conjunção *e*. Faz-se necessário pontuar que o *e* situado entre os dois termos não se refere a uma complementaridade, nem tampouco a uma junção entre Psicologia e Psicanálise. A função dessa conjunção é marcar a existência de dois campos de saberes distintos, tendo cada um a sua particularidade. Dentro da instituição hospitalar – Hospital Mater Dei – é a profissão de psicólogo que garante a legalidade da existência do profissional *psi*². Contudo, é fundamentalmente o saber analítico que orienta o modo de operar com as demandas dirigidas aos profissionais dessa clínica.

Porém, é necessário considerar a dificuldade de se estabelecer o que vem a ser a função, as habilidades e as competências do psicólogo, e da não menos difícil tarefa de circunscrever a definição de analista. Essa dificuldade é explicitada tanto por Canguilhem, no que diz respeito à prática e formação do psicólogo, quanto por Freud, no tocante à psicanálise, quando a eleger como uma das profissões impossíveis.

Canguilhem chama a atenção para a dificuldade na definição do que vem a ser a formação e a prática do psicólogo. Com isso nos direciona a entender que “por não responder sobre o que é, tornou-se bastante difícil ele [o psicólogo] responder sobre o que faz” (CANGUILHEM, 1973: s/p). Entretanto, vale ressaltar que, nos dias atuais, talvez possamos

¹ Mantenho aqui o termo “psicanalista” com o intuito de marcar uma diferença radical entre a forma como o analista opera e o modo de trabalho proposto pelo psicólogo.

² Sobre o que fundamenta o nome “Clínica de Psicologia e Psicanálise” cf. DECAT, M. Revue F.E.D.E.P.S.Y., abril, 2002, p. 26-29.

considerar que as teorias cognitivo-comportamentais tenham oferecido ao psicólogo uma identidade.

Por outro lado, em relação à psicanálise, Freud já havia também alertado para essa dificuldade. Em *Análise Terminável e Interminável* (1937/1980), ele aponta para as exigências rigorosas que o analista deve ter no desempenho de suas atividades fazendo referência às dificuldades que os profissionais encontram nesse campo. Freud elege o psicanalista, juntamente com o educar e o governar, como uma das profissões impossíveis. Além disso, deve-se considerar a complexidade que o uso do termo psicanalista evoca. Lacan questiona a existência do “psicanalista” na medida em que ele é uma função, um lugar³, não havendo um predicado capaz de definir o que vem a ser o psicanalista. Ele apenas pode “ex-sistir a partir da ocorrência, sumamente contingente, da suposição de saber que se estabelecerá numa relação transfe-rencial” (TEIXEIRA, 2004: 73).

Considerando tais dificuldades, o percurso deste estudo se iniciou por uma investigação sobre as demandas dirigidas ao saber psicanalítico como representante de um campo de saber diferente daquele estabelecido pelo conhecimento médico. Assim, buscou-se tanto identificar a natureza dos impasses nos quais o analista é chamado a intervir quanto deslindar o que torna possível o trabalho analítico no interior de um hospital geral, onde o discurso hegemônico tende a um saber totalitário e universal.

Desse modo, foi importante verificar as diversas demandas dirigidas ao analista no contexto de um hospital geral e, em contrapartida, de que modo o saber psicanalítico orienta sua resposta. Questões que remetem diretamente à necessidade de se pensar qual ou quais as funções possíveis ao analista nessa instituição.

O percurso deste trabalho busca colocar em evidência a prática analítica na especificidade do contexto da instituição hospitalar. Desse modo, responder à questão

³ Cf. LACAN, *Seminário 17*: “... mas talvez, se isso existir, ser um psicanalista.” (p. 86) e mais adiante, “Em se tratando da posição dita do analista – nos casos, aliás, improváveis, pois haverá mesmo um analista?, quem pode saber?, mas teoricamente podemos postulá-lo –, é o próprio objeto *a* que vem no lugar do mandamento” (p. 99).; em, *Lugar, origem e fim do meu ensino*: “... chegará um tempo em que se perceberá que ser psicanalista pode ser um lugar em uma sociedade” (p. 59).

colocada exige do analista uma formalização teórica a respeito da práxis⁴ psicanalítica no hospital geral. As demandas que lhe são aí dirigidas não se restringem às solicitações formais de atendimentos a pacientes, mas chegam a ele através dos diversos profissionais que ali trabalham, das mais variadas formas e, muitas vezes, de maneira sutil. Portanto, é preciso levar em conta que a dimensão traumática das experiências vividas no ambiente hospitalar mostra-se presente para os pacientes, familiares e profissionais das diferentes equipes que ali atuam e isso merece ser considerado por quem deseja ocupar o lugar de analista no hospital geral.

A partir dessas considerações, o primeiro capítulo foi dedicado à discussão sobre os diferentes lugares que ocupam o saber da medicina e o saber da psicanálise. Estabeleceu-se uma formalização das demandas dirigidas ao serviço de psicologia nas diversas situações em o profissional desse serviço é convocado a intervir. Este ponto mostrou a importância de marcar a diferença entre as demandas formais de atendimentos clínicos e as diversas demandas dirigidas ao saber da psicanálise.

O segundo capítulo traz a questão da variedade da prática psicanalítica hoje. Para isto, foram escolhidos dois exemplos: o da *prática entre vários* e o da proposta da Associação Mundial de Psicanálise – AMP – para o atendimento às urgências subjetivas através dos efeitos terapêuticos rápidos. Este capítulo tem o objetivo de apresentar essas duas experiências como contraponto ao trabalho analítico desenvolvido pela Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei.

Finalmente, o terceiro capítulo é dedicado à formalização teórica de algumas funções possíveis ao analista no contexto hospitalar. Aqui, procurou-se privilegiar as funções que mostram, de alguma maneira, as especificidades deste trabalho no hospital. É importante ressaltar que esta pesquisa se serviu da experiência de uma determinada clínica, que tem a psicanálise como seu referencial teórico, em um determinado hospital geral.

⁴ O uso do termo *práxis* psicanalítica referindo-se ao trabalho do analista numa instituição retoma a resposta dada por Lacan no *Seminário 11* 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” (Cf. LACAN, *O Seminário, livro 11*, p. 14).

Para pensar e formalizar a prática do analista no hospital geral, optou-se por partir da própria experiência clínica. Assim, foram os casos e situações clínicas que nortearam a construção teórica deste trabalho. Foi a partir da clínica que a teoria foi construída. É importante marcar que, para trabalhar com os casos e situações clínicas, tomou-se o cuidado de modificar os nomes e alguns dados dos envolvidos, porém, mantendo a estrutura dos casos. Assim, os nomes e alguns conteúdos dos casos são fictícios com o intuito de manter a ética do sigilo.

2. SABER DA MEDICINA E SABER DA PSICANÁLISE: UM ENCONTRO POSSÍVEL NO HOSPITAL GERAL

A Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei – CPP-HMD – é composta por psicólogos que fundamentam sua prática e a formalizam teoricamente a partir da teoria psicanalítica. São eles psicanalistas ou praticantes da psicanálise⁵. O início deste trabalho se deu em 1978, concomitante à construção das instalações do hospital, a partir de um convite por parte da diretoria a uma psicanalista, que hoje é a coordenadora do serviço de psicologia do hospital, para lecionar no Curso “Casal Grávido”⁶. O trabalho desta clínica cresceu e se estendeu ao atendimento clínico a pacientes internados, familiares e às demandas da comunidade e ao manejo de diversas demandas a ela direcionadas.

Esse crescimento faz indagar sobre a prática da psicanálise em um contexto médico-hospitalar no sentido de investigar o que a possibilita e o que ela exige do psicanalista. A questão da inserção do analista em tal contexto mostrou-se relevante no percurso da Clínica de Psicologia e Psicanálise. O trabalho de “inserção do analista” é constante e fundamental para a prática analítica no hospital geral. É somente a partir da transmissão da psicanálise, do efeito das intervenções do analista que ele pode demarcar seu campo de atuação e possibilitar que os outros profissionais o convoquem em novas situações. Deste modo, a formação e a transmissão da psicanálise no hospital geral tornam-se uma exigência imperativa para o analista que ali atua.

⁵ “Praticantes da psicanálise” é um termo utilizado para se referir àqueles profissionais que trabalham com a psicanálise, mas que ainda não se nomeiam psicanalistas uma vez que esta nomeação exige o final de análise. Entretanto, com o objetivo de facilitar a leitura, utilizarei apenas o termo analista.

⁶ Em relação à história da Clínica de Psicologia e Psicanálise, cf. MOURA, Decat M. *Psicanálise e hospital*, Rio de Janeiro: Revinter, p. 1-2.

Somado a isso, a decisão de “estar de plantão”⁷ no Centro de Terapia Intensiva – CTI – propicia que, a partir de sua presença, o analista seja demandado em situações diversas e, ainda, possa intervir mesmo naquelas para as quais não há um pedido explícito. Assim, é importante ressaltar que o analista no hospital geral é também convocado em situações que não se referem ao atendimento clínico em sentido estrito. A presença do analista permite que ele exerça sua escuta durante os plantões – escuta não apenas dos pacientes e seus familiares, mas também dos diversos profissionais que lhe endereçam uma demanda –, o que possibilita uma intervenção analítica em situações pontuais, mas que são fundamentais para que a existência da subjetividade seja autorizada. É importante salientar que a escuta e intervenção do analista junto aos diversos profissionais visam propiciar uma abertura, um espaço para a subjetividade e não a construção de uma relação terapêutica com eles.

É a partir da construção do vínculo transferencial⁸ com os demais profissionais da instituição que o analista pode estar presente em vários setores do hospital. O que sinaliza a existência da transferência é o efeito das intervenções do analista em determinadas situações nas quais se faz presente. Pode-se afirmar que, para que o analista possa ocupar seu lugar e exercer sua função, é necessário um trabalho de manejo das diversas demandas que lhe são direcionadas.

Entretanto, assim como a formalização teórica sobre o manejo das demandas dirigidas ao analista é de extrema importância, é também fundamental refletir sobre o espaço que ele pode construir dentro da instituição hospitalar. É por construir um “espaço vazio”, sem consistência, que ele pode ser chamado quando algo da angústia emerge dentro deste contexto. Assim, o apelo “*chama a psicologia!*” se faz possível a partir de uma construção desse lugar pelo analista. É nesse sentido que se pode afirmar que a *inserção do analista* no hospital geral, que se faz a partir da construção desse espaço vazio, é fundamental, permanente e sem garantia. É necessário considerar que este “*chama a psicologia*” remete muito mais à busca de um saber outro, diferente do saber que a ciência pode oferecer à medicina, que à pessoa do analista. O chamado é a um especialista, entretanto, ao ocupar o “seu lugar” o analista não dá consistência a uma especialidade. Ele não constrói um espaço

⁷ Atualmente, os membros da Clínica de Psicologia e Psicanálise estão presentes no Centro de Terapia Intensiva em esquema de plantão das 8h às 20h, de segunda a domingo. A decisão de estar de plantão objetiva a inserção do analista na instituição (Cf. DECAT, M. *Psicanálise e hospital*, 2000, p. 7).

⁸ Esta questão do vínculo transferencial dentro do contexto hospitalar será mais bem trabalhada no último capítulo desta pesquisa, que vai tratar das funções do analista no hospital geral.

concreto de sua pessoa, mas o espaço vazio, sem consistência e que está referido ao saber da psicanálise.

Então, faz-se necessário refletir sobre as diversas demandas endereçadas ao analista no hospital geral, considerando a que lugar é chamado e de que lugar ele responde.

2.1 A que é chamado o psicanalista no hospital geral? A que e de qual lugar o psicanalista responde?

É importante localizar, na prática analítica dentro de um hospital geral, a que lugar o analista é convocado. Igualmente, é fundamental verificar de qual lugar ele responde, ou seja, como ele opera a partir do saber da psicanálise.

Inicialmente, pode-se afirmar que é a partir de um incômodo, de um impasse qualquer que o analista é chamado a intervir. Isto fica claro no modo como as demandas lhe são formuladas, quando o médico ou outro profissional diz:

“Ele (o paciente) está com doses muito altas de analgésico e continua queixando de dor. Não tem como ele sentir dor com essa dosagem de medicamento!”.

“O Sr. João está chorando muito, já falamos que está indo tudo bem com ele... que está evoluindo bem e já está estável... mas ele parece que não entende! Você pode ir lá?”.

“Esta família está entrando e saindo do CTI a todo instante, você tem que explicar para ela que não pode ser assim!”.

Percebe-se que, muitas vezes, é a existência de impasses como esses que propicia a convocação de um saber exterior ao campo da medicina, ou seja, o saber da psicanálise. Esses impasses são gerados em grande parte pelo modo particular como o paciente ou a família

responde ao saber médico⁹. Dito de outro modo, esses impasses e incômodos surgem quando o médico – ou um outro profissional envolvido no processo de tratamento – se vê impossibilitado de lidar com a particularidade revelada pela resposta do paciente ou de sua família. Ou seja, o analista é acionado quando o saber médico se mostrou impossibilitado de lidar com as questões de um sujeito singular.

Nesse sentido, os impasses e os incômodos, que muitas vezes o saber da ciência tenta eliminar, são bem-vindos ao analista. Enfim, é quando algo escapa àquilo que pode ser apreendido pelo discurso da ciência, criando aí um intervalo, que o analista é convocado a intervir. Nas palavras de Lucíola F. Macêdo,

Foi por causa dessa brecha, para não dizer abismo cavado entre o procedimento proposto, o efeito esperado e o efeito produzido, que algo do registro da demanda pode ser introduzido por um breve espaço de tempo, aquele da permanência de um psicanalista em um dos programas da instituição. (MACÊDO, 2006:53)

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.

Ressalta-se que, em relação às demandas endereçadas ao saber psicanalítico, cabe refletir sobre a diferença entre o lugar “reservado” ao analista no hospital geral e o lugar do qual ele responde. Portanto, vale lembrar que se o saber da medicina e o saber da psicanálise se constituem e se organizam de forma estruturalmente diferente, torna-se impossível localizar uma coincidência entre o que visa cada um desses saberes. Em consequência desta não coincidência ou “disjunção” entre esses saberes é que pode ser revelado um “mal-entendido radical” entre o que o médico demanda e o que o analista propõe:

... 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

⁹ Vale ressaltar que o uso da expressão “saber médico” ou “saber da medicina” tem o intuito de abranger todo o campo de conhecimento que se pode encontrar dentro de uma instituição hospitalar, não se restringindo ao saber do médico. É o modo de funcionamento de um discurso dentro do campo da ciência que se pretende marcar com esta expressão.

*médicas. Mas, o analista propõe ao médico preservar seu ‘lugar de ignorância’ em sua relação com o paciente*¹⁰ (GUÉRIN, 1982: 5-6).

É importante destacar que esse “lugar de ignorância” não corresponde a um campo que o saber médico ainda não pôde recobrir, mas a um lugar que considera e que representa a parte da linguagem que o sujeito habita. Cada sujeito fala do interior de significantes, de uma rede simbólica, que lhe são próprios e é em relação a isso que o analista se mantém num “lugar de ignorância”.

É em 1954, no Seminário *Os Escritos Técnicos de Freud*, que Lacan faz uso do termo *ignorantia douta* para mostrar que a posição do analista, muito mais que a de um saber, é uma posição de ignorância, entretanto, paradoxalmente, é uma ignorância sábia. Se Lacan utiliza esse termo, cunhado por Nicolau di Cusa (séc. XV), é para indicar que não se trata de uma simples ignorância, mas de “um saber mais elevado e que consiste em conhecer seus limites” (QUINET, 1991: 31). É uma posição que convida à humildade, à prudência e à precaução contra a posição de um “saber absoluto”. Com isso, tal posição abre espaço para o saber do analisante:

... 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 que ignoramos a constelação simbólica que mora no inconsciente do sujeito (LACAN, 1953-1954/1986: 81).

Esta posição implica, portanto, que o analista deve estar atento à surpresa e ao inesperado para que melhor possa operar, pois o que visa o analista é colocar o sujeito ejetado pela ciência, mesmo que de forma mínima, novamente em jogo. Muitas vezes, a psicanálise caminha na contramão do que é esperado do analista e este deve saber ignorar o que ele sabe para se defrontar com o real impossível de suportar que constitui o próprio da clínica psicanalítica.

A posição psicanalítica não é a de compreender, mas de deixar um lugar para a surpresa, para o encontro, para a contingência. Trata-se de nós mesmos aprendermos a ser leves, a fim de descongelar o outro, para que se abra novamente um espaço de potencialidade, mais além das forças constrangedoras do acontecimento médico e de suas dimensões traumáticas. Medimos a que ponto tal posição pode ser precária no país dos saberes estabelecidos. Mas nem por isso

¹⁰ Tradução livre da autora.

somos hostis para com a ciência, tampouco obscurantistas (ANSERMET, BORIE, 2007: 154).

No hospital, onde o discurso da ciência é hegemônico, é frequente a busca por respostas rápidas, regularmente preestabelecidas pelo saber científico. Entretanto, na clínica psicanalítica, seja no consultório privado, seja em outro espaço, sabemos que, muitas vezes, a demanda do paciente não corresponde ao que ele deseja. Cabe, então, ao analista criar uma brecha, um corte que deixe lugar à particularidade do sujeito. Por um lado, se o discurso da ciência faz obstáculo à palavra do sujeito e à sua singularidade, é necessário abrir espaço à palavra daquele que sofre. Por outro, considerando a diversidade de demandas que são dirigidas ao analista, é necessário um saber sobre o manejo de tais demandas para que o lugar de analista seja alcançado, possa ser articulado, ocupado em alguns momentos, visto que não é um lugar previamente estabelecido. A dimensão dos efeitos das intervenções do analista, que ocupa um lugar fugaz, nem sempre se mostra de forma clara e evidente aos outros profissionais.

A experiência de desenvolver um trabalho analítico no hospital geral, e não num gabinete privado de psicanálise, tem mostrado a impossibilidade de restringir a atuação do psicanalista apenas à clínica entendida como o atendimento ao paciente. Ter a clareza de que a atuação do psicanalista no hospital geral não se restringe ao atendimento clínico a pacientes torna-se fundamental para compreender a quem o analista é chamado no hospital geral e para delinear a sua função nesse contexto institucional. É exigido do analista que ele esteja atento às sutilezas das situações às quais é de alguma forma convocado. Ao indicar que a função do analista está para além dos atendimentos clínicos, torna-se importante esclarecer a amplitude desta função.

Deste modo, para melhor compreender este ponto, propõe-se aqui o estudo de um caso clínico e de uma situação clínica: o primeiro refere-se a uma demanda de atendimento clínico a uma paciente candidata a transplante hepático; a segunda, a um tipo de situação recorrente no dia a dia de um analista na instituição hospitalar.

2.1.1 Caso clínico – Do fígado ao “filho”: transplante, corpo e discursos

No que diz respeito ao atendimento clínico, escolho o caso de Marli, paciente portadora de doença hepática, encaminhada para atendimento após a indicação de transplante hepático. O atendimento a esta paciente aconteceu durante alguns meses antes e depois do transplante. O impasse criado pelo saber médico se apresenta a partir da “recusa” da paciente ao tratamento. Entretanto, se a psicanálise permite abordar e intervir em tais situações não é, de modo algum, para moldar as atitudes do paciente conforme um padrão preestabelecido, pois isso deslocaria o psicanalista de seu campo. Cabe assim, antes de estabelecer uma discussão sobre qual é a função do analista em relação às demandas a ele dirigidas, investigar qual a natureza do impasse no qual é chamado a intervir.

Pode-se formular a questão a partir do que é apreendido pelo discurso médico, no comportamento de Marli, como “não aderência ao tratamento”. Ao buscar uma determinação integral do comportamento apresentado pela paciente, presume-se que o que o saber médico deixa escapar é a dimensão subjetiva. Contudo, vale acrescentar que a subjetividade não se presta a tal determinação.

Ressalta-se desse caso o momento em que Marli traz uma queixa. Ela mostra um total desconhecimento sobre a cirurgia que lhe estava sendo proposta. Refere-se ao transplante utilizando a expressão “essa cirurgia” e se queixa de que nada sabia “dessa cirurgia” e de que o médico nada lhe havia explicado “dessa cirurgia”. O analista, ao escutar a queixa e a repetição dessa expressão, que lhe soa como uma cirurgia alheia à paciente, intervém perguntando a qual cirurgia ela se referia: “dessa cirurgia ou da sua cirurgia?”. É pelo efeito de surpresa que a intervenção do analista causa à paciente que se pode avaliar, por um lado, quanto Marli não estava, até então, implicada nesse processo e quanto não era o transplante uma decisão sua; por outro, como esse momento permitiu um movimento em sua posição subjetiva que teve por efeito sua decisão e escolha pelo tratamento e, por conseguinte, sua implicação no processo de transplante. A partir dessa intervenção, a paciente mostra-se assustada e surpreendida e se questiona: “*É... eu nunca falei a minha cirurgia! Eu ainda não tinha pensado nisso! Por que eu nunca falei a minha cirurgia?*”. O que se segue, nos atendimentos posteriores a esse momento, é a revelação de seu “plano”: ela relata que já havia

planejado que faria todos acreditarem que aceitava o transplante, entretanto, na hora que fosse chamada para a cirurgia, se recusaria e diria ter desistido. Justifica sua recusa afirmando: “*Nasci com meus órgãos e penso que devo morrer com eles, independente de qualquer coisa*”. Não havendo uma decisão pessoal, uma escolha pelo transplante, não haveria motivos para “aderir ao tratamento”, pois a direção de seu “plano” mostrava-se na contramão do que era planejado pela equipe médica. O movimento que Marli faz a partir dessa intervenção possibilita pensar que ela parte de um “plano” para uma “decisão”.

Paradoxalmente, ao revelar o seu plano, pôde-se observar uma mudança de sua posição de sujeito que se refletiu em seu comportamento diante das exigências médicas, passando a se mostrar mais implicada em seu tratamento. Pode-se aqui articular que Marli faz um movimento que vai do “plano” anatômico – *nasci com meus órgãos e quero morrer com eles* – ao “plano” simbólico, que lhe permite fazer a seguinte elaboração: “*Este fígado que vou receber será como um **filho**, vou cuidar dele como cuidei dos meus filhos*”. Nesse momento fica clara a mudança na posição subjetiva da paciente. Ora, a recusa inicial ao transplante parece nos mostrar que a paciente se opõe ao tratamento dado ao corpo pelo discurso médico, ou seja, que seu corpo seja tomado apenas no “plano” anatômico e funcional¹¹. Na medida em que pôde ser escutada em sua singularidade, ela muda sua relação com o transplante e com sua doença. Aqui é importante abrir um parêntesis para marcar que, neste caso específico, essa mudança foi ao encontro da proposta médica; entretanto, isso não quer dizer que a função do analista seja a de sempre tornar possível o procedimento médico. É preciso considerar que o analista, ao abrir um espaço para a palavra, possibilita uma operação no campo subjetivo. Sendo assim, não se trata de fazer o paciente se adaptar ao desejo do outro, mas que, como sujeito possa fazer suas escolhas e por elas responsabilizar-se. Mas esta questão da função do analista será trabalhada no último capítulo.

Este caso clínico, portanto, nos mostra que é em função de um impasse que o analista é convocado. O modo como Marli responde ao saber médico, recusando-se a “aderir ao tratamento”, cria uma preocupação e um incômodo. Preocupação, por não poder ser transplantada caso continuasse nessa posição de recusa ao tratamento. Incômodo, pois de

¹¹ Cf. Introdução de Paul-Laurent Assoun, in LA METTRIE, Julien Offroy de. *L’Homme-Machine*, 1981, assim como HÉNAFF, Marcel, in *Sade: l’invention du corps libertin*, 1978, cap. “La destitution du corps lyrique”. Textos que apontam como o “projeto” de homem-máquina mostra muito dos pressupostos que hoje orientam o trabalho científico.

acordo com a avaliação médica ela tinha todas as condições necessárias para ter sucesso com o tratamento. É importante considerar que essa preocupação e esse incômodo sinalizam a existência de uma “brecha” entre o efeito esperado e o efeito obtido, e o caso descrito reafirma que é em função dessa brecha que o analista é chamado. O que Marli mostra com seu comportamento está muito além de uma recusa, pois se trata de uma impossibilidade para ela, naquele momento, de se apropriar de sua doença e de seu tratamento. Uma das questões que este caso clínico traz à tona está relacionada com a implicação do sujeito em sua doença e seu tratamento, como efeito da intervenção do analista que possibilita uma mudança em sua posição subjetiva. Esse caso nos permite refletir sobre a função do analista no hospital geral. Os analistas, de um modo geral, concordam que no hospital geral, ou em espaços institucionais, não se visa oferecer um processo de análise em sentido estrito, que tem seu início, meio e fim, visando à travessia do fantasma, que marca um dos finais de análise. Como já foi dito, tendo em vista a importância deste tema – a função do analista no hospital geral – ele será retomado de forma mais abrangente no último capítulo deste trabalho.

Antes, é necessário questionar o que este caso clínico nos permite destacar a respeito da peculiaridade do trabalho do analista no hospital geral. Raras são as vezes em que o analista é convocado pelo próprio paciente. Este, ao procurar um hospital, o faz em busca de um médico, do saber da ciência médica que possa aliviar seu sofrimento físico. A demanda inicial de atendimento é, na maioria das vezes, do médico ou de um outro profissional do corpo clínico, o que em muito difere do paciente que procura o analista em seu consultório particular e lhe traz uma queixa que diz de sua demanda. No hospital, a queixa que é endereçada ao analista nem sempre é do paciente. Neste caso, Marli foi encaminhada pelo médico que se dizia angustiado em relação à “não aderência” dela ao tratamento. O caso de Marli nos revela que há um sofrimento além do sofrimento físico. Mas para que esse sofrimento seja traduzido, transformado, formulado em uma demanda é necessário um trabalho do analista.

Assim, a demanda do médico ao analista pode ser acolhida por este. Mas, no que diz respeito ao paciente, será necessário que ele se aproprie dessa demanda de atendimento. A primeira consulta de Marli foi solicitada por sua filha e é importante chamar a atenção para o fato de que a paciente não comparece a esta consulta. A demanda do médico que encaminha Marli ao analista havia encontrado respaldo na família, que também se vê em dificuldades de

lidar com a situação. Mas essa demanda do médico não faz, a princípio, questão para Marli, que já havia “planejado” não realizar o transplante. Após sua ausência nessa primeira sessão, o analista entra em contato com ela e não com sua filha. Ao se apresentar para ela e dizer que estava ligando para saber dela, Marli questiona: “*Mas isso (referindo-se ao atendimento com o analista) é para agora ou para o transplante?*”. O analista, não sabendo sobre Marli e nem sobre seu plano, escuta com estranheza essa pergunta e percebe nela uma ambiguidade, ou seja, uma dupla possibilidade: fechar ou abrir um espaço para a fala. Responde com firmeza: “*é para agora*”, deixando a questão do transplante em segundo plano. O efeito é que ela marca a sessão e comparece. É só *a posteriori* que o analista pôde ter dimensão do cálculo contido em sua resposta. Deixar o transplante em segundo plano não foi aleatório, mas uma decisão a partir do que já havia escutado sobre as dificuldades de Marli com o tratamento. Dificuldades que eram apreendidas pelo saber da medicina como “não aderência ao tratamento”.

Portanto, todos estes pontos contribuíram para que o atendimento a Marli se iniciasse no consultório. Entretanto, foi somente depois de alguns meses de atendimento – intercalados entre o consultório e o hospital, pois nesse período ela necessitou ser internada várias vezes – que Marli formulou uma queixa: “*Ninguém me diz nada dessa cirurgia*” e foi pelo efeito da intervenção do analista que ela então formula uma demanda de atendimento endereçada ao analista.

Como já mencionado, não é apenas para o atendimento direto ao paciente que o analista é convocado. A experiência de estar de “plantão” dentro de um ambiente de atendimento médico possibilita ao analista a escuta de diversas demandas que lhe são dirigidas durante o período em que está presente na instituição. Por isto, saber manejar essas demandas é fundamental para a inserção do analista na equipe e é apenas a partir de sua inserção que poderá, eventualmente, ocupar o lugar de analista. Ocupar um lugar de onde possa intervir em determinadas situações visando ao manejo das demandas a ele dirigidas.

2.1.2 Situação clínica – Intervenção psicanalítica: sobre um possível arranjo entre paciente, família e equipe multiprofissional

A segunda situação clínica escolhida exemplifica uma circunstância em que o analista é “convocado”. Aqui, convocado está entre aspas por não se tratar de uma demanda diretamente dirigida ao analista, tal como o é quando se diz respeito ao atendimento aos pacientes.

Esta situação envolveu um jovem que sofreu queimaduras em grande parte do corpo. A família, ansiosa e preocupada, aguardava do lado de fora da Unidade enquanto a equipe prestava os primeiros atendimentos ao paciente. A entrada da família é autorizada no mesmo instante em que o técnico de Raios X chega para fazer o exame. O técnico de enfermagem, mostrando-se silencioso e incomodado desde que o médico solicitou a presença dos familiares junto ao paciente, ao ver a família se aproximar e percebendo que o técnico da radiologia também estava lá, diz de forma insistente e impositiva ao analista: *“Peça para a família esperar lá naquela salinha, o Raio X chegou”*. A família escutou e se afastou. Entretanto o paciente, também ansioso pela presença de sua família, grita que não faria nenhum exame antes de ver sua família. Diz que queria ver sua família e reclama que a cada hora era inventado alguma coisa para ser feita. O analista se aproxima do paciente para escutá-lo – e possibilitar que fosse escutado pelos outros profissionais – e pergunta-lhe o que estava ocorrendo. Ele diz que estava em pânico e que não acreditava que “aquilo” estava acontecendo com ele: *“Preciso ver minha família para que eles me digam o que aconteceu comigo, preciso ouvir deles!”*. O analista olha para os dois técnicos e indaga o que poderia ser feito naquele momento, incluindo-os na cena. O técnico da radiologia diz que poderia atender os outros pacientes e retornar em seguida, enquanto isso a família poderia entrar. O olhar do analista se dirige ao técnico de enfermagem, que se mantém de cabeça baixa e ainda com semblante fechado. Então lhe pergunta o que ele pensava que seria possível de ser feito. Ele se surpreende com a pergunta, apresenta uma mudança visível em sua fisionomia, abre um “meio sorriso” e diz para a família entrar.

Temos aqui um exemplo de situação em que o paciente, a família e a equipe estão a um só tempo incluídos no que é objetivo do analista, e sua intervenção pode possibilitar que

cada um tenha seu espaço. Não se pode afirmar que em tais situações é o paciente que ocupa o lugar central da intervenção do analista, mesmo que naquele momento seu ato tenha contribuído para que ele fosse escutado em sua particularidade. No hospital há uma rede de relações – paciente, família, equipe – muitas vezes entrelaçadas com as normas necessárias a seu funcionamento. A intervenção do analista pode incidir nessa rede simbólica e possibilitar que o efeito seja mostrado para uma das pessoas aí envolvidas. Nesta situação clínica apresentada, o efeito imediato da intervenção foi o de possibilitar que o técnico de enfermagem tomasse a palavra. Logo após a entrada da família, ele procura o analista para lhe dizer de sua angústia e do quanto estava difícil cuidar daquele paciente.

O acompanhamento deste caso implicou não somente o acolhimento, a escuta e intervenções em relação ao paciente, mas também em relação a seus familiares e à equipe da Unidade. Até este ponto, esta situação clínica permite destacar duas características do trabalho do analista no hospital geral. A primeira é a impossibilidade de o analista trabalhar restringindo sua escuta e intervenções ao paciente. No contexto de uma instituição há que se considerar a diversidade de elementos, de pessoas e de regras que de algum modo atravessam o trabalho analítico. A segunda diz respeito ao que a presença do analista possibilita em termos da inclusão de todos os participantes na cena em questão. É por estar presente num momento em que algo da subjetividade pode ser reconhecido e autorizado, mesmo que isso não implique a experiência do sujeito do inconsciente propriamente dita, que a intervenção do analista tem seu efeito.

Entretanto, há uma terceira característica que o acompanhamento deste paciente e de sua família permite destacar. A Clínica de Psicologia e Psicanálise (daqui em diante será usado apenas o termo Clínica) optou por organizar a presença dos analistas através de plantão no Centro de Terapia Intensiva – CTI. Assim, as pessoas que circulam pela Unidade – pacientes, familiares e profissionais – acabam tendo contato com toda a equipe da Clínica. No decorrer do tempo de internação desse paciente no CTI, sua filha, que chamarei de Marina, chegava muitas vezes à Unidade bastante mobilizada e chorosa demandando uma atenção diferenciada. O analista responsável por acompanhar o paciente e seus familiares, sempre que possível, se fazia presente e a “convidava” a falar de sua angústia e de seu sofrimento. Aos poucos ela foi elegendo alguns outros analistas com quem se sentia à vontade para falar de seus temores, angústias e dificuldades. Ser acolhida por analistas diferentes

possibilitou que Marina fizesse sua escolha por um analista e lhe formulasse uma demanda de atendimento. Explicava que precisava ter um psicólogo para ela, diferente daquele que acompanhava a sua mãe. Foi importante sustentar esse trabalho de alguns analistas da equipe para escutá-la e acolhê-la enquanto transitava de um a outro analista até que chegasse seu momento de fazer uma escolha. Por outro lado, as discussões clínicas serviram de suporte à direção dada a esse caso. Através delas decidiu-se trabalhar para que o vínculo transferencial não fosse construído com apenas um analista, mas que pudesse, de alguma forma, se manter diluído. Isto porque Marina apresentava sinais como os de ideias delirantes e o de escutar vozes, que permitiram pensar em uma estrutura psicótica, o que foi determinante para a direção dada ao tratamento de suas demandas.

Esses exemplos clínicos mostram que a operação analítica incide justamente sobre o que escapa à possibilidade de ser apreendido pelo saber da medicina. É ao que escapa à apreensão desse saber que as pessoas vão dar uma solução particular. É apenas no caso a caso que isso pode ser apreendido. Isto mostra que o sofrimento do paciente não se restringe às coordenadas oferecidas pelo conhecimento orgânico. Guite Guérin aponta para a interessante ideia de que é no momento em que a ciência médica avança no sentido de alcançar uma eficácia cada vez maior que a demanda do analista junto aos médicos aparece. Ele diz:

É neste tempo onde o corpo biológico está cada vez mais conhecido que os médicos constataam que o sofrimento do paciente escapa às suas possibilidades terapêuticas. O conhecimento biológico do corpo, cada vez mais perfeito, não se acompanha do conhecimento do sofrimento do sujeito, que tem outras coordenadas que não as da biologia (GUERIN, 1982: 5)¹².

Verifica-se que, se o saber psicanalítico encontra espaço numa situação de impasse gerado na relação que se estabelece entre o saber médico e os demais discursos que circulam no interior do hospital geral, faz-se necessário, para entender a natureza de tal impasse, conhecer a estrutura do saber em que ele é produzido.

Portanto, é pertinente recorrer às formulações lacanianas sobre a relação da ciência com a psicanálise e sobre os discursos visando a uma melhor compreensão dos elementos que estão em jogo quando um “mal-estar” emerge no contexto hospitalar e abre uma brecha, um espaço para que o saber psicanalítico seja convocado.

¹² Tradução livre da autora.

2.2 Teoria discursiva lacaniana: a circulação dos discursos no hospital geral

A escolha de um eixo central para esta pesquisa apoiado na teoria dos discursos em Lacan possibilita uma reflexão sobre a relação possível entre medicina e psicanálise, ou mesmo, como Lacan indicou, sobre o lugar da psicanálise na medicina:

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 (LACAN, 1966/2001: 8).

Para pensar o lugar do analista em uma instituição hospitalar, onde ele se vê confrontado com os discursos que ali circulam – o seu próprio discurso e o dos saberes diferentes –, a teoria lacaniana dos discursos, no nosso entendimento, mostra-se profícua. Nesse sentido, propõe-se aqui uma reflexão sobre o modo de organização do discurso médico e do discurso da psicanálise sob a luz da teoria dos discursos em Lacan. Neste ponto, o objetivo é o de deslindar a natureza dos impasses nos quais o analista é convocado a intervir numa instituição hospitalar. Muitas vezes, esses impasses surgem na relação que o paciente estabelece com o saber da medicina, seu médico e sua doença. A construção que Lacan faz dos discursos como maneiras de estabelecer laços sociais permite uma articulação entre a produção do saber científico no mundo contemporâneo, o modo como o saber médico se organiza e a função de analista junto a esses campos de conhecimentos.

A partir disso, tendo verificado os impasses nos quais o analista é convocado a intervir, faz-se necessário formalizar o que o saber psicanalítico pode oferecer.

Inicialmente, vamos buscar compreender, em linhas gerais, como o saber médico se organiza. Canguilhem (1943/1990) mostra como a medicina desenvolveu seu saber baseado numa ciência quantitativa e empírica e afirma que ela utilizou essa base para estabelecer o que considera o adoecimento, diferenciando-o daquilo que considera o normal.

Por outro lado, sabe-se que, atualmente, a medicina se encontra na era dos protocolos. Os protocolos médicos ditam a forma de tratamento de uma determinada doença buscando

atingir um nível de excelência, melhores resultados e estabelecer perspectivas de respostas aos diversos tratamentos que se aproximem o máximo possível de uma perfeição que é almejada por aqueles que trabalham dentro desse campo. É possível pensar que os protocolos médicos não se afastam, de forma radical, dessa base empírica e quantitativa que Canguilhem aponta. Talvez até se possa afirmar que eles se sirvam dela e são construídos tendo em vista a mesma distinção entre o normal e o patológico que esta ciência busca desenvolver.

Para a equipe médica, os protocolos são estabelecidos com a função de determinar a melhor maneira de se tratar cada doença segundo suas particularidades. Tarefa realizada, sem dúvida alguma, dentro do mais alto rigor científico. Consultam-se dados de pesquisas recentes, discutem-se as variáveis possíveis, buscam-se informações de grandes centros e cercam-se de resultados laboratoriais diversos que comprovem a tese em questão. Nesse sentido, pode-se pensar que os protocolos buscam o máximo de objetivação e pretendem a possibilidade de generalizar os tratamentos sem abrir mão da excelência no tratamento para cada doença.

Contudo, não é de espantar que alguns casos não correspondam às expectativas depuradas desse saber que se pauta na ciência. Ao analista, pelo menos, isso não causará surpresa, pois ele considera algo que está fora do campo do saber médico, fora do campo científico que é a pulsão, o gozo. Tal como se pode depreender da obra freudiana, a pulsão tem o imperativo do gozo e não obedece a essa ordem do saber da ciência, escapando a toda tentativa de objetivação da doença. Desse modo, o analista deve levar em conta algo que não se pode mensurar e que o remeterá à particularidade de cada situação.

Diante dos casos que não respondem conforme o esperado pelos protocolos, as equipes médicas se reúnem e buscam uma melhor compreensão do que se passa naquele determinado organismo. Buscam outros protocolos que ajudem a solucionar o problema, mas sempre no sentido de alcançar uma apreensão total e objetiva da doença. O analista pode observar com facilidade a angústia que invade o corpo clínico nesses casos em que o que se mostra é aquilo que mais a ciência quer debelar: o inesperado, o acaso, a contingência. Diante da contingência, a ciência coloca-se na tentativa incansável de escrever o necessário.

Contudo, é exatamente nessa brecha, nesse espaço produzido entre o efeito esperado e o efeito alcançado, que, muitas vezes, vemos que se introduz a demanda endereçada ao analista numa instituição hospitalar.

Por outro lado, pode-se afirmar que o estabelecimento de protocolos clínicos não abrange o modo de organização do saber médico em sua totalidade. É preciso diferenciar esse momento daquele em que se instaura o ato médico propriamente dito. Momento em que o médico, instituído pelo saber da medicina e sustentado pela ciência, examina, diagnostica, faz prognósticos e define o melhor tratamento.

Pode-se, dessa maneira, delimitar ao menos dois momentos distintos e resta verificar de que forma é possível estabelecer sua leitura sob a luz da teoria lacaniana dos discursos.

O termo discurso ganha, com Lacan, um sentido particular e diferente daquele que Foucault apresenta em *A ordem dos discursos*. Por um lado, Foucault acredita que para fazer o estudo do discurso é preciso ficar no nível de existência das palavras, das coisas ditas. Assim, para ele não há um “por trás das cortinas das palavras”. Por outro lado, Lacan se interessa pelo que há de estrutural no discurso, aquilo que está para além das palavras, pois estas ele considera ser de ordem casual, remetendo à dimensão contingente. Referindo-se à estrutura do discurso, ele delimita relações fundamentais que não poderiam se manter sem a linguagem: “Mediante o instrumento da linguagem, instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas” (LACAN, 1969: 11).

Segundo Lacan, para entender os discursos é importante considerar que cada um deles é passível de várias leituras, e que um discurso não deve ser lido isoladamente, mas somente em função dos outros. A ideia predominante é que um discurso estabeleça uma relação com os demais discursos e é em função disso e da permutação de seus termos que cada um deles deve ser lido. Como mostra Erik Porge, Lacan enuncia que o sentido de um discurso só se obtém a partir de outro e que a “incompreensão do discurso domina aqueles que estão por ele ligados. Não se ouve o discurso do qual é pessoalmente o efeito” (Lacan *apud* Porge, 2006: 331).

Para Lacan, são dois os campos que se podem distinguir na estrutura dos discursos: o primeiro, da direita, constitui-se como o campo do sujeito, o segundo, da esquerda, o do Outro.

agente → outro

No campo do sujeito tem-se o agente como lugar de desejo que impulsiona a representação, a enunciação e, também, a verdade, para a qual Lacan dá um estatuto de semi-dizer, ela é sempre evanescente. A verdade Lacan a considera inseparável dos efeitos de linguagem: “Nenhuma verdade pode ser localizada a não ser no campo onde ela se enuncia – onde se enuncia como pode” (LACAN, 1969-1970/1992: 59). É o inconsciente que é incluído nessa concepção de verdade. No campo do outro tem-se o lugar do outro, aquele que trabalha no discurso e a produção que inclui uma perda.

Os discursos são tomados como formas de estabelecer laços sociais. Lacan define quatro lugares e quatro termos que regram os discursos pela relação colocada entre eles. Os quatro lugares podem ser apreendidos dessa mesma fórmula: S_1 , como o que intervém no campo do outro, sendo então designado o lugar do agente e o lugar do Outro; produzindo um resto, objeto a , mostrando assim o lugar da produção e, sustentando o S_1 e ao mesmo tempo velado, tem-se o sujeito como dividido no lugar da verdade. Destacam-se, assim, os quatro lugares que se distribuem do seguinte modo:

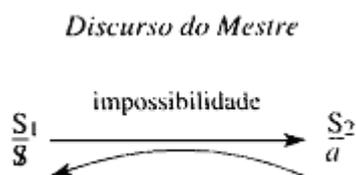
$$\frac{\text{agente}}{\text{verdade}} \quad \begin{matrix} \rightarrow \\ // \end{matrix} \quad \frac{\text{outro}}{\text{produto}}$$

Os termos serão aqueles já encontrados na fórmula do significante ou, dito de outro modo, pela definição estrutural do sujeito como aquilo que é representado por um significante a um outro significante, sendo que o produto dessa relação é um resto. Disso Lacan apreende algo que se manifesta em relações constantes. Ele afirma que:

... é no instante mesmo em que o S_1 intervém no campo já constituído dos outros significantes, na medida em que eles já se articulam entre si como tais, que ao intervir junto a um outro, do sistema, surge isto, $\$$, que é o que chamamos de sujeito como dividido (...)

Enfim, nós sempre acentuamos que desse trajeto surge alguma coisa definida como uma perda. É isto o que designa a letra que se lê como sendo o objeto a (LACAN, 1969-1970/1992: 13).

Lacan ordena esses quatro termos de quatro formas diferentes, e considera, para cada uma delas, as seguintes questões que dizem do funcionamento de cada discurso: quem ocupa o lugar de agente do discurso, a quem esse agente se dirige (outro), o que o discurso produz e qual verdade o impulsiona. A primeira formação discursiva segue a seguinte ordem: S_1 (significante mestre, traço unário), S_2 (saber, ventre dos significantes), a (resto, mais-de-gozar, causa de desejo) e $\$$ (sujeito barrado, dividido). De acordo com a fórmula signifiante, estes termos tomados nesta ordem indicam, do ponto de vista histórico, o primeiro discurso, dito discurso do Mestre, do qual serão formados os outros três, através do movimento de rotação, um quarto de giro.



Este é o discurso que Lacan toma como ponto de partida. Tendo um mestre como agente, o que esse discurso trata de instalar é a lei. Dirige-se a um outro que deste lugar responde como escravo. Este é o que detém o saber e se põe a trabalhar para o mestre. Produz um resto – a – que neste lugar assume o valor do mais-de-gozar. A verdade que sustenta o mestre é a da divisão subjetiva. Lacan indica que o discurso do mestre é o avesso da psicanálise. Marco Antonio Coutinho Jorge (2002), sobre essa questão, comenta que o discurso do mestre funciona pela sugestão e esta opera por meio do saber, o que oblitera a transferência. Nesse sentido, é o avesso da psicanálise que opera pela transferência e tem o sujeito suposto saber como pivô. O mestre coloca o escravo a trabalho e este, com seu trabalho, reforça a função do senhor absoluto.

É importante marcar que os profissionais da área de saúde, de um modo geral, precisam adotar um discurso normativo. Assim, como mostra Clavreul (1983), o discurso

médico instaura uma ordem do organismo e cabe ao médico, enquanto representante desse discurso, fazer valer a sanção terapêutica visando que o doente volte a ser o homem são de antes.

Interessa aqui refletir sobre a relação desse discurso com o modo pelo qual a ciência e o saber médico se organizam. Lacan (1969/1970), no Seminário 17, *O avesso da psicanálise*, fala dos efeitos da ciência na sociedade contemporânea. É importante lembrar que Lacan não defende que seja necessário frear o avanço científico, não é disso que se trata. Entretanto, é preciso considerar que a ciência se interessa pelo sofrimento apenas quando ele ameaça os seus progressos. Sobre os efeitos da ciência no mundo contemporâneo, Marie Hélène Brousse diz que:

(...) isto tem como implicação que a ciência se interesse pelo sofrimento apenas quando ele ameaça os progressos do saber que reduz a verdade ao número e entrava o avanço da redução do sujeito do inconsciente ao silêncio dos órgãos sobre os quais opera. (...) O sofrimento do ser falante se apresenta, então, nessas condições, como resto do discurso da ciência, ferida da divisão subjetiva e da refenda. Quando a ciência não chega a fechá-la novamente (BROUSSE, 2007:10).

Antes de prosseguir para os demais discursos, cabe aqui uma breve exposição do que vem a ser o discurso da ciência para Lacan. Considerado como o sexto discurso (o quinto é o do capitalista), Lacan não apresentou sua fórmula. Embora ele tenha pensado o discurso da ciência a partir do discurso do mestre, no capítulo “Os sulcos da aletosfera”, do Seminário 17, em *Televisão*, ele o aproxima do discurso da histórica. Já em *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).

Miller (2008) destaca que o domínio das ciências é aquele da quantidade e busca marcar a diferença entre o real para a ciência e o real para a psicanálise. É importante ressaltar, para compreender essa diferença, que a ciência está datada a partir da física matemática, ou seja, desta disciplina que tornou possível que a natureza fosse escrita em linguagem matemática. Nas palavras de Miller, isto tem como consequência

transformar a natureza em real, e transformá-la num real que contém um saber. É assim que Lacan situa o saber científico, como saber no real. Evidentemente não é o real, se posso dizer assim, do para além. Desde que há saber no real, o real do qual se trata passa inteiramente ao simbólico. E, portanto, isso não é o real ininscrível no simbólico (...) (MILLER, 2008:3).

Há, portanto, para a psicanálise, um real que não é passível de ser escrito em fórmulas matemáticas, impossível de ser matematizável, não passa ao domínio do simbólico. Mas que, por outro lado, mostra o efeito de sua existência no sintoma, no mal-estar. É este real que visa o analista.

Considerando esses pontos estruturais da teoria dos discursos, cabe questionar que leitura eles nos permitem fazer do saber da ciência e, mais precisamente, da medicina. 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.

Lacan escreve da seguinte maneira o Discurso Universitário:

Discurso da Universidade



O saber em posição de comando se dirige a um objeto – a – e é sustentado pelo mestre. Um comando de “saber mais” que se dirige ao Outro, nesse caso o objeto a . Este imperativo, *continue a saber*, pode ser lido segundo a fórmula da produção de mais saber sobre o real. Lacan faz uso de um neologismo, o “ a ”-*estudante*, para indicar aquele que trabalha, que ocupa o lugar do Outro sem torná-lo maciço. Dessa operação produz-se um sujeito dividido.

Com isso, pode-se compreender que tal discurso, que se estrutura a partir das exigências mencionadas, tem pouca liberdade. Assim, pode-se pensar no discurso do mestre,

entre o discurso da histórica e o discurso universitário, sustentando práticas discursivas que vão desde o arrojo da ciência moderna até a burocracia mais emperrante. É a burocracia que o discurso da universidade trata de instalar na posição dominante. O saber toma o lugar de agente enquanto todo-saber, saber absoluto. Ao dirigir-se ao Outro – o “a”-estudante – produz a divisão deste entre esse saber em posição de agente e o imperativo do continue a saber, representado pelo S_1 . Este discurso revela uma impotência para se alcançar a verdade.

Pode-se pensar que os protocolos médicos, tão bem construídos em bases científicas, instalam o saber no lugar de agente e revelam o imperativo de que é preciso saber mais. Fazem trabalhar o Outro para a construção de um saber que atenda ao imperativo do S_1 . Lacan diz:

O significante assim designado, cujo sentido seria absoluto, é muito fácil de conhecer, pois só há um que pode responder a esse lugar – é o Eu.¹³[Eu grafado com inicial maiúscula indica o inconsciente]

O Eu, na medida em que é transcendental – mas também em que é ilusório. Esta é a operação de raiz, última, aquela justamente em que se sustenta irredutivelmente o que desigmo da articulação do discurso universitário – e isto é o que mostra que encontrá-la aqui não é um acaso.

O Eu transcendental é aquele que qualquer pessoa que de uma certa maneira enunciou um saber contém [escondido]¹⁴ como verdade, é o S_1 , o Eu do mestre.

O Eu idêntico a si mesmo, é precisamente daí que se constitui o S_1 do puro imperativo (LACAN, 1969-1970/1992: 59).

O que se destaca no discurso universitário é um saber muito bem sustentado pelo S_1 , pela verdade do mestre que o autoriza. Revela, assim, a força de sedução que esse discurso exerce. Lacan não propõe um juízo de valor quanto a isso, mas afirma que é intencionalmente que etiqueta esse discurso de universitário, visto que ele “mostra por onde ele pode pecar, mas também, em sua disposição fundamental, é o que mostra onde o discurso da ciência se alicerça”. Para Lacan, não se trata de deter o discurso da ciência, pois “as coisas já estão aí” (LACAN, 1969-1970/1992: 97).

¹³ O tradutor indica que diante da dificuldade antiga dos tradutores de Lacan em distinguir o *Je*, Sujeito do inconsciente, do *moi*, função imaginária, foi adotado aqui o Eu com inicial maiúscula para designar o *Je*.

¹⁴ Nesse ponto é necessário rever a tradução que utiliza aí o termo “contém”. No francês, o termo utilizado é *recèle* que, de acordo com *Dictionnaire de la langue française – nouveau petit Lê Robert*, tem o sentido de escondido, oculto.

A histérica vai apresentar seu sintoma, sua divisão de sujeito em posição dominante, de agente, e vai dirigir-se a um mestre. Deste ela espera a produção de um saber sobre a causa de seu desejo. Entretanto, se ela elege um mestre é para, em seguida, destituí-lo.

Discurso da Histérica



A escritura do Discurso da Histérica mostra que é em nome de seu sintoma, \$, que se dirige ao mestre buscando um saber que lhe seja conveniente. Entretanto, o que esse saber vai demonstrar é sua impotência para dar conta do gozo incluído em seu sintoma. Essa articulação permite entender por que Lacan afirma que é o sujeito histórico que vai buscar o mestre para produzir a ciência e, também, que o mestre nada quer saber, mas, em sua posição fundamental, ele quer apenas que as coisas funcionem.

Essa posição histórica se revela quando, por sua resposta ao saber da medicina, o paciente provoca um embaraço no médico, pois o saber científico, no qual ele deve se apoiar, não visa ao campo da subjetividade desvelado neste modo de laço social.

Trata-se da impossibilidade de oferecer uma resposta “cientificamente correta” às questões subjetivas. Sabe-se que a ciência produz um saber cada vez mais eficiente sobre o corpo e sobre as doenças orgânicas. Mas, para bem funcionar, pauta-se na precisão e visa ao universal, sendo necessário manter fora de seu campo aquilo que é da ordem da subjetividade, da singularidade. O saber da ciência visa objetivar e assim deixa o sujeito reduzido a objeto de um saber preestabelecido. A psicanálise, sustentando pressupostos éticos diferentes dos da ciência, subverte esse discurso e busca introduzir o sujeito que dele foi elidido para dar consistência ao saber¹⁵.

¹⁵ Cf. PINTO, Jeferson Machado. Política da psicanálise: clínica e pesquisa. In: Revista EPISTEMO-SOMÁTICA, ago/2006.

Portanto, é preciso considerar que o diagnóstico, nomeação da doença, pode, por um lado, contribuir para a retirada da angústia ao dar sentido ao sem sentido e, por outro lado, aprisionar o sujeito ao remetê-lo a uma ordenação de signos. Entretanto, não causa espanto ao analista se o sujeito recusar a forma de tratamento dado à sua doença (ao seu corpo, ao seu organismo) pelo saber médico. Isso nos permite supor que, 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.

O tratamento dado ao corpo pelo saber científico nos permite pensar que estamos no campo de um saber constituído segundo o plano da semiótica. Benveniste (1974), ao trabalhar os problemas da linguagem, nos mostra que o princípio da semiótica rege tudo o que se constitui nesse campo pelo critério, necessário e suficiente, de tudo poder ser identificado no seio e no uso da língua¹⁶. A medicina busca estabelecer uma rede de relações fazendo com que cada doença corresponda a um conjunto determinado de signos, de sinais, de sintomas, a fim de delimitar a doença no interior da linguagem médica, não admitindo significado particular ou ocasional. Isso nos permite pensar por que justamente a subjetividade se encontra excluída desse modo de apreensão da doença. É o que o caso clínico “Marli”, descrito anteriormente, parece nos apontar. Para Marli, sua doença e a proposta de tratamento foram tomadas por ela de modo particular e não no sentido oferecido pelo saber médico. Essa paciente, ao revelar sua recusa em relação ao transplante, justifica-se dizendo: “*Nasci com os meus órgãos e devo morrer com eles*”. É também particular a solução que cria para seu conflito. Entre fazer ou não o transplante, ela recorre ao significante “filho”, que assume tal valor capaz de apaziguar seu conflito.

É pertinente pensar que há sempre um resto, algo que permanece fora de toda forma de determinação a que visa o saber médico. A psicanálise nos possibilita operar visando esse resto que não pode ser apreendido sob nenhuma forma de ordenação; ela portanto busca resgatar o sujeito que é excluído do discurso da ciência.

Considerando esses pontos, é pertinente questionar de que modo se pode considerar que o médico venha a ocupar o lugar de mestre. Diante da doença, o médico instituído do

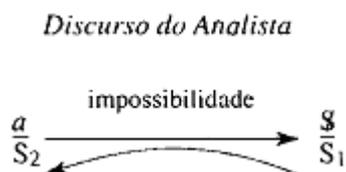
¹⁶ Cf. BENVENISTE. *Problèmes de linguistique générale*, 1974, p. 225.

poder que lhe é conferido por seu saber, diagnostica, trata, faz prognósticos. Entretanto, o que muitas vezes perturba a harmonia do tratamento está diretamente relacionado com o que é excluído de seu saber – o sujeito e o seu gozo.

E aqui cabe uma discussão sobre o que Lacan afirma em *O saber do psicanalista*, ou seja, que não há de se falar de discurso histórico, é mesmo o discurso científico (LACAN, 1971). A histórica renuncia ao saber mal adquirido pelo mestre e este, ao responder à sua demanda, coloca-se a trabalho e faz do S_1 o agente onipotente. Resta, assim, verificar de que modo a psicanálise intervém nesse campo, considerando que o sujeito sobre o qual opera não é outro senão o sujeito da ciência.

O Discurso do Analista talvez nos ofereça a chave para iniciar uma discussão sobre a função do psicanalista numa instituição hospitalar, onde o discurso hegemônico é o do mestre circundado pelo discurso universitário e o da histórica.

Lacan escreve da seguinte maneira o discurso do analista:



No discurso do analista o a em posição de agente representa a causa de desejo. O objeto a não está aí como gozo, mas como causa de desejo, o agente que se dirige ao sujeito como dividido, $\$$. O analista ocupa um lugar esvaziado de gozo propiciando que a falta apareça no campo do Outro. O S_1 ocupa o lugar de perda de gozo, está aí como não-todo. Esse discurso é sustentado por uma verdade que é o saber, S_2 , e possibilita ao sujeito aceder a outra relação com seu saber. Lacan refere-se a esse discurso como o poder dos impossíveis e afirma que o que se trata de agenciar é o impossível, é dizer o real.

No hospital geral não podemos ter a pretensão de que este lugar de escuta seja ocupado apenas pelo analista. Ele pode ser ocupado pelo médico, pelo enfermeiro ou algum

outro profissional da instituição que, em algum momento, se ofereça para escutar. Por outro lado, não se pode desconhecer que um analista está preparado para ocupar tal lugar. Esse lugar permite que o analista se ofereça para alguma função sem estar propriamente no discurso do analista. Em muitas situações o analista sustenta uma questão, que pode ser revelada por um mal-estar, e será fundamental que outros profissionais da equipe possam escutar tal questão para que uma intervenção possa produzir seus efeitos. Nem sempre o psicólogo membro da equipe de atendimento é convocado no lugar de analista. Torna-se fundamental saber manejar as demandas dirigidas a esse lugar e saber se oferecer para que os lugares do discurso possam circular. A importância de promover essa circulação nos discursos se dá por ela possibilitar que queixas possam ser formuladas sob a forma de demandas e de questões dirigidas a esse ponto. Este movimento pode propiciar que a pessoa saia de um lugar de queixa. Dentro de um hospital geral, percebe-se que quando a pessoa (familiar ou paciente) ocupa este lugar, a culpa está sempre referida ao Outro que falha em sua oferta de tratamento. Possibilitar uma mudança de posição é apostar na possibilidade de que o limite seja incluído e que cada um possa se implicar em seu mal-estar.

Assim, a partir do caso que será apresentado a seguir, pode-se discutir a função do analista enquanto aquele que ocupa um lugar que possibilita essa mudança de posição.

2.2.1 Caso clínico – O psicanalista na instituição: possibilidade de fazer girar os discursos

Júlia, familiar que acompanhava assiduamente a internação de Orlando, começa a demonstrar uma certa insatisfação com questões relacionadas ao funcionamento do CTI. A princípio, ela não verbalizava suas insatisfações, mas as demonstrava em sua fisionomia e em seu comportamento. Um dia solicita, à equipe de plantão, a presença do analista que a acompanhava. Este, ao ser comunicado desta demanda, organiza seu horário para estar presente na Unidade. Júlia, ao vê-lo, se espanta e diz: *“Não te avisaram? Pedi para falar com você que não precisava vir... tenho sim muitas coisas para falar, mas não é o momento!”*.

Acontece com frequência de familiares e pacientes não expressarem suas queixas em relação ao serviço durante o período de internação, pois temem que possa produzir retaliações.

Ao escutar “agora não é o momento”, o analista diz que procurará estar mais presente e que quando ela achar que é oportuno pode procurá-lo.

A partir dessa demanda e supondo que ainda não havia sido construído um vínculo transferencial que possibilitasse a Júlia falar de seu “mal-estar”, o analista faz-se presente nos dias que se seguiram. Aposta na construção da transferência.

Num segundo momento, Júlia pede ao analista para ver como ela poderia conversar com a coordenação do CTI, ainda sem dizer o que a importunava. Foi então articulado junto à coordenação um horário para ela. Entretanto, ao ser chamada diz: *“Ah! Agora não, estou aqui com o Orlando e quero aproveitar meu tempo com ele! Isso que tenho a dizer é importante, mas pode esperar, não precisa ser agora!”*. O analista pergunta por Orlando. Esta questão abre espaço para que Júlia fale, a princípio dele, mas em seguida fala dela. Ao encerrar este momento, o analista mostra estar acompanhando os acontecimentos que a envolvem e a seu familiar, e também as suas dificuldades para entrar na Unidade em algumas situações e quanto isso tem sido difícil para ela. O analista se oferece para que ambos possam elaborar o que seria importante para Orlando durante sua internação. A tática é oferecer sua presença, colocando o foco no paciente. O efeito disto é que Júlia mostra-se surpreendida, fica pensativa por alguns instantes e diz: *“No momento certo vou conversar”*.

Apostando na possibilidade de construção de um certo vínculo transferencial, o analista se faz presente até que chega o “momento” de Júlia falar. Ela questiona o funcionamento da Unidade, o atendimento, o trabalho de todas as equipes. Suas queixas desvelam a ambiguidade existente no CTI: local que se compõe com alto avanço tecnológico e científico, que oferece suporte avançado de vida, mas que também é um lugar onde se revela a fragilidade da vida, os limites do saber científico e do funcionamento da unidade. O analista acolhe e sustenta as questões colocadas por Júlia e busca abrir espaço para que suas queixas sejam também acolhidas pela coordenação do CTI. Nesse movimento de levá-las ao

conhecimento da coordenação, outras famílias, identificadas às mesmas questões, se juntam a Júlia. Cria-se um mal-estar (um sinto-mal) que se mostra pela insatisfação dos familiares, mas que, após ser escutado, pôde ser formulado nos termos de uma demanda: a de receberem mais informações quando houver algum motivo que impeça a entrada dos familiares na Unidade. Eles dizem: *“Ficamos aqui fora e não sabemos o que está acontecendo lá dentro”*. O que o analista escuta é a angústia diante da possibilidade da morte, da finitude humana, do risco de morte que o CTI escancara. Responder às demandas, atendendo quando possível ou acolhendo e reconhecendo sua importância, quando impossível de serem atendidas, tem seu efeito (MOURA, 1991).

Após todo esse movimento, Júlia fala ao coordenador clínico do CTI de sua satisfação com as “mudanças” ocorridas, mesmo reconhecendo a impossibilidade de que as falhas não venham mais ocorrer. De certa maneira, pode-se dizer que ela pôde reconhecer o limite. Ao terminar, Júlia diz: *“O importante foi que finalmente eu fui escutada, antes queria me convencer que eu era louca, que o que eu estava vendo não estava acontecendo”*. O analista, presente durante a conversa com o médico, fala da importância de apostar na possibilidade de uma virada e surpreende-se com a resposta: *“É... mas para isso acontecer é importante escutar, isso só é possível se a gente escuta!”*.

É importante marcar que as primeiras respostas dadas a Júlia foram insuficientes para aplacar seu mal-estar. Eram respostas de um saber prévio – S_2 – neste caso, o saber da OMS – Organização Mundial de Saúde – baseado no que ela preconiza para o funcionamento de um CTI. O analista, quando convocado por Júlia, é também convocado deste lugar de saber – de S_2 – assim com é também deste lugar que a coordenação é convocada por ela. O analista opera, primeiro, não oferecendo respostas a Júlia, mas sim sustentando suas questões e visando que elas tivessem um outro tratamento. O analista pode inclusive ocupar esse lugar de saber que lhe é designado. Mas, seu modo de resposta, por não encarnar a posição de saber, pode, possivelmente, operar a favor de que um giro discursivo aconteça. Sentir-se escutada permite a Júlia uma outra relação com as demandas impossíveis de atender. Com a equipe, mais precisamente com a coordenação, o lugar do analista é de transmitir a ineficácia das respostas preestabelecidas uma vez que Júlia falava, com suas queixas, de um mal-estar outro, de sua impossibilidade de lidar com os limites *des-cobertos* com a internação de seu familiar.

No hospital, se todos os profissionais podem escutar, é importante destacar a diferença da escuta do analista, pois ele escuta para que o outro se escute (MOURA, 2002).

Enfim, é necessário considerar as consequências que podemos extrair desse modo de articulação dos discursos para a clínica “psi”, tendo em vista que a teoria lacaniana considera como avesso da psicanálise o discurso do mestre. Um ponto importante é que o Discurso do Mestre pretende acreditar-se unívoco; entretanto, a psicanálise afirma a não univocidade do sujeito. Esta é dada pela fórmula *ou não penso, ou não sou*. Aqui é a dimensão da verdade que é retomada: “Apresentar as coisas assim, na verdade, mostra que isso ficou tanto tempo obscuro, no nível do discurso do mestre, precisamente por estar em um lugar que, por sua própria estrutura, mascarava a divisão do sujeito” (LACAN, 1969- 1970/1992: 96).

Talvez isso permita questionar se não seria justamente aquilo que o discurso analítico revela que a ciência, ou saber médico, busca manter oculto. Isto possibilita melhor compreender a afirmação de Lacan de que a ciência, para bem funcionar, exclui a subjetividade.

Até aqui, trabalhou-se com a possibilidade de se conviver, no hospital geral, com saberes diferentes e, portanto, lugares diferentes. Entretanto, falar das funções do analista nesse contexto exige que se possa dar mais um passo. Propõe-se, então, primeiro buscar outros elementos que corroborem a formalização teórica e clínica de tais funções. Deste modo, o capítulo seguinte fará uma explanação sobre a variedade da prática psicanalítica fora dos “muros” do consultório privado.

3. PSICANÁLISE: A VARIEDADE DA PRÁTICA PSICANALÍTICA

Freud (1918), ao discutir sobre os rumos da terapia analítica, levanta a questão da necessidade de considerar que as várias formas de doenças, já existentes naquela época, não poderiam ser tratadas com a mesma técnica desenvolvida para o tratamento da histeria. Exemplifica citando a fobia e a obsessão, que exigiriam do analista ultrapassar os antigos limites e manejar o trabalho analítico de forma diferente visando ao êxito da análise. Ainda nesta conferência, Freud fala de sua preocupação com as classes menos favorecidas, que não estão ao alcance das atividades terapêuticas dos analistas. Mostra acreditar que, num futuro, o Estado reconhecerá a urgência de seu dever com tais tratamentos e que essa situação poderá ser mudada com a criação de instituições que acolherão essa demanda.

Hoje, a psicanálise encontra-se diante de novos desafios, sobretudo devido à emergência de novas formas de sintomas. Lacan (1953), em “Função e Campo da Fala e da Linguagem”, afirmou a importância de o analista alcançar a subjetividade de sua época. É a clínica que dá norte à prática da psicanálise; é ela que exige do analista uma constante inventividade.

No âmbito das instituições como, por exemplo, o hospital geral, o analista se encontra diante de diversos discursos e saberes e é convocado a construir novos dispositivos clínicos. Em relação ao trabalho psicanalítico no campo da psicose, Angélica Bastos e Ana Beatriz Freire destacam que

Assim como o conceito de transferência teve de ser singularizado para incluir o psicótico em tratamento, surgem na atualidade demandas que muitas vezes não se definem como demandas de análise ou mesmo de tratamento, bem como modos de sintoma que não se enquadram nos recortes das estruturas clínicas, nem nas técnicas dos primórdios da psicanálise freudiana. É com os princípios da psicanálise, no entanto, que se pode responder à especificidade de algumas dessas tarefas no campo mais extenso da psicose (BASTOS e FREIRE, 2005:100).

É importante questionar se o psicanalista, nos diferentes lugares em que hoje ele atua, também não se vê às voltas com as diversas formas de demanda e de sintoma que exigem dele re-interrogar sua prática. A psicanálise tem mostrado a diversidade de práticas que ela possibilita sem deixar de lado a questão da ética e dos princípios que lhe são fundamentais. A política, a estratégia e a tática são formalizadas por Lacan em “A Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder”(1958) como os operadores dos princípios éticos que fundam a psicanálise.

A política da psicanálise é formalizada como o campo referente ao sujeito do inconsciente. Isto implica considerar uma política que permita a cada sujeito fazer emergir sua singularidade. Portanto, ao analista é fundamental que ele recuse exercer o poder, ainda que esse poder lhe seja conferido pelo analisante em sua demanda. O sujeito apenas poderá aceder à sua singularidade pela experiência com os significantes de sua história. É a partir dessa experiência que o sujeito pode construir um saber em lugar de sua verdade, única, intransferível e apreendida pela linguagem, pelos atos falhos, pelas manifestações do inconsciente (PINTO, 2006).

Este campo da política da psicanálise é o que confere, por um lado, menor liberdade ao analista no sentido de que corresponde a um princípio de sustentação de sua prática clínica. Por outro lado, tendo o analista em mente este fundamento da política da psicanálise, ele pode expandir seu raio de ação para além dos limites do consultório (PINTO, 2006).

A estratégia é definida por Lacan no campo da transferência. Pode-se argumentar perguntando de que modo o analista teria alguma liberdade neste campo delimitado pela transferência, uma vez que, desde Freud, a transferência ocupa o eixo central da experiência analítica. Não seria este ponto, da mesma maneira que a política, fundamental ao analista? O que a experiência clínica com a psicanálise fora dos limites do consultório privado nos possibilita refletir é que sua prática não exige que a transferência seja dirigida à pessoa do analista, ao menos inicialmente. O trabalho com a psicose mostra, por exemplo, a importância da transferência com a instituição e com alguns profissionais. Dentro do hospital, o encontro com o analista muitas vezes se dá por intermediação de um outro profissional, médico ou enfermeiro, com que o paciente já construiu um vínculo transferencial.

A subjetividade contemporânea encontra novas maneiras de se expressar e o psicanalista, por sua vez, oferece sua presença na sociedade de formas diferentes e em lugares que não se restringem ao consultório. O Hospital Geral é hoje um desses lugares onde a presença do analista tem se tornado fundamental. Desde 1978, o trabalho da psicanalista Marisa Decat de Moura, através da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei, tem primado pela importância da inserção do analista no hospital geral e da formalização teórica dessa prática (MOURA, 2000). Outras formas de prática da psicanálise, além do consultório privado, têm surgido ao longo dos últimos anos, tais como a “Prática entre Vários” e a que é desenvolvida pelos “Centros Psicanalíticos de Consultas e Tratamento” – CPCT – criados pela Associação Mundial de Psicanálise – AMP – primeiramente na França e mais tarde no Brasil.

Para refletir e estabelecer a particularidade do trabalho analítico no hospital geral, buscando delimitar e verificar a função/lugar do analista nesse espaço, propõe-se compreender melhor a atuação do analista fora dos “muros” do consultório privado, considerando, a princípio, esses dois dispositivos, que visam oferecer a possibilidade de um encontro com o analista: a prática entre vários e o tratamento da urgência subjetiva através dos efeitos terapêuticos rápidos.

3.1 A Prática “Entre-Vários”

O sintagma “prática entre vários” foi escolhido por Miller em 1992 para designar um modo específico de trabalho analítico que vinha sendo desenvolvido em algumas clínicas para atendimento a crianças autistas e psicóticas. Antonio Di Ciaccia foi precursor deste trabalho quando em 1974 ele organizou uma instituição, a Antenne 110, para o tratamento dessas crianças. Ele tinha como objetivo primordial comprovar ou refutar a tese lacaniana de que a criança autista também está na linguagem. Desse modo, criou uma estrutura de trabalho que considera o fato de essas crianças se mostrarem tomadas por um gozo excessivo e mortífero devido à desregulação do Outro. Quatro pontos são considerados relevantes para o desenvolvimento desse trabalho. O primeiro é que para a psicanálise ser oferecida como dispositivo a crianças autistas e psicóticas, é necessário que o lugar do sujeito do gozo seja trocado pelo lugar do sujeito significante. O segundo refere-se à questão do Outro que, para a

criança autista, não se desdobra em Outro da linguagem e da fala. Isto implica na necessidade de que o Outro da fala seja o forro do Outro da linguagem para que o sujeito seja por ele endossado. O terceiro está relacionado com o modo através do qual a criança autista vivencia a fala. Para ela o simbólico é real e a fala, portanto, trauma, o que faz com que ela eleja estratégias para se proteger do verbo. O quarto é que também o tempo e o espaço, que são estruturas de linguagem, mostram-se perturbados, ocasionando a perturbação no nível da inscrição da fala do Outro e da transferência (CIACCIA, 2007).

Em relação à transferência é importante considerar que, no caso da clínica com autistas e psicóticos, a ausência do Outro da linguagem e da fala implica que o analista ocupe um lugar diferente do de semblante de objeto a e do de suporte da transferência articulada como suposição de saber. De acordo com Bastos e Freire:

Trata-se, antes de tudo, de levar a criança a tolerar a presença de outrem. É nesse ponto que intervém o desejo do analista, independentemente da existência do discurso do analista como laço social. Sua estratégia é associar-se ao trabalho sem endereçamento que o autista já realiza, e sua tática consiste, em vez de interpretar, em notificar a recepção de uma mensagem, testemunhando, com seu ato, o trabalho da criança em seu esforço de produzir-se como sujeito. A prática entre vários, ao multiplicar os parceiros, deslocaliza o saber por meio do qual o outro do gozo afigura avassalador para a criança (BASTOS e FREIRE, 2005: 101-102).

A prática entre vários, de acordo com o objetivo para o qual foi criada, pode ser entendida como uma via de tratamento para crianças autistas e psicóticas. A criação de clínicas que seguem esse modelo possibilita produzir um espaço, um funcionamento que permite à criança, autista ou psicótica, sair do gozo mortífero para a vertente do significante. Isto não quer dizer que o objetivo principal seja induzir a criança no dispositivo analítico, mesmo que isto possa acontecer como consequência de sua entrada na linguagem. Assim, é possível retomar, como objetivo principal, a confirmação ou refutação do axioma lacaniano, já referido anteriormente, o que se faz possível a partir da clínica.

É importante considerar que o distúrbio colocado em questão por essa prática requer um enquadre diferente daquele que se pode obter em um consultório privado. Questiona-se a possibilidade de que essa prática seja elevada a método, como recurso do qual se pode extrair uma metodologia de trabalho analítico. Dentro deste contexto, surgiram outras iniciativas inspiradas nesta experiência como, por exemplo, O Courtil, criado por Alexandre Stevens em

1983. Entretanto, a experiência se estendeu e possibilitou que fosse ampliada, não permanecendo restrita a crianças psicóticas. Assim, no Brasil, pode-se destacar o Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia – NIAB – que funciona dentro do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte¹⁷, e o Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade – CLIN-a –, criado por um grupo com relação intrínseca com a Escola Brasileira de Psicanálise, Seção São Paulo.¹⁸

Para melhor compreender o que é a prática entre vários é importante ressaltar que, no caso da clínica infantil, Di Ciaccia a estruturou em torno de três eixos fundamentais. O primeiro é a reunião dos membros da equipe como lugar de fala que visa operar um certo distanciamento entre o saber adquirido pelos adultos e o lugar subjetivo das crianças. É o momento da construção dos casos clínicos, suporte de um trabalho coletivo. O segundo diz da função do responsável terapêutico: a responsabilidade terapêutica é distribuída entre os vários membros da equipe, o que não isenta ninguém da responsabilidade de seu ato. Assim, essa função pode ser encarnada por qualquer um, mas não por um qualquer. O terceiro refere-se à orientação teórica e clínica que é a psicanálise lacaniana.

A prática entre vários reúne profissionais com diversas formações acadêmicas e caracteriza-se pelo fato de que nenhum profissional está referido à sua própria especialidade. Não há a primazia de nenhuma das especialidades. É a orientação da psicanálise lacaniana que serve de suporte para o trabalho e sua especificidade é a de que cada profissional possa assegurar, apenas por sua presença, que a ocasião de um encontro seja apreendida. Ressalta-se a importância de colocar em funcionamento o dispositivo analítico em cada situação particular.

Para isso, cada profissional deve se implicar como sujeito e com o que causa seu desejo (MARIAGE, 2007). Nesse sentido, a prática entre vários se constitui como a soma das diferentes intervenções realizadas durante o tratamento, colocando as reuniões clínicas como suporte aos profissionais para a elaboração conjunta dos casos clínicos. A função de quem

¹⁷ Cf. CRUZ, Alexandre D. G. A psicanálise aplicada no hospital geral: um estudo a partir do trabalho de praticantes da psicanálise no Hospital das Clínicas de Belo Horizonte. Dissertação de Mestrado em Psicologia – PUC/BH, 2007.

¹⁸ Cf. SILVA, Rômulo Ferreira da. A prática entre vários na CLIN-a – atividade de CID-X. In: Entre vários. *Revista de Psicanálise e saúde Mental*, n. 1, nov. 2007, p. 21-29.

dirige essas reuniões é de extrema importância para que esse dispositivo da prática entre vários possa operar. A função do diretor terapêutico deve ser tal que permita a cada profissional a possibilidade de não trabalhar apenas com seu fantasma. Portanto, o deslocamento da causa de desejo para o desejo de saber é fundamental.

Considerando a perspectiva desta prática entre vários, vale questionar de que modo o trabalho do analista dentro do hospital geral se aproxima ou se diferencia desta prática. Por um lado, em uma instituição hospitalar tem-se profissionais de diversas áreas como a medicina, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, administração. Entretanto, diferentemente da prática entre vários, é necessário e fundamental que o trabalho de cada um no hospital esteja referido à sua especialidade. Porém, por outro lado, cabe ainda questionar o funcionamento da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei já que ela está composta por grupo/equipe de analistas que trabalham na vertente lacaniana.

O trabalho de um analista no hospital, como foi dito no capítulo anterior, não se restringe ao atendimento clínico a pacientes no qual ele é o responsável pela direção do tratamento. O modo de funcionamento da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei permite uma dinâmica de trabalho em setores fechados como o CTI que, muitas vezes, envolve mais de um analista. O funcionamento da equipe dessa Clínica se caracteriza por ter a cada dia um analista de plantão. Este é o responsável por acompanhar os pacientes internados e os familiares que circulam no setor durante o dia. É ele também quem faz o primeiro acolhimento dos pacientes e de seus familiares, assim que acontece uma internação. Esse acolhimento inicial se constitui de uma entrevista inicial que tem por objetivo saber das particularidades daquela família e daquele paciente, do funcionamento da família e de questões que podem ser relevantes para a direção que dará a seu acompanhamento. É a partir desse primeiro contato que ele assume a responsabilidade pelo acompanhamento do paciente e de seus familiares, e é também em função disto que, em várias ocasiões, surge uma demanda de atendimento. Através deste trabalho de acompanhamento dos pacientes e dos familiares, o analista determinará a necessidade ou não de estar presente em dias diferentes do seu plantão. Portanto, como a Clínica funciona em sistema de escala, nenhum dos membros da equipe estará presente, necessariamente, todos os dias. Isto propicia a familiares e pacientes um contato com todos os membros da equipe, o que implica que algumas urgências subjetivas sejam acolhidas por outros analistas.

Percebe-se que, muitas vezes, um vínculo transferencial é estabelecido com o analista que acolhe um paciente ou uma família em uma situação de urgência subjetiva. É importante ressaltar que a questão de assumir a responsabilidade pelo acompanhamento do paciente e de sua família não se caracteriza pela questão burocrática, mas leva em consideração a construção do vínculo transferencial, sempre que este ocorre.

Para esclarecer a diferença entre o trabalho desenvolvido pela Clínica no Hospital Mater Dei e a prática entre vários, o estudo de casos clínicos é fundamental. O caso clínico que será apresentado a seguir busca cumprir este objetivo.

3.1.1 Caso clínico: “Questão de transferência?”

Júlio, um jovem paciente, é internado no CTI devido a complicações no período pós-cirúrgico. Na entrevista inicial realizada com os familiares, estes informam que ele estava em casa quando se sentiu mal e o levaram para uma consulta médica no hospital. A internação no CTI surpreendeu tanto aos familiares quanto a ele mesmo. Mostraram-se assustados e preocupados. Júlio permaneceu internado no CTI por alguns meses, parte deles sedado. Logo que começou a acordar, esforçava-se para comunicar com seus familiares, mesmo estando sem voz devido à traqueostomia.

A família era composta pela esposa de Júlio, por seus pais e seus irmãos. A dinâmica familiar parecia se organizar em torno do pai, que assumia a função de comando. A mãe se colocava em lugar de suporte da família e se sentia responsável por não permitir que sua família desabasse. O tempo prolongado de internação favoreceu o surgimento de alguns conflitos familiares, sendo necessário que eles se organizassem em horários diferenciados para não se encontrarem dentro da unidade. Essa família demandava um tratamento diferenciado, e se sentia no direito de ter privilégios em função do tempo de internação do paciente. Frequentemente as concessões eram feitas, mas quando isto não acontecia, causava mal-estar e, mesmo, agressividade por parte dessa família.

A relação com a equipe multidisciplinar do CTI também se caracterizava por diversos atritos. Os familiares tinham dificuldades de aceitar as regras do funcionamento do CTI, principalmente no que se referia aos horários de visitas, à ordem de atendimento para o Boletim Médico e ao número de pessoas junto ao paciente. Isto incomodava os profissionais desse setor que solicitavam “à psicologia” uma solução para esta questão. Diziam eles: *“Vocês precisam explicar para esta família que eles não podem entrar na unidade a qualquer hora. Aqui nós temos regras e precisamos delas! Vocês precisam colocar limites!”*.

Em função dessas questões e das demandas da equipe “à psicologia”, este caso era discutido com frequência nas reuniões da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei. A formalização teórica dessas questões dava suporte aos analistas para o acolhimento dessa família e das demandas da equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, etc.), pois era importante que os analistas tivessem uma direção para as demandas endereçadas a eles. O significante “exceção” mostrava-se relevante, uma vez que era sempre nesses termos que a família desejava ser recebida no setor. A maneira de lidar com os limites era solicitando exceções.

De acordo com o funcionamento da Clínica, cada paciente internado no CTI é acompanhado pelo analista que o acolheu e a seus familiares, passando então a ser responsável pelo paciente. A questão do vínculo transferencial é um fator considerado fundamental para o trabalho do analista. Acolher e escutar o paciente e familiares no momento da internação muitas vezes possibilita um início de construção do vínculo transferencial. Uma situação de vivência de desamparo pode ser propícia ao estabelecimento da transferência, contudo, isso não é uma garantia. Algumas vezes acontece de sinais de transferência aparecerem endereçados a um outro analista, sendo importante uma redefinição do responsável pela direção do acompanhamento. No caso em estudo, o que chamava a atenção era a ausência de elementos transferenciais com um analista, ou mesmo com a psicanálise. A mãe, quando fazia referência aos analistas, deixava claro que não havia ali um que ocupasse um lugar diferenciado. Ela dizia: *“Todos vocês são muito atenciosos comigo, me escutam, são todos bonzinhos!”*. Aqui é importante ressaltar que, no contexto do hospital, o vínculo transferencial nem sempre se estabelece com um analista em especial, ele pode estar direcionado ao “serviço de psicologia” ou à “psicanálise”, por exemplo. A presença da transferência ou de alguns de seus elementos são facilitadores do trabalho do analista de

acolher, de escutar, de intervir ou de oferecer sua presença. Nesse caso em questão, o vínculo transferencial era dirigido ao coordenador da unidade e, em muitos momentos, os analistas recorriam a ele para que alguma intervenção pudesse ter efeito.

Neste ponto, é importante compreender melhor o que a psicanálise propõe em relação à transferência para se questionar de que modo o vínculo transferencial pode ser tomado no âmbito de uma instituição hospitalar. Nesse contexto, é importante considerar que a transferência, no hospital geral, pode estar direcionada à instituição ou ao coordenador de um setor. Pode, também, estar referida a uma pessoa específica que não necessariamente o psicanalista, ou até mesmo ao “serviço de psicologia” ou à psicanálise.

É a partir do Caso Dora (1905) que Freud vai considerar a transferência como o eixo central do tratamento. Nesse artigo ele define a transferência com reedições de impulsos e fantasia que são criados e se tornam conscientes no decorrer de uma análise. Essas reedições possuem a característica particular de substituírem uma figura anterior pela figura do médico. Em *A dinâmica da transferência* (1912/1980), é marcante o caráter dinâmico da transferência. Freud usa o termo “clichê estereotípico” para designar a forma particular com que cada indivíduo se conduz em sua vida erótica, sendo ele constantemente reimpresso. É importante ressaltar que, nesse artigo, Freud marca que a transferência não é exclusiva da relação analítica e observa que nas instituições em que os doentes são tratados de forma não analítica, por vezes ela é mais intensa. Freud diz:

Nas instituições em que doentes dos nervos são tratados de modo não analítico, podemos observar que a transferência ocorre com a maior intensidade (...). Essas características da transferência, portanto, não devem ser atribuídas à psicanálise, mas sim à própria neurose (FREUD, 1912: 136).

Por outro lado, Lacan mostra que o engate da transferência se dá com um significante e não com uma pessoa. É, portanto, um jogo de significantes. Através das discussões clínicas com a Coordenação sobre esse caso clínico, chegou-se à formalização de que o significante em jogo na relação transferencial era “coordenador”, “chefe”.

Desse modo, a compreensão do algoritmo lacaniano da transferência pode permitir a questão sobre o modo como a relação transferencial pode ser tomada no contexto de uma

instituição hospitalar. Lacan (1967), em ressonância com o texto freudiano *Sobre o início do tratamento*, propõe a seguinte formalização da transferência:

$$\frac{S \longrightarrow S^q}{s (S^1, S^2, \dots S^n)}$$

Matema da transferência

De forma simplificada, a primeira linha deste matema pode ser entendida da seguinte maneira: o S é o significante da transferência, ou seja, de um sujeito, que se dirige a um Significante qualquer – S^q – que pode estar representado por um analista e, talvez se possa dizer dentro da instituição hospitalar, pela própria instituição, por um de seus serviços específicos ou por um outro profissional que ali trabalha. Abaixo da barra temos o efeito dessa relação significativa na qual o s que representa o sujeito que está correlacionado com os saberes inconscientes: s (S¹, S², ...Sⁿ). É importante marcar que, para Lacan, essa relação transferencial está no começo da psicanálise e ela se dá em função do psicanalisante. O Sujeito suposto Saber é que vai ocupar o eixo sobre o qual se articula tudo o que acontece na transferência.

No que se refere ao hospital geral, é necessário considerar que não se trata de estabelecer uma relação de analista/analizando entre os psicólogos da equipe e os demais profissionais que ali atuam. Tampouco essa é a relação que busca com os pacientes e seus familiares. Entretanto, fica claro que algo da ordem da relação transferencial se coloca em jogo nas relações estabelecidas entre paciente – equipe – família. Para o analista, será importante localizar aí os significantes que permeiam essa relação. Assim, propõe-se considerar apenas a parte superior do algoritmo da transferência uma vez que desta relação não se tem, necessariamente, como efeito o sujeito do inconsciente. A parte superior desse matema representa a relação de um significante (do paciente ou da família) a um outro significante qualquer (ao médico). A suposição de saber estava então dirigida aos significantes “coordenador” e “chefe”, que representavam o médico do CTI: “*Ele é capaz de curar (S^q) porquanto porta um saber suposto; não é por acaso que é o coordenador, o chefe do CTI*”.

No que diz respeito à relação transferencial dessa família com o analista, alguns elementos puderam se organizar a partir do momento em que uma escolha pôde ser feita. Helena, a mãe de Júlio, percebendo que cada paciente tinha um analista responsável, questiona como isso era definido. Essa questão foi dirigida a um analista da equipe que não era aquele que acompanhava o caso. Ela interroga se eles, os familiares, não poderiam escolher livremente o seu analista. Fala de particularidades do paciente que até então não tinham sido verbalizadas. Nessa conversa faz uma demanda: “*Não conte isso a ninguém, gosto de todos vocês, todos são atenciosos comigo, são todos bonzinhos*”. Completa dizendo a este analista que gostaria que fosse ele o responsável por acompanhá-los, pois via nele características semelhantes às de Júlio: “*Júlio se parece com você, é extrovertido, brincalhão!*”

Este fato exigiu que o caso fosse discutido com a coordenação da Clínica, antes mesmo da próxima reunião. Aqui deve ser ressaltada a função de supervisão que a coordenação exerce. Por não estar diretamente na direção dos casos clínicos, a coordenação contribui para a construção do caso clínico e isso permite ao analista decidir com um pouco mais de clareza sobre o manejo das demandas a ele dirigidas. Compreendia-se que atender a demanda, acatando o pedido da mãe de manter silêncio sobre aquelas particularidades de Júlio, seria estabelecer um pacto que impediria qualquer possibilidade de trabalho analítico. A palavra pacto significa “ajuste, contrato, convenção entre duas pessoas ou mais” (Houaiss, 2001: 2102). O analista não visa um contrato, mas escutar cada um em sua particularidade e singularidade. Assim, fazer um “contrato” de silêncio não possibilitaria que Helena pudesse se implicar em sua fala e fazer sua escolha. Procurava-se privilegiar que a escolha de um analista fosse feita. Apostava-se que essa escolha fosse fundamental para o estabelecimento de alguma forma de vínculo transferencial com Um analista em particular e não em relação a *todos* aqueles considerados bonzinhos, o que aponta para uma diferença com a prática entre vários. O lugar em que os analistas eram colocados pela família, aqui representada por Helena, era mortífero: “*todos atenciosos e bonzinhos*”. Como se sabe, o analista pode ser qualquer um desde que ele não seja um qualquer. É necessário que ele seja autorizado pelo outro a ocupar esse lugar de analista, mesmo que seu objetivo, no caso de suas intervenções dentro de um hospital geral, não seja, a princípio, a entrada em análise. É preciso considerar que o analista não é *pré-existente*, mas apenas pode ocupar este lugar de forma efêmera.

Ressalta-se que a posição do analista é a de se oferecer fazendo semblante para escutar e intervir nas diversas situações que fazem parte do cotidiano do hospital. A sua disponibilidade de escuta, o seu modo de resposta às demandas, muitas vezes imperativas, é que vai demarcar a práxis psicanalítica possibilitando um giro discursivo e criando condições de escutabilidade. O psicanalista, tendo se destituído como sujeito no final de sua análise, pode se permitir, enquanto objeto *a*, “fazer semblante” ocupando o lugar de agente nos vários discursos dos quais considere necessário a cada situação na qual é convocado a intervir. Quando alguém se dirige ao analista, pode fazê-lo ocupando o lugar de agente do discurso da histórica, do mestre ou do universitário. O que marca a diferença é que o analista responde de algum desses lugares que lhe são atribuídos de forma específica. Quando isso ocorre, embora a expectativa da pessoa seja de que o analista ocupe o lugar de outro do discurso, ele não corresponderá a essa expectativa, pois sabe que sua função é a de se oferecer fazendo semblante. O analista pode até, eventualmente, responder como um S_1 ou um S_2 , porém sempre sabendo “ser o *a*”. E isto tem como efeito possibilitar um giro no discurso. Lacan (1969-1970/1992) marca que o discurso do analista aparecerá exatamente neste giro discursivo.

Considerando esses pontos, decidiu-se sobre a importância de fazer a questão retornar a Helena apostando que a possibilidade de escolher um analista favoreceria na construção de um vínculo transferencial, não necessariamente uma transferência analítica visto que esta se refere à entrada em análise.

A questão aqui colocada diz respeito ao fato de que, pelo menos até esse momento, nenhum dos analistas da equipe ocupava, para Helena e sua família, um lugar diferenciado do qual se sentisse autorizado a intervir. Os significantes que aparecem em relação aos analistas eram: “**todos** bonzinhos” e “**todos** atenciosos”. É necessária uma certa suposição de saber para que a autorização, a **Um** analista, seja dada. Lacan afirma que “de cada vez que essa função pode ser, para o sujeito, encarnada em quem quer que seja, analista ou não, resulta da definição que venho lhes dar que a transferência já está então fundada” (LACAN, 1964/1985:220).

A demanda formulada por Helena coloca em jogo alguns outros significantes como “extrovertido” e “brincalhão” e acreditávamos que, se a transferência se funda com um

significante e não com a pessoa do analista, estes poderiam ser um sinal da possibilidade de uma relação transferencial. Entretanto, quando o analista que os acompanhava lhe retorna a questão da possibilidade de escolha de seu analista, Helena hesita. Diz que não seria necessário fazer qualquer modificação. Vendo que o analista não abria mão deste ponto, ela demanda um tempo para conversar com seus familiares e justifica seu pedido explicando que talvez essa questão fosse dela e não de todos os seus. Após alguns dias, diz de sua escolha de continuar com o analista que os acompanhava. O importante não é qual analista foi escolhido e sim que uma escolha foi feita. Oferecer a possibilidade de uma escolha é abrir um espaço para a implicação nas particularidades dessa escolha mesma. Lacan afirma que o analista é aquele que “sustenta a demanda, não (...) para frustrar o sujeito, mas para que reapareçam os significantes em que sua frustração está retida” (LACAN, 1958/1998: 624). O efeito desta escolha foi que, em situações pontuais em que algum conflito emergia, esse analista era convocado neste lugar.

A situação clínica que este caso apresenta mostra a intervenção/participação de mais de um analista, mas com uma única direção: possibilitar a construção do vínculo transferencial abrindo espaço para um trabalho de escuta analítica. Também traz à tona a função da coordenação do serviço no que se refere à construção do caso clínico e à supervisão. A princípio, pode-se perceber de que modo esta clínica se aproxima da “prática entre vários”.

Um ponto que pode ser delimitado como diferente da prática entre vários é que não existem nesta Clínica profissionais de diversas formações. São todos psicólogos que se apresentam referidos à psicanálise, ou seja, com ou em formação psicanalítica.

Outro ponto que marca essa diferença está relacionado à questão da transferência. É preciso considerar que, diferentemente da “prática entre vários”, a Clínica de Psicologia e Psicanálise trabalha de forma a possibilitar a construção do vínculo transferencial, ou, melhor dizendo, de uma certa modalidade de transferência, na grande maioria dos casos. Assim, essa questão da transferência é sempre levada em consideração quando há uma demanda de escuta. Se a partir de uma escuta percebe-se que o vínculo transferencial está dirigido a outro analista que não o responsável pelo caso, considera-se a importância de haver uma mudança para que o responsável seja aquele para quem a transferência está dirigida.

É fundamental esclarecer de qual transferência é possível falar no contexto do hospital geral. Considerando que aí o atendimento do analista visa a um manejo das demandas a ele dirigidas, não se pode desconsiderar a função transferencial para que algumas demandas sejam efetivamente dirigidas ao analista. Neste sentido, no Hospital Mater Dei, um significante que chama a atenção é “a psicologia”. Em situações em que a necessidade de um outro saber se revela, é a esse significante que se recorre. É usual se ouvir: “*chama a psicologia!*”. Assim como muitos chegam ao hospital transferidos ao significante “Hospital Mater Dei”, o mesmo se dá no interior da instituição. Ali pode se verificar uma transferência ao significante “a psicologia” ou “serviço de psicologia”. São nesses termos que a Clínica é nomeada na instituição.

Se esta transferência pode ser verificada na instituição é pelo efeito do trabalho dos analistas. A presença do analista na equipe, entre os pacientes e familiares favorece para que, em algumas situações, algo da transmissão da psicanálise ocorra. É através da presença do analista que a demanda pode ser construída. É preciso que esta presença seja de tal modo que incida sobre algumas certezas abrindo espaço para o campo da subjetividade e da particularidade. Deste modo, é possível sustentar a presença de um saber outro, diferente do saber oferecido pelo campo médico.

Pode-se dizer que a transferência no contexto da instituição hospitalar seja, a princípio, um significante que aponta para a existência de um saber outro sobre o sofrimento do ser. O analista deve saber sustentar e manejar essa transferência para favorecer um trabalho que toma a psicanálise como base. Entretanto, se o termo transferência analítica não é adequado às situações em que o analista opera no hospital, uma vez que se refere ao momento de entrada em análise, de qual transferência se pode falar neste contexto?

Jean-Richard Freymann (2008)¹⁹ trabalha a ideia de níveis da transferência. Um primeiro nível seria o que ele nomeia de transferência (*transférisation*) e que ele designa como uma operação dinâmica que provoca efeitos e que consiste na tentativa de tornar presente a transferência, não importando se se trata da transferência analítica, hipnótica ou mesmo, delirante. Sobre este primeiro nível ele diz que:

¹⁹ “L’effet du libéralisme sur le sujet”, França, 2007 (inédito).

a “transferização” (...) é um primeiro nível em um certo número de situações difíceis. Isto é verdadeiro nas psicoses, é verdadeiro nas doenças. O fato de ser bem-sucedido em tornar presente um pouco de transferência já é curar as pessoas. Em todo caso, é cuidar sob o ângulo da cura (FREYMANN, 2008: 7).

Este nível da transferização, de acordo com Freymann, é algo bastante preciso no sentido de mobilizar a dimensão de um outro lugar. Como exemplo, podemos citar o caso de uma senhora que, internada no hospital e com restrições físicas que dificultavam severamente a sua mobilidade, mostra-se depressiva e chorosa. Queixa-se de não poder se movimentar e ficar dependendo das pessoas para tudo. O analista, ao escutar suas queixas, intervém perguntando-lhe: *o que a senhora gosta de fazer?* Ela se assusta com a pergunta, para de chorar, e diz, esboçando um sorriso: *“ah! Eu gosto de jogar cartas com as minhas amigas!”*. Podemos pensar que as intervenções do analista em situações específicas no contexto hospitalar, onde quase sempre se trata de alguma forma de urgência subjetiva, tem justamente o efeito de mobilizar um outro lugar para o paciente permitindo que algo de sua particularidade possa ser resgatado.

Nesse sentido, Freymann afirma que quando o analista é bem-sucedido em “induzir um pouco de transferência”, isto tem como efeito um trabalho que já é analítico, mesmo que tomado no lado da psicoterapia:

Este nível da transferização já é analítico, mas está do lado da psicoterapia, na medida em que ela se refere à análise. (Não disse psicoterapia analítica, pois não compreendo o que isso quer dizer). Isto já é psicoterápico por ser bem-sucedido em transferizar. Em seguida, as pessoas podem continuar a viver (FREYMANN, 2008: 7).

No nível seguinte, Freymann se refere à análise da transferência colocando-a no campo da experiência analítica clássica. Este é o nível no qual transcorrem as análises e é caracterizado pela mobilização da análise na qual as pessoas são conduzidas a continuarem a pesquisar. Entretanto, vale ressaltar que este nível requer um tempo longo de trabalho.

Estas idéias podem nos ajudar a pensar a questão da atuação do psicanalista em um contexto no qual o que se visa não é primordialmente a construção da transferência analítica. No hospital, se o analista é bem-sucedido no estabelecimento de, pelo menos, um pouco de

transferência, ele pode criar as condições para que, ali, um trabalho em psicanálise seja possível.

Para pensar o outro dispositivo de prática analítica, ou seja, o tratamento da urgência subjetiva através dos efeitos terapêuticos rápidos, a referência tomada é o Centro Psicanalítico de Consultas e Tratamentos – CPCT – criado por Miller.

3.2 Centro Psicanalítico de Consultas e Tratamentos - CPCT

Há quatro anos os Centros Psicanalíticos de Consulta e Tratamento, criados na França, oferecem tratamento/atendimento psicanalíticos gratuitos e com tempo de duração limitado.

No Brasil, desde o início de 2007, a Escola Brasileira de Psicanálise – EBP – conta com três desses centros funcionando nas cidades do Rio de Janeiro, Salvador e Belo Horizonte.

Estes centros têm o objetivo de acolher e responder às demandas daqueles que desejam passar por uma experiência analítica, mas que, por algum motivo, não podem pagar por ela. Para isso busca-se facilitar e construir meios para que o psicanalista tenha sua presença na cidade propiciando às pessoas a possibilidade de um encontro com o analista. Na visão de Serge Cottet, “a Escola da Causa Freudiana, que é uma escola lacaniana de psicanálise que se propõe a formar psicanalistas na escuta do mal-estar contemporâneo, considerou que chegou o momento de fazer uma oferta dirigida ao público, uma oferta de seu *savoir-faire* (...)” (COTTET, 2005: 36). Ele observa que um psicanalista pode fazer a oferta de um saber sobre a estrutura do sintoma. Tal como indica Lacan em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, uma oferta que precede a demanda: “com a oferta, criei a demanda” (LACAN, 1958/1998: 623). Ressalta-se que a psicanálise permite criar a demanda sem responder a ela.

Constituído a partir desta orientação, o Centro Psicanalítico de Consulta e Tratamento funciona considerando quatro princípios que norteiam o trabalho. O primeiro princípio

norteador deste trabalho é o tempo fixado em quatro meses com possibilidade de ser prorrogado por mais quatro. O limite do tempo está colocado tanto para o paciente quanto para o analista, mesmo que se decida pela interrupção antes de quatro meses ou pela prorrogação para oito. Ressalta-se a importância de discutir a incidência do tempo sobre a condução dos tratamentos assim como estabelecer a lógica que articula a conclusão e a entrada. Trata-se de um tempo destinado a verificar se o sujeito deseja realizar um trabalho de elucidação da estrutura de seu desejo. Um tempo que pode ou não levá-lo a uma análise.

Valem ser lembrados, sobre essa questão do tempo, os casos clínicos de Freud que apresentam seus efeitos independentemente do período de atendimento. A título de ilustração, pode-se recorrer ao caso Katharina (FREUD, 1893-1895/1980, v. II) em que a paciente apresenta como queixa inicial o sintoma de falta de ar. Nessa ocasião, Freud, que estava de férias, foi surpreendido com a demanda de uma moça que o procura por sofrer de crises de falta de ar. Um único atendimento realizado no topo da montanha e na ausência de alguns dos critérios que qualificam o enquadre analítico clássico: consultório, divã e pagamento. Quanto à transferência, só se pode dizer de sua existência em relação ao saber médico, pois é ao médico Freud que Katharina dirige sua demanda: “O senhor é médico?” (...) “O senhor escreveu seu nome no livro de visitantes. E pensei que, se o senhor pudesse dispor de alguns momentos...” (FREUD, 1980:143). Freud descreve que, ao final de sua escuta, intervenções e interpretações que ocorreram em um único atendimento, ela “parecia alguém que tivesse passado por uma transformação. O rosto amuado e infeliz ficara animado, os olhos brilhavam, sentia-se leve e exultante” (FREUD,1980:148) Freud deixa claro os efeitos que lhe foram perceptíveis, entretanto não considera que seja um caso analisado de histeria e sim um caso solucionado por conjecturas. Dito de outro modo, não se trata de uma análise clássica, mas este caso demonstra os efeitos da escuta analítica, entendendo que essa escuta inclui suas intervenções.

O segundo princípio refere-se à definição de que o acolhimento das demandas de atendimento e o atendimento, isto é, a Consulta e o Tratamento, sejam realizados por grupos de analista diferentes. Os responsáveis pelo acolhimento daqueles que desejam iniciar uma experiência analítica devem considerar os pontos relacionados à impossibilidade de pagar pela análise e à vivência de uma situação de urgência. Sobre a questão da impossibilidade de pagar, é importante ressaltar que isso não equivale a verificar se a pessoa que demanda

pertence a uma classe socioeconômica desfavorecida. A impossibilidade de arcar com os custos financeiros de um tratamento analítico não se limita ou está para além da condição econômica em que vive um indivíduo. Não sendo uma mercadoria que possa ser comprada ou vendida, a análise deve ser situada para além do valor de troca.

Desse modo, um terceiro princípio pode ser evocado: nenhum paciente pagará por seu tratamento. O CPCT recebe pessoas que, por diversas razões, se encontram impossibilitadas de pagar por uma análise. Se o dinheiro numa análise remete a algo que se localiza na economia psíquica do sujeito, é possível questionar a inclusão de uma outra forma de pagamento, como, por exemplo, a perda de uma certa parcela de gozo. Afinal, o que se paga quando se paga uma análise? Aqui existe uma aposta, a de que essas pessoas podem encontrar um analista e assim se interrogarem sobre o seu sofrimento.

O quarto princípio refere-se à questão da supervisão: todos os casos clínicos são atendidos sob supervisão individual ou em cartel²⁰ e, na medida do possível, são avaliados por toda a equipe em reuniões restritas.

Cottet (2005) define o Centro Psicanalítico de Consultas e Tratamento – CPCT – como um projeto de formação onde se trabalha em um enquadre “*não standard*” e do qual os praticantes novos e mais antigos devem se beneficiar. Mostra que este projeto se constitui em torno de quatro características, a saber, responsabilidade terapêutica, limite temporal, supervisão em grupo e existência de um lugar que torna homogêneos discurso analítico e instituição.

A responsabilidade terapêutica implica um esquema de supervisão, individual ou em cartel, visando estabelecer uma confrontação entre o saber clínico articulado *a priori* e a surpresa decorrente do encontro. O foco da supervisão não está nem no ato analítico nem no desejo de analista. Entretanto, ao contrário de outras instituições, o CPCT autoriza e antecipa

²⁰ Lacan, em 1964, ao fundar sua escola o faz sobre dois pilares: o passe e o cartel. Em D'Écolage (1980), Lacan fornece uma fórmula afinada do cartel: “Quatro se elegem para prosseguir em um trabalho que deve ter seu produto. A conjunção dos quatro se faz ao redor do Mais-um (...) que tem por função velar pelos efeitos internos do grupo e provocar sua elaboração.(...) deve haver um término fixado em um ou dois anos (...)”. A função do Mais-um não é a mesma da de um líder de grupo, ele não tem função de mestria, nem de liderança e nem de suposição de saber. Sua função é, antes, desarticular os efeitos imaginários no grupo para alcançar seu objetivo de produção de um trabalho escrito.

o ato analítico de modo que a prática analítica é simultânea à sua formalização, à definição de suas finalidades e à sua transmissão ao conjunto da instituição. A importância da construção coletiva do caso clínico é justificada pelo fato de que a transferência incide, inicialmente, sobre a instituição mais que sobre a pessoa do analista, o que justifica que os casos sejam distribuídos aleatoriamente aos praticantes.

É importante ressaltar que, para além dos princípios norteadores deste trabalho, é a noção dos efeitos terapêuticos rápidos que se constitui como a essência desta proposta. Assim, torna-se fundamental compreender com maior clareza essa noção. Nesse sentido, faz-se necessário ressaltar as diferenças entre essa prática que propõe o tratamento da urgência subjetiva através dos efeitos terapêuticos rápidos e a psicoterapia breve.

Nas terapias breves o conceito de *foco* ocupa o eixo central do tratamento e frequentemente está determinado pelo motivo da consulta. Assim, todo o processo de tratamento gira em torno da situação focal delimitada no início. A definição dada por Fiorini (1991) para o trabalho em terapia breve coloca em relevo três eixos que formam uma espécie de tripé de sustentação do processo: ativação egoica, elaboração de um foco, relação de trabalho.

... produzir no paciente uma ativação de suas funções egoicas, por meio das quais se torne possível elaborar de modo focalizado a problemática inserida em uma situação vital específica, com base na orientação, no estímulo e nas realizações simbólicas do vínculo vivido numa relação de trabalho personificada com o terapeuta, que inclui a correlata ativação das funções egoicas deste último. (FIORINI, 1991: 86).

Para este autor, a avaliação do processo terapêutico deve considerar a eficácia com que se consegue assentar cada um desses eixos e, em seguida, o desenvolvimento de cada um e de sua relação com os demais.

Lucía D'Angelo (2005), ao trabalhar a diferença entre terapias breves e efeitos terapêuticos rápidos, enfatiza que nas primeiras o terapeuta exerce um papel ativo fazendo uso de todo recurso de que dispõe para facilitar o processo de investigação e de compreensão. Ela diz:

Seus recursos técnicos são múltiplos; (...) O terapeuta oferece evidências não ambíguas de que compreende o paciente; evidencia também sua amabilidade, ou seja, que em seus gestos e tom de voz não é indiferente à pessoa de que está tratando; deve ser espontâneo para criar um clima de liberdade, criatividade e permissividade; deve tomar a iniciativa para desempenhar um papel ativo a fim de estimular a tarefa terapêutica; deve assumir um papel docente que delimita a tarefa definida pedagogicamente da relação de trabalho terapêutico. (D'ANGELO, 2005: 35)²¹.

Trata-se de uma técnica que requer do terapeuta condições de responder ao que essa estratégia requer, a saber, construção do vínculo terapêutico, flexibilidade da técnica e inclusão de traços pessoais do terapeuta. A psicanálise segue uma outra via uma vez que ressalta que a compreensão do sofrimento através da construção de um sentido pode mascarar que por trás do sintoma há uma escolha subjetiva.

Quanto ao segundo, os efeitos terapêuticos rápidos, vale lembrar que isso não é uma novidade. A produção desses efeitos é constatada no *setting* analítico clássico, no tratamento individual no consultório privado. Enquanto prática psicanalítica tem seu fundamento na interpretação da transferência que compõe o instrumento e o dispositivo terapêutico específico e essencial para psicanálise. Enquanto a transferência desempenha um papel de recurso tático dentro do processo de psicoterapia breve, para a psicanálise ela constitui o eixo da estratégia terapêutica. A transferência não é dentro da situação analítica um recurso técnico como o é na terapia breve, mas ela é justamente o que funda não somente a direção da cura como também a própria psicanálise. E para a construção do vínculo transferencial tal como definido pela teoria psicanalítica, é essencial que os traços particulares da pessoa do analista não apareçam. Ao ocupar um lugar sem consistência, vazio, lugar de objeto, o analista possibilita que o analisante deposite nele as marcas de identificação necessárias à construção do vínculo transferencial.

Outra diferença que vale ressaltar está no que diz respeito ao destino dado ao sintoma. De acordo com D'Angelo (2005), a terapia breve promove a modificação ou, eventualmente, a desaparecimento do sintoma. A psicanálise visa à redução do gozo implicado no sintoma do sujeito e, para isso, a transferência e a interpretação são as condições que possibilitam um certo tratamento do sintoma dentro da direção lacaniana da cura analítica.

²¹ Tradução livre da autora.

Nesse sentido, a proposta do CPCT mantém-se dentro da orientação psicanalítica considerando a única regra para a análise que Freud estabeleceu, ou seja, a associação livre. Vale lembrar de que modo a associação livre está interligada à transferência. Nas palavras de Elisa Alvarenga – presidente da EBP no período 2007-2009 –, o método é fazer o analisante falar, sempre o interrogando e tratando de suas particularidades. O instrumento do analista é a palavra, ele toma cada palavra do analisante, do paciente, para tentar elevá-las à condição de oráculo. Assim, a psicanálise busca a particularidade de cada caso levada ao seu limite extremo e permite encontrar soluções diferentes das que são constituídas pelo sintoma.

A criação desses centros propõe como meio “facilitador” do encontro com o analista a aposta segundo a qual esse encontro não é sem efeitos. Mas, o que vem a ser esse “encontro com o analista”? Trata-se de uma noção que também está presente na prática entre vários. Miller articula o encontro do analista, na urgência subjetiva, com o discurso analítico e com a produção de efeitos terapêuticos. Diz ele:

Quando estamos nos casos de urgência subjetiva, pode parecer, de maneira inteiramente sensível, que a entrada mesma do sujeito no discurso analítico, tanto quanto a gente o possa qualificar seu encontro com o psicanalista de entrada no discurso analítico, resgata espontaneamente um efeito terapêutico. Pode-se constatar um apaziguamento dos estados de pânico, das sedações espetaculares de angústia ou até dos adiamentos das passagens ao ato (MILLER, 2005: s/p).

É importante ressaltar que a essência do trabalho analítico, proposto pelo tratamento das urgências subjetivas através dos efeitos terapêuticos rápidos, está na ideia dos *ciclos*. Estes se constituem como um tempo no qual se faz possível uma passagem, uma primeira mudança de posição do sujeito diante do real. Seria uma transição que se serve da relação analítica como instrumento. É assim que Miller define o ser do analista: “O ser do analista é isso; é ser um instrumento; é ser nada mais que isto; é algo que alguém toma e se analisa com esse instrumento”²² (MILLER, 2005:105). Essa noção de ciclos reforça a experiência analítica não como um processo evolutivo, mas, sim, estruturado por momentos, por ciclos que se abrem e se fecham. O ciclo aponta para o terminável e não para o indefinido. Assim, pode-se apreender a experiência analítica em seu caráter finito, mesmo que ela seja constituída de apenas um ciclo. Mesmo que se possam refazer os ciclos, cada ciclo tem sua finitude, completa-se quando de seu término.

²² Tradução livre da autora.

Os casos clínicos apresentados e discutidos em *Efectos Terapéuticos Rápidos: conversaciones clínicas con Jacques-Alain Miller en Barcelona* exemplificam a variedade dos modos pelos quais esses ciclos podem se apresentar na clínica. Por exemplo, um paciente pode utilizar a relação analítica para realizar uma fase de transição de uma identificação à outra. Ou ele pode chegar com uma escolha e demandar ao analista que consinta com a sua escolha e o leve a operar com ela sem repetir algo que já ocorreu em sua vida.

O que é o conceito de ciclos? Quais os seus efeitos? Quais as suas implicações? Isso é algo que está sendo construído pela comunidade analítica da Associação Mundial de Psicanálise – AMP. Ressalta-se aqui a ideia básica desse conceito que permite pensar um trabalho em psicanálise sem que, necessariamente, a entrada em análise e o seu final, este compreendido como a travessia da fantasia e a dessubjetivação, sejam seus objetivos primordiais.

A retificação subjetiva pode ser tomada como um exemplo desses momentos em que um ciclo se fecha. Entretanto, é preciso considerar que ela seria o extremo limite de um ciclo, uma vez que corresponde à entrada em análise. Lacan (1953) faz referência ao Caso Dora para mostrar que a retificação subjetiva corresponde ao momento em que ela pôde se perceber como agente da situação que pensava ser somente a vítima. Um momento anterior a este é o que se caracteriza por um primeiro discernimento da posição de um sujeito frente ao real. Esse primeiro discernimento, momento anterior ao da retificação subjetiva propriamente dita, corresponde àquele em que Dora inicia os seus questionamentos sobre a possibilidade de sua participação em seu próprio sofrimento.

O caso clínico que se segue servirá de suporte para o questionamento da possibilidade de o analista fazer uso do conceito de ciclo no trabalho que desenvolve no hospital geral.

3.2.1 “Irupé”: psicanálise e urgência subjetiva

No Hospital Mater Dei (HMD), o Centro de Terapia Intensiva é o local onde os analistas permanecem de plantão²³. Assim, sempre que há uma demanda urgente de atendimento, o analista de plantão é contatado, geralmente pelo telefone do setor. O primeiro ponto que chama a atenção neste caso é que o médico de plantão no Pronto Socorro do hospital foi pessoalmente buscar um “psicólogo” para atender a filha de uma paciente que faleceu logo após chegar ao hospital. Ele mostrava-se perplexo com a reação dessa filha. Informou que a paciente chegara ao hospital em parada cardíaca e que, apesar de todas as manobras médicas de ressuscitação, ela faleceu. A filha, que chamarei Irupé, ao receber a notícia médica de falecimento de sua mãe, reage de forma inesperada. Ela começa a rir, brincar e pergunta se sua mãe iria se recuperar: “*Mas, ela vai ficar boa, não é doutora?*”.

Irupé se recusa, de forma radical, a escutar o que lhe é dito. Esta recusa causa espanto na equipe e a deixa embaraçada, pois era preciso dar andamento aos procedimentos relacionados ao óbito e, para isso, eram necessárias algumas informações sobre a paciente. O médico dizia: “*Ela precisa escutar o que aconteceu ou, ao menos, informar algum telefone de um familiar... já fizemos de tudo e nada adiantou!*”.

Diante desse “*não há nada mais que podemos fazer!*”, por parte do saber da ciência, o analista aposta no “*há algo a ser dito*”. Entretanto, ele encontra-se entre um tempo que urge para a instituição – que precisa tomar as providências devidas – e um tempo subjetivo, o tempo do sujeito. No contexto hospitalar, o analista, muitas vezes, se vê confrontado entre dois tempos. A instituição exige pressa. O analista, por sua vez, não pode prescindir do sujeito e isso implica em considerar o tempo subjetivo. Cabe ao analista “instaurar a ‘pausa na pressa’ sustentando a enunciação” (MOURA, 2002:77). É neste intervalo sustentado pelo analista que algo do campo da subjetividade, da singularidade de cada paciente, pode advir.

²³ Atualmente, os membros da Clínica de Psicologia e Psicanálise realizam um plantão diário das 08 às 20h, inclusive nos finais de semana. No horário noturno, das 20 às 08h, há sempre um profissional da Clínica que fica de sobreaviso para que a equipe chame caso tenha alguma situação de urgência em que se faça necessária a presença do analista.

Nesse caso, é importante questionar o que é uma urgência subjetiva. Esta caracteriza-se pela ruptura da cadeia de significantes, ruptura no campo simbólico. Nessas situações, o tempo de compreender foi suprimido, não permitindo um trabalho de elaboração. Diante do insuportável da morte, da finitude do ser humano, da castração, Irupé perde o acesso à palavra. A irrupção do real no psiquismo rompe, de forma radical, com a cadeia das construções simbólicas que sustentam o sujeito em seu lugar na sua história.

Quando o analista chega ao Pronto Socorro, encontra Irupé sentada na cama, aparentando um ar de tranquilidade. Ele é informado pela equipe de enfermagem que ela havia sido medicada após constatarem um aumento da sua pressão arterial. O analista senta à sua frente e lhe pergunta o que estava acontecendo.

A direção do analista, nesse momento, é abrir um espaço para a palavra, apostando na reconstrução do campo simbólico. Desse modo, ele aposta na eficácia da palavra como sutura da cadeia significativa, ou seja, na possibilidade de o sujeito reconstruir sua história e suas representações. A pergunta “o que aconteceu?” é um convite que abre para o campo da fala, da palavra e, ao mesmo tempo, é uma aposta do analista no sujeito.

Irupé começa a contar sua história. Relata que sua mãe passou mal em casa, que chamaram uma ambulância e que vieram para o hospital:

Irupé – Minha família é grande, mas eles acharam que eu é que daria conta de acompanhá-la..., mas eu não dou conta não! (Ela contava em detalhes tudo o que aconteceu em casa até que a ambulância chegasse).

Analista – Ah! Seus irmãos acharam que você é que daria conta! E o que aconteceu depois?

Irupé – Não sei... aconteceu alguma coisa na ambulância... o médico é quem sabe... eu virei o rosto... não quis ver...

As intervenções do analista marcavam os significantes da fala de Irupé que poderiam remeter às suas particularidades. Numa crise subjetiva, o sujeito perde sua posição diante do outro. Considerando que o sujeito se constitui através de sua relação ao Outro, na crise ele não encontra lugar no Outro para sua palavra e perde o recurso simbólico para lidar com o insuportável. Sem esse recurso o que se mostra é o ponto radical da angústia. O risco dessas situações é que a saída encontrada pode ser a crise de violência, uma aparição repentina de alucinação ou delírio histérico, agitação e, até mesmo, a passagem ao ato ou o *acting-out*. Irupé, entretanto, mostrava-se inerte, mergulhada na angústia, invadida por um gozo mortífero. Para se apaziguar, constrói para si a ideia de que sua mãe estava realizando exames.

Irupé – Por que minha mãe está demorando no exame? Por que a médica não vem falar comigo?

Analista – A médica não veio conversar ainda com você? Qual exame sua mãe foi fazer?

Irupé – Não sei... acho que foi para ver o coração!

Analista – Sua mãe precisou fazer um exame para ver o coração? O que aconteceu com ela?

Irupé – É que a gente estava em casa e ela passou mal (...) vim com ela na ambulância (...)

Irupé relata toda a história novamente, até esse momento em que algo aconteceu na ambulância. E quando é questionada sobre o que teria acontecido na ambulância, responde: “Não sei... virei o rosto... não quis ver...!”.

Na urgência subjetiva, pelo fato de o tempo de compreender, que possibilita a elaboração de uma questão, de um conflito, estar quase ausente, a angústia invade o

psiquismo quase que sem mediação. Isso difere, por exemplo, de uma situação de perigo quando uma angústia sinal se instala tornando possível uma certa mediação entre o psiquismo e um determinado impacto. A angústia sinal tem o papel fundamental que é o de colocar em funcionamento os mecanismos de defesa, que propiciam as formações dos sintomas. Na urgência subjetiva tem-se o inesperado, dimensão da surpresa. O que deveria permanecer velado, ou mascarado, desvela-se diante do sujeito, constituindo-se o encontro com o objeto faltoso, com o traumático e isso sem que o Eu tenha podido produzir barreiras protetoras.

Assim, Irupé insiste: “Eu virei o rosto... não quis ver”. Não lhe era possível esse encontro com o insuportável. E, como que num delírio histérico, afirma: “*Minha mãe foi fazer um exame... está demorando muito!*”.

“O que você pensa que aconteceu?”. O analista a interroga, convocando-a como sujeito ao campo da linguagem.

Ao analista cabe suportar o tempo necessário para que, nesse contar e recontar de sua “história”, algo se coloque enquanto enigma para que possa ser interrogado, para que ao falar, algo da verdade possa ser tocado. Sustentar a fala e a escuta tem efeito porque possibilita que o sujeito se posicione e possa advir, mesmo que num vislumbre.

Irupé conta e re-counta sua “história” e, a cada vez, um elemento novo é colocado. A cada vez é sua posição como sujeito que está em jogo. Interrompe por muitas vezes no mesmo ponto: “*Eu virei o rosto... não quis ver*”. Mas, não é sempre o mesmo recontar, pois, a cada vez que fala de sua história, pode reconstruí-la e assim reconstruir também o seu lugar no simbólico.

Depois de recontar sua história por várias vezes, assusta-se diante da questão, também já muitas vezes colocada pelo analista: “*E aí, o que aconteceu?*”. O susto nos possibilita dizer que algo do sujeito foi fisgado. Irupé tem um sobressalto. Fica em silêncio e pergunta: “*Ela morreu?*”. Diante do silêncio do analista, tem a resposta e pode então chorar a perda de sua mãe. Irupé, na posição de sujeito sustentado pelo Outro – analista –, pode se colocar com seu sofrimento pela perda de sua mãe.

A escolha do nome Irupé para este caso clínico foi feita a partir de uma lenda que diz o seguinte:

Trata-se de duas jovens mulheres. Irupé e Panambi. Irupé subiu em uma árvore para alcançar alguns filhotes de um ninho; o galho se quebra e ela cai... ali aparece um elemento mágico, Deus, que ampara seu corpo para salvá-la. Assim se transforma em uma flor branca de pétalas grandes e cai no rio já convertida em flor. Assim se salva (MARTELLO, 1998:45).

Desta lenda, é importante ressaltar a queda – “ela cai” – e a criação como saída – “se transforma”. O analista, não como um mágico, ao sustentar o lugar para a palavra, possibilita que Irupé faça um movimento. Ela pode reconstruir suas representações simbólicas e sair do estado em que se encontra, invadida por um gozo mortífero. Somente quando pode recuperar seu lugar na cadeia simbólica é que lhe é possível escutar sobre a morte de sua mãe.

Questiona-se aqui se esse movimento pode ser considerado como um exemplo de ciclo. É importante marcar que, no hospital geral, é frequente que o analista se encontre presente em cenas como essa em que há uma irrupção do real no psiquismo, devido a um fato, um acontecimento. Freud (1950-1895/1980), através do caso clínico Emma, afirma que o acontecimento traumático não é caracterizado pela força impactante de um fato, mas pela magnitude da impressão psíquica causada por um acontecimento, que promove a resignificação de um acontecimento anterior²⁴. No caso de Irupé, que ocorreu em apenas um atendimento, não é possível localizar qual foi o ponto que este acontecimento tocou em seu psiquismo. Entretanto, pode-se afirmar que um ciclo se fechou, mesmo que uma entrada em análise não tenha ocorrido, mas apenas um vislumbre de discernimento da posição do sujeito no real.

Outro ponto importante de ser marcado é o efeito desse atendimento para a instituição e para Irupé. Se o efeito acaba por atender à demanda da instituição – “Ela precisa escutar que sua mãe morreu para que a gente consiga ter os dados necessários aos procedimentos do óbito” –, para o analista talvez isso seja contingente e não o que ele deseja primordialmente. O que o analista visa é que, através da palavra, Irupé possa circunscrever um ponto de seu

²⁴ Uma outra referência interessante sobre esse assunto é o livro de Lúcia Grossi, *O conceito de repetição em Freud*, 2002.

sofrimento, ou seja, possibilitar que ela construa na via do simbólico algo que lhe permita lidar com o insuportável que lhe fora apresentado pela morte da mãe.

Tendo trabalhado essas duas modalidades de prática analítica – a prática entre vários e o tratamento da urgência subjetiva através dos efeitos terapêuticos rápidos –, é necessário conhecer um pouco do funcionamento da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei, antes de entrar na discussão sobre as funções do analista no hospital geral, tema que será abordado no terceiro capítulo.

3.3 Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei – CPP-HMD

Em 1978, quando se iniciou a construção do Hospital Mater Dei, Marisa Decat de Moura foi convidada a participar do Curso “Casal Grávido” oferecido pelo hospital. Começou assim uma experiência de trabalho em hospital geral que perdura até os dias de hoje. Desde o início, a direção do hospital tinha por filosofia constituir uma instituição que oferecesse uma medicina avançada – tanto no que diz respeito à tecnologia quanto à formação científica – e um espaço de trabalho aos profissionais da área de saúde. Desse modo, o Hospital Mater Dei passou a funcionar com um corpo clínico formado por profissionais de diversas áreas da medicina e da saúde abrangendo, assim, além de todas as especialidades médicas, as clínicas de fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia. Foi então, a partir dessa filosofia do hospital, que se criou a Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei. Na década de 80, Léa Mohallem assumiu junto com Marisa Decat a coordenação desta Clínica.

Após o convite para participar do Curso “Casal Grávido”, veio um segundo convite para a atuação mais próxima ao corpo clínico do hospital através da participação em um curso que era oferecido a todos os médicos residentes do hospital. Conforme testemunham as coordenadoras da Clínica, o questionamento que elas faziam sobre o que poderia interessar ao público de cada um desses cursos possibilitou abrir um espaço de trabalho diferenciado. Em lugar de oferecer um saber pronto, uma resposta preestabelecida, partia-se de um questionamento sobre o que os alunos e residentes gostariam de saber e discutir. Colocando-se em uma posição de desejo de saber, era possível abrir um espaço para a subjetividade. Tratava-se de construir um espaço para o psicanalista, pois fazer operar uma abertura para a

subjetividade permite a inserção do psicanalista na instituição, questão central do trabalho desenvolvido por esta Clínica. Ao longo de todos esses anos, tem sido esta a posição da Clínica em cada setor do hospital no qual é convidada a iniciar e construir seu trabalho.

Atualmente, o trabalho da equipe da Clínica de Psicologia e Psicanálise se insere na instituição de diversas formas e junto a clínicas, setores e serviços oferecidos pelo hospital, tais como: Centro de Terapia Intensiva – Adulto (CTI), Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), Pronto Socorro (PS), Serviço de Hemodiálise, Clínica de Geriatria, Clínica de Ginecologia, Grupo de Hepatologia e Transplante Hepático, “Código Azul”, “Código C”, Acompanhamento e atendimento clínico aos pacientes internados no hospital. É importante ressaltar que se trata de um trabalho dinâmico, fundamentado na teoria psicanalítica e que visa à inserção do analista no hospital geral e que prima pela formação permanente dos profissionais da Clínica. A necessidade de reformulação do trabalho é constante e considera sempre as demandas que são a ela dirigidas. Trata-se, pois, de um trabalho sempre em construção. A equipe da Clínica é composta por psicanalistas e psicólogos em formação analítica, que estão presentes no hospital em sistema de plantão das 8h às 20h, todos os dias da semana. São realizadas reuniões semanais com a coordenação para discussões de casos clínicos e do funcionamento do trabalho. Entretanto, sempre que necessário, as questões que surgem no decorrer da semana são discutidas por telefone com a coordenação.

Faz-se necessário, para se compreender a abrangência do trabalho desenvolvido pela CPP, entender como se dá o seu funcionamento e a “rotina” de trabalho nos diversos setores acima citados. Vale salientar que essa “rotina” está sempre em construção, sendo modificada de acordo com as necessidades de cada setor ou da própria Clínica. Isso sem deixar, entretanto, a fundamentação psicanalítica.

- Centro de Terapia Intensiva – Adulto (CTI/Adulto) – É neste setor que a equipe permanece de plantão das 8 às 20 horas, todos os dias da semana, sendo então o local em que os analistas são procurados sempre que há alguma demanda de atendimento nos andares, no Pronto Socorro, ou outras demandas relacionadas às diversas questões que permeiam a instituição. No CTI o trabalho consiste no acolhimento e acompanhamento dos pacientes e seus familiares e, quando necessário, no atendimento. A demanda de atendimento muitas vezes acontece a partir desse primeiro

momento de acolhimento e acompanhamento, outras vezes por parte do médico-assistente e algumas vezes parte da equipe de enfermagem ou mesmo do paciente ou de seu familiar. Quando um paciente é admitido na Unidade, o analista de plantão realiza uma primeira entrevista com ele, quando possível, e com seus familiares com o objetivo de conhecer as particularidades daquele paciente e de sua família. Nesta entrevista de acolhimento procura-se escutar os pontos relevantes como estrutura e dinâmica familiar, lugar que o paciente ocupa na família, quem é o familiar de referência para aquele paciente, ou seja, dados que servirão de suporte para acompanhar o caso e, algumas vezes, estabelecer/formalizar uma demanda de atendimento.

- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) – Neste setor a equipe permanece de plantão de segunda a sábado em um período do dia. O trabalho de acolhimento e acompanhamento de pacientes e familiares segue os moldes do que é estabelecido no CTI/Adulto, considerando as particularidades dessa Unidade e do público que é ali atendido. Desse modo, dois projetos que visam atender a essas particularidades foram implantados e são desenvolvidos pela equipe da Clínica. São eles: Visitas dos avós e o projeto “Lembraram-se de mim”²⁵, que inclui a entrada dos irmãos dos bebês e das crianças internadas. A presença do analista junto aos avós e irmãos tem se mostrado importante para a escuta de questões familiares essenciais à direção do tratamento.
- Pronto Socorro – Os atendimentos neste setor se dão a partir da demanda do médico que ao receber o paciente percebe, algumas vezes, a presença de alguma questão subjetiva que escapa ao campo de abrangência da medicina. Estes casos são atendidos pelo psicólogo de plantão no hospital e, no período noturno das 20 às 8 horas, pelo psicólogo que fica de sobreaviso por telefone. Este, quando solicitado, vai ao hospital para realizar o atendimento.
- Serviço de Hemodiálise – Inaugurado recentemente, o trabalho da Clínica neste setor está ainda em construção, não havendo por ora uma rotina de trabalho definida para o setor.

²⁵ O Programa de acolhimento de irmãos de bebês e de crianças internadas em UTI Pediátrica tem mostrado sua importância para a família e para a equipe multidisciplinar. Uma referência desse programa é o que foi implantado por Denise Morsch no Hospital Perinatal de Laranjeiras. Cf. MORSCH, Denise, DELAMONICA, Juliana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005.

- Clínica de Ginecologia – Nesta clínica há um trabalho desenvolvido por Marisa Decat e Léa Mohallem junto a todos os residentes e estagiários, através de seminários e reuniões semanais nas quais diversos temas são trabalhados.
- Grupo de Hepatologia e Transplante Hepático – Neste caso, todos os pacientes candidatos ao transplante hepático são encaminhados para atendimento psicológico.
- Código Azul – Trata-se de um serviço oferecido pelo hospital para atendimento imediato aos pacientes em quadro de parada cardiorrespiratória. Sempre que se identifica tal quadro, o Código Azul é acionado através de um telefone específico e imediatamente todos os setores do hospital são chamados para prestar atendimento ao paciente. O analista se faz presente para acolher os familiares durante o tempo em que os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas atendem ao paciente.
- Código C – Trata-se de um serviço, recentemente implantado no hospital, que visa toda uma organização especial da instituição para prestar atendimento em caso de vir a ocorrer uma grande catástrofe. Assim, todos os setores estarão envolvidos no atendimento: setor administrativo, corpo clínico, laboratórios, pronto socorro, etc.

Essa descrição, mais sucinta e objetiva, mostra quão relevante é para o analista trabalhar sua inserção na instituição hospitalar. Se sua presença é convocada em todos os setores do hospital, isto acontece em função da posição que ocupa na instituição.

No decorrer desses dois capítulos, vários pontos sobre o trabalho do analista no hospital geral foram demarcados. Assim, o capítulo seguinte tratará de discutir sobre quais funções aí exerce o analista.

4. SOBRE AS FUNÇÕES DO PSICANALISTA NO HOSPITAL GERAL

A formalização teórica sobre o que faz o analista fora dos limites do consultório privado tem ganhado cada vez mais espaço. O analista deve considerar a subjetividade de sua época, como afirma Lacan (1953) em “Função e Campo da Fala e da Linguagem”.

Laurent (2007) é categórico em relação à fundamental importância de o analista saber qual foi sua função e a que lhe corresponde nos dias de hoje. Ele faz uma crítica contundente à posição do analista como especialista da desidentificação e que leva, no âmbito social, tal desidentificação a toda parte. Sua posição é claramente a de que é preciso destruir um certo ideal de psicanalista que se mantém à margem da sociedade, construindo críticas sobre os acontecimentos. Em relação a essa posição de especialista da desidentificação Laurent diz:

Sejamos claros em afirmar a necessidade de destruir essa posição: delenda est! Não se deve mantê-la, e se os analistas acreditam que podem permanecer nela... seu papel histórico está terminado. A função dos analistas não é essa, decorrendo daí o interesse em inseri-los outra vez nos dispositivos da saúde mental (LAURENT, 2007:143).

Todavia, falar da presença do analista no hospital geral é algo complexo, uma vez que não se trata de uma presença objetiva, ou seja, o fato do analista estar no espaço da instituição hospitalar não é garantia de sua presença como posição, lugar e função. Tal necessidade de mudança de posição, do analista, apontada por Laurent deve ser considerada a partir do arcabouço teórico da própria psicanálise. Isto implica que não basta que o analista ocupe lugares em diversos espaços da sociedade. Para sair do consultório privado é fundamental pensar as especificidades da prática analítica em cada espaço que o analista se propõe a ocupar. Não se trata, portanto, de transpor uma prática clínica exercida no âmbito do consultório privado para esses outros espaços, como, por exemplo, o do hospital geral, que é o foco desta pesquisa.

Desse modo, este capítulo terá por objetivo enfatizar as funções do analista que estão para além do atendimento clínico privado, isto é, as do atendimento aos pacientes internados em uma instituição hospitalar. Para isto, é fundamental fazer um recorte histórico da inserção do analista em alguns hospitais buscando o que isto nos ensina.

Foi na década de 1970 que este novo campo de trabalho teve início. Nessa época, a possibilidade do trabalho analítico em hospital não era reconhecida. Sonia Alberti e Consuelo Almeida (2005) relatam a maneira particular como se deu a inserção do analista em dois hospitais do Rio de Janeiro e enfatizam as dificuldades enfrentadas pelo psicólogo para a sustentação de um trabalho analítico no contexto hospitalar. A resistência se configurava tanto do lado da instituição hospitalar quanto do lado da comunidade psicanalítica. Époque em que a IPA²⁶ aceitava apenas médicos para a formação psicanalítica: “Caso o candidato não o fosse (médico), precisava assinar um documento no qual se comprometia a sempre clinicar sob controle de um colega médico, mesmo depois de terminada sua formação” (ALBERTI; ALMEIDA, 2005: 58).

A resistência por parte de analistas ia mais longe. Eles recusavam a autenticidade de um trabalho analítico fora do consultório, fora do *setting* analítico clássico que inclui o consultório, o divã e a frequência de várias vezes por semana. Neste contexto, era impensável que um analista pudesse desenvolver seu trabalho em hospitais.

Essas dificuldades tornaram-se, para alguns, desafios. Psicólogos com formação analítica começaram a trabalhar em hospitais e, para sustentar essa prática, buscavam supervisão com psicanalistas fora da instituição e que apostavam na possibilidade desse trabalho. Marisa Decat (2003) considera que a formalização teórica era, e ainda é hoje, fundamental para sustentar essa aposta: a da possibilidade do trabalho analítico no hospital geral. Assim, entende que a formação em psicanálise – análise pessoal, supervisão e prática – é fundamental para que, no trabalho na instituição, se possa ocupar uma posição que permita a inserção do analista e mesmo da transmissão da psicanálise no hospital. Posição caracterizada

²⁶ International Psychoanalytical Association – Trata-se de uma Associação fundada por Freud e existente até os dias atuais. Lacan fez parte dessa associação da qual se desligou por sustentar as chamadas sessões curtas. Cf. MILLER, in: *Escisión, excomunió e disolució*. Buenos Aires: Manantial, 1987.

por um “não saber” que permite uma abertura para um outro saber, um saber sobre a subjetividade, uma outra resposta para o sofrimento humano.

Assim, desde que iniciou suas atividades em 1978, a partir de um convite para dar aulas em um dos cursos do hospital – Curso “Casal Grávido” – foi nessa posição de quem “não sabe” sobre aquele serviço que ela se apresentou. Ressalta-se que esse não-saber não equivale a não ter um saber para oferecer, mas sim um não-saber sobre a particularidade de um determinado serviço. Trata-se, porém, de uma douda ignorância, termo retomado por Lacan de Nicolau di Cusa²⁷, para indicar que o analista não oferece nem uma simples ignorância e nem um saber absoluto. Refere-se com esse termo a um saber que pode reconhecer seus limites.

Faz-se notar que na trajetória da Clínica de Psicologia e Psicanálise – CPP – no Hospital Mater Dei duas questões se presentificaram: a da formação do analista e a que se refere ao modo como o analista acolhe e responde às demandas a ele dirigidas. Vale ressaltar que esses dois pontos estão articulados entre si, pois o manejo das demandas dirigidas ao analista depende da maneira como ele saiu de sua própria análise da formalização de sua experiência analítica. (MOURA, 2003: s/p).

A dimensão e o efeito dessa posição desde o início do trabalho da CPP só foram possíveis na formalização *a posteriori*. Como efeito pode-se considerar a participação em equipes multiprofissionais e em outros cursos. Este ponto – sobre a posição de analista – é fundamental para pensar a inserção do analista em hospitais gerais. E nesse caso, no Hospital Mater Dei, é preciso considerar que os psicólogos e psicanalistas, tais como os demais profissionais que fazem parte do corpo clínico, não são contratados pela instituição.

A posição de “não-saber” possibilitou, a princípio, escutar pacientes, familiares e profissionais. Isso fazendo parte de uma construção jamais concluída. O fato de o analista se oferecer como presença teve como efeito a inserção de um trabalho e de uma práxis no corpo clínico do hospital. Como já dito, sendo uma inserção nunca acabada, não há garantia dessa

²⁷ Cf. Quinet, *As 4+1 condições da análise*, p. 31. Lacan faz referência ao termo *ignorantia douda* no *Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*, p. 317.

presença. A garantia será o próprio trabalho. Portanto, a inserção do analista em um hospital deve ser tomada como condição para sua presença e sua práxis.

Já no caso do Hospital dos Servidores de Estado do Rio de Janeiro, Alberti *et al.* (2005) destacam três tempos da inserção do trabalho analítico. O primeiro tempo é caracterizado pela submissão do trabalho analítico à clínica médica; pela indefinição do lugar da clínica do sujeito no hospital e pelo fato de que a ideia de um trabalho analítico no hospital era considerada como algo da ordem de um ideal não legítimo. O segundo é marcado pela estruturação do Serviço de Psicologia. Este deixa de ser subordinado à clínica médica e possibilita a abertura de estágios curriculares de formação de estudantes que se interessavam por esta área. Foi um tempo em que a demanda ao Serviço de Psicologia aumentou consideravelmente, como ressalta a autora: “Tínhamos tantas tarefas e demandas a responder que o mais precioso nesse trabalho, a clínica do sujeito no hospital, ficou em segundo plano” (ALBERTI; ALMEIDA, 2005: 64). Deste modo, estas autoras marcam que as duas primeiras décadas desse trabalho demonstraram a enorme dificuldade da inserção da psicologia no hospital geral. Entretanto, nos anos 1990, as psicólogas do Serviço de Psicologia do Hospital dos Servidores estavam envolvidas com a formação analítica e com a análise pessoal. Manifestaram ainda o desejo de incrementar a relação com a universidade, visando construir uma articulação entre teoria e prática que sustentasse uma nova forma de abordar as demandas institucionais. Foi um movimento que permitiu o início de um terceiro tempo, marcado pela definição de um referencial teórico clínico: a psicanálise. A delimitação do referencial teórico é aqui considerada como condição do trabalho analítico na interseção com a medicina. Trabalho esse que “implica uma inventividade, mas implica, sobretudo, a sólida ancoragem teórica do analista que propõe a contribuir nessa tarefa, a fim de manter sua direção...” (ALBERTI; ALMEIDA, 2005: 69).

Esta experiência permite questionar o que pode ser considerado como “inserção do analista” no hospital geral. Estando no campo da psicanálise, tal inserção não estará no campo objetivo como, por exemplo, o da estruturação de um Serviço de Psicologia, mas, sobretudo, será relacionada com a formação analítica e com as análises pessoais. Tanto a experiência relatada por Alberti *et al.*, no Rio de Janeiro, quanto a de Marisa Decat, em Belo Horizonte, podem nos permitir apreender este ponto em comum: se a inserção do analista no hospital

geral pôde acontecer a partir da formação analítica, isto sinaliza que tal inserção está diretamente relacionada com a posição do analista.

Portanto, a inserção do analista no hospital geral tem relação com a especificidade de sua posição e de seu lugar, e pode ser considerada como condição para o trabalho analítico na instituição. Isso exige do analista que ele possa criar meios para a instalação de alguns elementos da transferência e seja capaz de manejá-los. O hospital geral não pode se constituir nos moldes de uma instituição calcada no discurso analítico, como acontece nas instituições que trabalham na vertente da prática entre vários (a exemplo do Courtil) ou do tratamento da urgência subjetiva através dos efeitos terapêuticos rápidos (a exemplo do CPCT). Portanto, torna-se fundamental para a inserção do analista no hospital que ele saiba construir o reconhecimento de um saber outro sobre o sofrimento humano.

Para que o analista possa estar efetivamente no hospital ele precisa do médico, melhor dizendo, o discurso do analista necessita do discurso do campo médico, da ciência, uma vez que o analista vai acolher o resto da ciência, aquilo que esta ejeta para bem funcionar. Portanto, não se trata de uma relação de subordinação, mas de uma relação na qual cada um possa ser, de alguma forma, reconhecido como portador de um saber. É com isso que é possível construir um lugar transferencial. Sobretudo, é fundamental entender que esta construção não tem um fim, precisando, por isso, ser permanente. É importante que o analista saiba sustentar este campo da falta. Sustentar um certo “não saber” para possibilitar esse lugar transferencial que se dirige a um outro saber, diferente daquele do médico. Se o analista sabe ocupar esse lugar, que é um lugar de uma certa suposição de saber, qualquer coisa que ele diga pode ter o efeito de uma intervenção.

Com isso, é imperativo considerar que o trabalho psicanalítico no hospital geral não implica apenas o paciente, mas todo o contexto em que ele está inserido: sua família, a instituição, as diversas equipes e mesmo os profissionais de saberes e práticas diferentes. O que, de modo algum, quer dizer que o analista deva ocupar a posição de psicanalista desses profissionais ou das famílias. Não se trata de oferecer esse espaço tradicional de um trabalho analítico clássico para aqueles que trabalham na instituição. Mas que, desse lugar, o modo como responde às demandas a ele dirigidas poderá ter efeitos tanto para sustentar o lugar transferencial quanto para a transmissão da psicanálise, ou seja, da existência de um saber

outro. Isto exige do analista um trânsito constante, uma vez que, a todo o momento, ele é convocado a ocupar posições diversas.

Convocado a ocupar o lugar de quem tem um saber que pode completar, o analista se recusa a encarnar esta posição. Como afirma Rômulo Ferreira da Silva,

o analista opera, ao contrário, a partir do não-saber. A presença do analista como tal é pontual e contingente e é necessário que haja um campo fértil para que isso aconteça. É a transferência e outras condições, quando se trata da instituição, que permitem o aparecimento do analista (SILVA, 2006: 4).

Assim, é importante lembrar as palavras de Lacan quando afirma que o psicanalista ao se oferecer pode criar uma demanda. Sustentando esse lugar de não-saber, ou seja, recusando a posição de um saber absoluto, o analista pode instaurar na instituição um querer saber da psicanálise.

4.1 A função de escuta: o encontro com o analista-objeto

A escuta analítica é certo que tem suas especificidades. Portanto, aqui se propõe interrogar de que modo o analista, no hospital geral, através da escuta, cumpre a função de possibilitar o encontro com o analista e quais implicações podem ser depreendidas desse encontro.

Paulo é internado no CTI após uma parada cardiorrespiratória. No momento da internação, estavam presentes sua esposa e dois filhos que se mostravam assustados, preocupados e surpreendidos. Foi com eles que o analista realizou a entrevista inicial. Neste acolhimento, eles fazem uso do espaço aberto pelo analista para a palavra e falam da angústia que sentiam, dos medos e das particularidades da família. O período de internação de Paulo foi de aproximadamente um mês e meio. Fora o momento de internação em que se mostrou fundamental um trabalho de acolhimento desta família, houve dois momentos em que o analista foi convocado, sendo estes caracterizados pela angústia dessa família devido à piora do quadro clínico de Paulo. Entretanto, uma questão chamou a atenção do analista: sempre que presente na Unidade, ele se via convocado pelo olhar de uma filha de Paulo. Nesses

momentos, o analista a escutava, uma vez que era convocado neste lugar de escuta. Entretanto ele não fez nenhuma intervenção que possibilitasse colher, de imediato, um efeito.

Essa filha, Tânia, volta ao CTI um mês após a morte de seu pai para agradecer à equipe o tratamento dado ao pai e à sua família. Enfatiza o trabalho da psicologia e faz uma referência significativa a um analista específico – que foi quem a escutou e a acompanhou no período de internação de seu pai. Na ausência dessa analista, ela conversa com as duas que estão no plantão certificando-se de que fariam sua mensagem chegar ao destinatário. É neste contexto que ela expressa o que representou o trabalho realizado pela “psicologia”, o que ela faz nos seguintes termos: *“Isso me ajudou a apreender o que estava por vir!”*; *“Minha mãe conseguiu aceitar melhor a morte do meu pai. Imagina, ela até aceitou fazer uma viagem!”*

Este fragmento nos permite afirmar que foi a partir de uma determinada função que o analista pôde operar. Por um lado, as palavras de Tânia mostram claramente um vínculo, pode-se dizer de um início de transferência, com um analista em específico da equipe. Por outro, faz o analista se interrogar sobre sua função e seu lugar, ou seja, de que modo sua escuta possibilitou tal efeito? Ou, dito de outro modo, de que forma a presença do analista opera, mesmo não se configurando uma situação de análise?

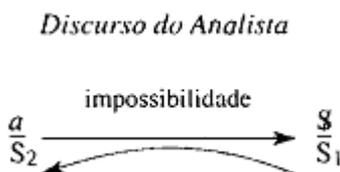
Para trabalhar esta questão, faz-se necessário ter uma melhor compreensão do que vem a ser a presença do analista, a escuta analítica e a maneira pela qual o encontro com o analista pode se constituir em situações outras, isto é, situações nas quais o que está em questão não é o processo analítico.

Tomando tal questão pela teoria lacaniana dos discursos, a presença do analista não se reduz a uma decisão de “estar ali”; o que Lacan mostra é que se trata de uma posição no discurso, e sendo uma posição no discurso ela é súbita, ligeira, evanescente. Pode-se apreender esta presença como uma manifestação e não como hábito de estar presente com o corpo, pois o discurso do analista será sempre contingente.

Lacan (19-12-1972/1985) afirma que algo do discurso do analista emerge na passagem de um a outro discurso, ou seja, que ele emerge a cada travessia entre os discursos: “...eu diria

agora que desse discurso psicanalítico há sempre alguma emergência a cada passagem de um discurso a outro” (LACAN, 1972-1973/1985: 26). É desta emergência do discurso analítico que se pode depreender o que Lacan designa por posição de analista e, a partir disso, questionar suas particularidades e seus efeitos.

Para isso, retomando a fórmula proposta por Lacan para o discurso do analista, é necessário investigar o que vem a ser o *pequeno a* no lugar de agente desse discurso.



Diz Lacan na lição de 14/01/1970: “A posição do psicanalista, eu a articulo da seguinte forma – digo que ela é feita substancialmente do objeto *a*” (LACAN, 1960-1967/1992: 40). Isidoro Vegh (2001) faz uma leitura interessante sobre o que vem a ser esse “substancialmente” que Lacan articula em relação ao objeto *a* como posição de analista. Esse autor marca a importância de se considerar que Lacan não usou o termo “substancialmente” por acaso e não disse que a posição do analista seja “unicamente” a do objeto *a*. Não é unicamente a do objeto *a* visto que a esta posição o analista deve advir, conforme o que Lacan articula mais à frente em relação à fórmula *Wo Es war, soll Ich werden*:

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, 1969/1970/1992: 50).

A posição de analista é, portanto, inconsistente, evanescente. Isto mostra a impossibilidade de o analista ocupar todo o tempo essa posição de objeto *a*. Talvez, nisso pode se localizar algo específico do saber do analista: saber que ocupar esse lugar de *a* é apenas dele fazer semblante e que isto lhe permite ocupar o lugar de agente em outras formas de discurso sem estar identificado ao elemento que constitui tal discursividade. Portanto, seu modo de resposta às demandas que lhe são dirigidas vai se diferenciar da forma com que outros profissionais respondem.

Deste modo, pode-se compreender melhor o que Lacan articula sobre a falta de visibilidade do analista. Não há visibilidade para o analista, mas sim que nesse lugar ele se oferece como ponto de mira para alguém, “atacado por um desejo particularmente problemático”, o desejo de saber. Ele diz:

Em se tratando da posição dita do analista – nos casos, aliás, improváveis, pois haverá mesmo um analista?, quem pode saber?, mas teoricamente podemos postulá-lo –, é o próprio objeto a, ... quer dizer, a isso que se apresenta ao sujeito como a causa do desejo, que o analista se oferece como ponto de mira para essa operação insensata, uma psicanálise, na medida em que ela envereda pelos rastros do desejo de saber (LACAN, 1969-1970/1992: 99).

Cottet, ao desenvolver o tema dos efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise, propõe que “o face a face é a presença do psicanalista como objeto e não apenas como simples escuta” (COTTET, 2005: 48). Trata-se de uma presença que coloca em evidência as particularidades da pessoa. Assim, pode-se dizer que se trata de uma clínica que inclui a imprevisibilidade, a surpresa e que sustenta a presença do Real como furo, como falha na realidade. O analista se oferece de forma distinta uma vez que a forma de laço social que ele propõe não se alinha àquela proposta pela sociedade. Dito de outra forma, o analista não busca completar, mas sustentar o furo, a falta que pode ser lida como a marca do desejo. Desta maneira, o que ele pode extrair de sua prática é a ética do bem-dizer. No hospital, isso possibilita que os conflitos, as falhas e as queixas sejam acolhidas e incluídas pelo analista. De modo algum precisa ser assim com os demais profissionais da equipe multidisciplinar. Não é desprezível a exigência de alta qualidade e de excelência no atendimento aos pacientes e familiares a que todos precisam responder. Entretanto, para o analista a qualidade está diretamente relacionada com a condição de escuta. É a posição na qual o analista se oferece que vai marcar a diferença.

Demarcar o que constitui o “encontro com o analista”, e em específico fora do contexto de uma experiência analítica clássica, ou seja, fora do *setting* analítico construído num consultório privado, torna-se fundamental para formalizar teoricamente as funções do analista no hospital geral.

Miller (1999) faz um deslocamento da questão sobre as contraindicações da psicanálise para interrogar sobre o que pode operar um encontro com o analista. Marca justamente a questão da ética do bem-dizer quando afirma que o analista, ao se oferecer como

objeto, nada quer saber *a priori*. Não parte de um pressuposto sobre o que é o bem para o outro. Antes, ele se oferece sem preconceitos para o bom uso que o outro pode dele fazer. Miller diz:

É que o objeto-psicanalista é versátil, disponível, multifuncional. O psicanalista oferece deste modo, com o objeto-psicanalista, um lugar vacuolar, um espaço entre parênteses, onde o paciente tem o lazer, por um tempo restrito, de ser sujeito, quer dizer, de faltar a ser aquilo que, por sinal, o identifica (MILLER, 1999: 54).

Deste modo, o analista se presta a fazer semblante de objeto em torno do qual parecem desenrolar os ditos do paciente. É em torno desse objeto vacuolar que o paciente pode, então, construir algo de particular, de singular. Ao se oferecer neste lugar o outro pode ou não criar uma demanda. A aposta de Lacan é que a oferta cria a demanda. Miller conclui que, para o encontro com o analista, não há contraindicações.

Retornando ao caso clínico, pode-se questionar se o olhar de Tânia, que convocava a presença do analista, pode ser considerado como uma demanda não analítica, mas uma demanda de um espaço para a palavra. Com essas questões em mente o analista, ao receber a mensagem de Tânia que lhe agradecia por possibilitar que ela “apreendesse o que estava por vir”, não a toma como simples agradecimento. Escuta em suas palavra algo que demonstra que ali esteve um analista, pois é apenas pelo efeito que se pode dizer de sua presença. E isso, somente *a posteriori*. E por não ter feito uma intervenção durante o tempo em que escutava Tânia, o analista se surpreende. “Surpreender-se do que não surpreende, eis o que está em jogo na escuta analítica. Abrir-se para essa dimensão criativa implica que o analista suporte a incerteza, o mistério e a dúvida...” (ANSERMET, 2003: 11). Assim, pode-se dizer que sustentar o lugar de semblante de objeto *a*, como um lugar vacuolar, é suportar a incerteza para que o outro possa aí construir um saber. Nesse caso, trata-se de poder apreender o insuportável da morte. Surpreendendo-se, o analista receberá este “agradecimento”, não na dimensão objetiva que os outros profissionais a recebem, mas na dimensão talvez de uma demanda.

Neste sentido, o analista entra em contato por telefone com Tânia para lhe confirmar o recebimento de sua mensagem e pode escutar dela o que afinal foi importante nesse período. Nesse momento, surpreende também o outro que não esperava que suas palavras pudessem ter tal importância. Nesse telefonema, Tânia explica o que representou para ela a presença do

analista em um momento de proximidade com a morte de seu pai. Ela diz que não sabe especificar uma coisa, mas que se sentiu muito bem atendida: “Este período foi preparando minha mãe e a gente também para aceitar o que aconteceu”. Refere-se à psicologia com os significantes “paciência”, “delicadeza” e “atenção” e, a partir disso, constrói uma representação desse tempo: “Às vezes a gente saía chateado e era acolhido com paciência, delicadeza e atenção. Esse momento da vida é muito complicado porque a gente se encontra com várias questões e eu acho que consegui passar por isso de uma forma boa. Tenho muito a agradecer a você por isso!”

A que Tânia tem a agradecer? Por ela ter podido fazer uso do analista-objeto para construir uma solução particular para as questões com as quais precisou se encontrar nesse momento em que a morte do pai se aproximava? Trata-se aqui de pensar “como a psicanálise introduz seu discurso para dar ‘luz ao sujeito’” (ARENAS, *s.d.*: p. 54). As situações vivenciadas num hospital geral mostram que muitas vezes não há uma demanda explícita ao analista, mas há pessoas em momentos de urgência subjetiva. Isso exige do analista, como bem pontua Alicia Arenas, a habilidade de inventar, a cada vez, novas formas de cavar seu lugar no Outro de sua época. Aqui, esse “a cada vez” deve ser ressaltado, visto que é por sustentar uma clínica que leva em conta a particularidade de cada um que se dirige ao analista, que o lugar do analista se mostra de forma específica. Deste modo, a clínica psicanalítica não pode ser reduzida a uma técnica, a um protocolo. Em um CTI, por mais que as situações possam convergir para um mesmo ponto – o da incerteza ou da possibilidade de perda que faz emergir a finitude humana, a castração –, cada um fará dessa experiência uma experiência única. Único também será o modo como cada um se verá diante do encontro com o analista e o uso que fará desse encontro. A urgência exige do analista uma inventividade no acolhimento do sofrimento humano.

É importante ressaltar que a ideia da presença do analista se contrapõe a uma forma de laço social que sempre busca uma maneira de se completar. A presença do analista, uma vez que se pauta na ética do bem-dizer, não oferece respostas, não se compromete em fazer uma adequação a uma norma e nem se mostra compreensiva. Laurent (2007) afirma que é esta particularidade da clínica do um a um que define a especificidade do lugar de analista, uma vez que visa sustentar o questionamento daquele que vem ao seu encontro. Portanto, o analista “não se identifica com nenhum dos papéis propostos por seu interlocutor, nem qualquer mestria ou ideal existente na civilização. Em certo sentido, o semblante de analista é

aquele a quem só se pode atribuir o lugar da questão sobre o desejo”(LAURENT,2007: 216). E, mais à frente, ele acrescenta que “a psicanálise, portanto, não é uma técnica, mas sim um discurso que encoraja cada um a produzir a sua singularidade, sua exceção” (LAURENT, 2007: 218). Dizer que a ética da psicanálise é a ética do desejo implica em fazer valer a presença do analista como o exercício de uma presença que visa transformar a banalidade em algo único, singular. E, para isto, é necessário que o analista já tenha passado pela experiência de sua própria análise, ou seja, ter sido bem sucedido, ele mesmo, em transformar sua angústia para não se angustiar frente à angústia daquele que escuta.

Cabe questionar o modo pelo qual o lugar do analista pode se constituir em um hospital geral. Cottet marca que na década de 1980 o analista acreditava encarnar o lugar do Outro da contestação do saber estabelecido: “Pedra no sapato da instituição, ele contestava o discurso do mestre. Era Sócrates nos Centros Médicos-Psico-Pedagógicos” (COTTET, 2005: 35). É importante considerar que o lugar do analista em um hospital geral não deve ser construído através da contestação de um saber estabelecido, seja ele o do médico, o do enfermeiro ou de outro qualquer. Esse lugar somente poderá se construir de forma efetiva considerando a diferença de competências de cada profissional. O que o analista pode oferecer, de forma alguma entra em conflito com a competência do médico. A competência do analista se mostra pelo saber sobre a estrutura do sintoma. E isto permite interrogar por que uma clínica da escuta se tornou tão necessária no contexto hospitalar.

4.2 Função de “incluir na cena”

Para desenvolver e formalizar o que aqui está sendo nomeado de “inclusão na cena” será importante retomar uma situação clínica trabalhada no primeiro capítulo. Trata-se do momento em que um técnico de enfermagem se opõe, de forma contundente, à entrada da família mandando que ela esperasse fora do CTI e justificando-se pelo fato de o técnico do Raios X ter acabado de chegar para realizar um exame do paciente. Esse técnico mostrava-se com a cara fechada, o que não é habitual. Quando o paciente é admitido no CTI, uma série de procedimentos médicos e de enfermagem precisa ser realizada. Durante esse tempo, não é possível a entrada da família para estar com ele. O paciente, percebendo que a entrada de sua família seria adiada mais uma vez em função de exames, grita e isso leva o analista a se

aproximar para escutá-lo. O paciente demanda a presença da família: *“Eu quero ver minha família, gente! Eu preciso ver minha família! Eu não estou acreditando no que aconteceu comigo, eu preciso que a minha família me diga o que aconteceu!”*. Ao ouvir esse o grito de desespero do paciente, o técnico que ia realizar o exame se prontifica, imediatamente, a atender outros pacientes e a retornar ali mais tarde, liberando, assim, a entrada da família. Entretanto, o técnico de enfermagem, responsável pelos cuidados com este paciente, permanece em silêncio. Mantém a cara fechada e continua arrumando os aparelhos de monitorização. É neste instante que o analista ali presente se dirige a ele e lhe pergunta: *“E você? O que pensa que é possível fazer?”*

O primeiro efeito de tal intervenção foi visível: ele muda sua fisionomia e diz para a família entrar. O analista acompanha os familiares até ao leito do paciente, afasta-se um pouco, mas permanece próximo. O segundo efeito foi que esse técnico afasta-se do leito e se dirige ao analista para falar de sua angústia em relação àquele paciente e de como estava difícil cuidar dele: *“Como ele pôde fazer isso? Tocar fogo no próprio corpo!?”*

É importante ressaltar que, objetivamente, não era necessário a autorização do técnico de enfermagem, uma vez que o médico plantonista já havia solicitado e autorizado a presença dessa família com o paciente, informando que os procedimentos já haviam sido realizados. Uma vez que o motivo de adiar a entrada da família era a realização do exame, e o técnico responsável por esse exame já havia se arranjado de outra maneira para que a família pudesse entrar, isso também poderia dispensar a autorização do técnico de enfermagem. Mas, isso deve ser considerado apenas do ponto de vista da objetividade.

Entretanto, não é apenas o campo objetivo que importa ao analista. Ao ver que o técnico de enfermagem se mostrara de forma bastante diferente da habitual e como que não concordando com a entrada da família, algo toca o analista e faz com que ele se dirija a esse técnico lhe perguntando: *“E você?”*.

O CTI do Hospital Mater Dei é um setor que adota como uma de suas filosofias a importância da presença dos familiares com o paciente. Esta é uma direção dada pelos coordenadores do CTI, o que não quer dizer que seja amplamente aceita por todos que trabalham na Unidade. A presença das famílias com os pacientes faz emergir várias questões pelas quais os técnicos de enfermagem são de alguma forma atingidos. São eles os

profissionais que têm um maior contato com o paciente. A família, em alguns casos, busca erros e falhas e assim sua presença pode se configurar como um olhar que vigia e que acusa. Em outros casos, os técnicos se angustiam pela própria angústia que a família manifesta ao entrar na Unidade. Algumas vezes os técnicos falam: “*A família pode entrar, mas se começar a chorar... eu saio daqui!*”. Outras vezes, eles são tocados pelo próprio caso clínico do paciente: “*Nossa, meu avô está internado com a mesma doença!*”.

O analista que trabalha dentro de uma instituição como o hospital geral, onde o real se desvela com frequência, precisa estar atento aos profissionais que ali trabalham. Quem cuida, precisa de cuidados. As circunstâncias de adoecimento, muitas vezes abrupto, podem colocar os profissionais no encontro com a própria divisão subjetiva, fazendo com que eles entrem em uma situação de urgência subjetiva. É importante lembrar que os profissionais da área de saúde, assim como os analistas, não estão disso isentos.

Bem, se o analista numa instituição hospitalar não se propõe a atender os profissionais que ali trabalham, o que ele pode fazer nessas circunstâncias?

Essa situação clínica mostra que o analista convoca o técnico de enfermagem no lugar da palavra. Convocação que oferece a ele um lugar de agente de um discurso, possibilitando que a formação de um laço discursivo seja possível. É deste modo que ele é incluído em uma cena da qual se mantinha à parte, talvez por não encontrar espaço para falar de sua angústia. Não falava, mas atuava, mostrava sua angústia através de sua fisionomia fechada e de seu comportamento de “mandar” a família aguardar lá fora.

De certo modo, através do ato de se dirigir ao técnico de enfermagem, o analista, possivelmente, promove um certo afrouxamento na relação com o grande Outro e a inclui num laço social. O grande Outro aqui representado pelas regras e normas institucionais. A cara fechada, a indisposição em relação à presença da família pode ser tomada, neste contexto, como forma de atuar diante do imperativo desse grande Outro.

Oferecer um lugar de agente do discurso, oferecer um lugar para que a palavra seja possível é, de alguma maneira, subverter um padrão de funcionamento ditado pelas regras e hierarquias da instituição. Uma situação que poderia ser resolvida apenas em função das regras existentes – a presença da família já estava autorizada pelo médico de plantão – ou

seja, a técnica não precisava ser consultada. Abre-se então um espaço para a palavra e algo se opera: a inclusão no laço social.

A instituição é formada por uma rede simbólica composta pelas regras, hierarquias, protocolos, procedimentos padrão – representantes do Saber, S_2 – e tudo aquilo que indica um funcionamento de qualidade. O enrijecimento dessa estrutura não permite espaço para o sujeito e para as particularidades de cada um.

O analista, em certo sentido, desmonta o discurso universitário ali presente postando-se contra a norma suposta vigente pelo técnico: “*A família não pode entrar agora*”. O saber aqui pode ser representado pelo S_2 , agenciando um discurso através das normas e regras que privilegiariam a necessidade de realização dos procedimentos técnicos considerados adequados a um funcionamento ótimo. É importante marcar que não se trata nem de desprezar a importância do atendimento médico e de enfermagem ao paciente, nem de fazer valer a todo custo o desejo que o paciente expressa de ver sua família. Ou seja, a questão não é intervir para que o enfermeiro permita a entrada dos familiares, mas que ele possa mudar de posição. Nesse sentido, ele poderia inclusive dizer que o Raio X era de urgência e que o paciente deveria aguardar um pouco mais para estar com sua família. O ponto central do que está sendo nomeado como “inclusão na cena” é que, ao oferecer a palavra ao técnico de enfermagem, possibilita-se que este ocupe o lugar de agente de um discurso não burocrático. Ao ocupar esse lugar o discurso pode girar, o que implica em uma mudança da posição de sujeito.

“Incluir na cena” pode ser compreendido, por um lado, como a função de oferecer um lugar de agente de um discurso possibilitando que aquele que se mantinha excluído possa, desse lugar, formar um laço discursivo. Por outro lado, é através da oferta desse lugar da palavra que se criam meios para uma mudança na posição subjetiva e até mesmo, possivelmente, para uma apropriação da condição de sujeito. Foi abrindo espaço para a palavra que a angústia pôde ser verbalizada. Assim, podendo falar, não é necessária uma atuação cujos frutos poderiam ser desastrosos para todos.

4.3 Intervenção retificadora como uma função

A expressão “intervenção retificadora” é proposta por Sônia Couto (2005) ao elaborar uma formalização teórica sobre o trabalho que desenvolve na Delegacia de Mulheres. Ela se refere a uma intervenção terapêutica possível com as mulheres que se dirigem à Delegacia com queixas em relação ao companheiro. Mostra que essa primeira escuta difere das entrevistas preliminares em psicanálise, pois o que está em jogo não é a experiência analítica propriamente dita. Em muitos casos, é realizada apenas uma entrevista.

Com isso estaríamos mais próximos não das aberturas clássicas, mas de um convite para uma partida de xadrez, ao qual a pessoa poderia responder com uma aceitação da ordem do desejo decidido. Nesse sentido, a intervenção se coloca como uma espécie de passo anterior, de prévia, de convite a um processo de reflexão de si mesmo... (COUTO, 2005: 69-70).

Assim, tal intervenção não visaria à retificação subjetiva que marca a entrada em análise, mas a um primeiríssimo discernimento do sujeito de sua posição diante do real. Ou seja, que o sujeito possa ser de algum modo tocado e que isso possibilite uma certa mudança de sua posição frente àquilo de que se queixa. Desse modo, a intervenção retificadora tem seu objetivo no seu próprio momento. Ela não busca constituir todos os elementos necessários à experiência analítica e tampouco o final de análise. Entretanto, ela pode despertar um enigma a partir do qual seja possível o questionamento sobre a participação de alguém em seu próprio sofrimento. Este questionamento, portanto, não equivale à retificação subjetiva. A expressão utilizada por Couto pode nos auxiliar na compreensão de certas situações no hospital geral.

No CTI do Hospital Mater Dei, os analistas recebem os familiares e os pacientes, no momento da internação, e realizam aí uma primeira entrevista. Momento em que, muitas vezes, é necessário acolher e oferecer um espaço para que, através da palavra, seja possível circunscrever algo do real. É necessário ressaltar que, no hospital geral, pelas especificidades do trabalho que o analista pode ali desenvolver, o espaço para a intervenção retificadora não é o momento da realização de tais entrevistas. Entretanto, o analista encontra-se dentro de uma estrutura onde diversas demandas são dirigidas a ele. Muitas vezes, é no manejo dessas demandas que pode haver espaço para tal intervenção.

Por exemplo, com frequência os analistas são convocados para resolver questões junto aos familiares que mostram dificuldades em relação às regras estabelecidas pela Unidade, ou para intermediar alguma manifestação de insatisfação de familiares, de pacientes ou mesmo do corpo técnico. Em alguns casos essas insatisfações geram queixas por parte de profissionais que não se veem reconhecidos no seu dia a dia.

O trabalho de um analista na instituição hospitalar deve considerar a importância de escutar as pessoas envolvidas em uma determinada situação para que se possa localizar a questão principal. Trabalhar nesse nível possibilita uma abertura para a palavra, e a palavra muitas vezes será a queixa. O analista pode, de alguma forma, dar um tratamento diferenciado para a queixa transformando-a e facilitando para que não fique no campo da denúncia. A denúncia tende a criar uma divisão entre o bom e o mau. Porém, mais do que oferecer a escuta, o analista pode criar condições para possibilitar que uma pessoa alcance um primeiríssimo discernimento de sua posição de sujeito em relação ao real.

A seguinte situação clínica pode exemplificar esta questão. Após alguns dias de internação de um paciente, a família chega ao CTI no horário de visitas se indispondo com toda a equipe. Os familiares fazem várias queixas, questionam algumas condutas e se mostram, de certa forma, agressivos. O enfermeiro de plantão na unidade é chamado e se dispõe, prontamente, a atender a solicitação da família. Muitas das queixas não eram cabíveis do ponto de vista objetivo e ele, utilizando-se do saber que podia oferecer, tenta então mostrar a lógica da escolha das condutas, o que deixa a família mais irritada ainda. A família recusa as explicações. O analista é chamado pelo enfermeiro que, muito irritado, pede uma solução para que a família entenda que os profissionais ali trabalham seriamente. Queixa-se da postura da família e, principalmente, queixa-se da forma como foi tratado por ela e diz que se sentiu desrespeitado.

Numa situação como esta, não se trata de o analista atender à demanda que lhe chega de forma imperativa: *“Você precisa dar um jeito nessa família, porque todos nós aqui levamos muito a sério nosso trabalho!”*. Atender a demanda é acreditar que pode “dar um jeito” e dissolver o conflito. É preciso considerar, nas palavras da família, que muitas vezes a agressão nada mais é do que a expressão da impotência diante de uma situação. Um sentimento de impotência que independe da gravidade do quadro clínico, uma vez que envolve diversas questões. O CTI é um lugar onde os conflitos e segredos familiares se

desvelam, o que pode ocasionar incômodos e desconfortos. Encontrar um culpado pode, de certa maneira, aliviar esses sentimentos. Por outro lado, é fundamental considerar que o analista, por sua formação, tem condições de fazer essa leitura, mas não se pode exigir isto dos demais profissionais.

Não se trata de atender à demanda. Entretanto é necessário acolhê-la e saber manejá-la. Neste caso, o analista pôde intervir de forma pontual. O enfermeiro gritava, falava de suas queixas, queria que algo fosse feito com a família, etc., etc. O analista apenas marca um significante que se repetia em sua fala. Nesse momento, ele se assusta, dá um sorriso meio sem graça, não grita mais e, principalmente, não mais exige uma intervenção direta com a família. Dá sinais de conseguir perceber o que lhe causou tamanha irritação e, possivelmente, a questão pôde ser deslocada. Algo, mesmo que minimamente, da ordem do sujeito do inconsciente ali foi tocado permitindo-lhe uma saída: ele vai se ocupar de outras atividades de seu plantão.

Essas situações clínicas, recorrentes na clínica privada, são atípicas no hospital geral e possibilitam que o analista crie algo que, independentemente de um saber prévio sobre seu resultado, pode produzir um efeito. Não há uma regra ou um planejamento de um tipo de atuação como este. Isso depende da posição do analista. Como diz Éric Laurent (2007):

A experiência da psicanálise, longe da possibilidade de ser reduzida a um protocolo técnico, tem uma única regularidade: a originalidade do cenário por meio do qual a singularidade subjetiva se manifesta. A psicanálise, portanto, não é uma técnica, mas sim um discurso que encoraja cada um a produzir sua singularidade, sua exceção. (...) visa-se não à aplicação de uma norma, mas sim a um ajuste do sujeito consigo mesmo (LAURENT, 2007:217-218).

É certo que no hospital geral, principalmente nessas situações clínicas, o analista não propõe uma experiência analítica propriamente dita. Contudo, na condição de analista dentro de uma instituição ele pode, de alguma maneira, criar um espaço que facilite a manifestação de algo da singularidade. Como afirma Viganó, “o ato analítico... pode ser qualquer ato que instaure (institua) o sujeito da palavra” (VIGANÓ, 2006, s/p).

Silva (2006) indica que a psicanálise na instituição pode ser considerada a partir da condução dos tratamentos ou na própria condução da instituição. Aqui, essa função –

intervenção retificadora – aponta para uma terceira possibilidade. Trata-se de uma intervenção que pode incidir sobre algo da estrutura, mesmo que de maneira mínima, e aí abrir um espaço para a particularidade, e até mesmo para algo da singularidade subjetiva. Nesse sentido, não visa necessariamente apenas ao paciente, pois é fundamental compreender que todos os profissionais, funcionários, familiares e pacientes estão de alguma forma envolvidos nas questões que o ambiente hospitalar faz emergir.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho aponta tanto para algumas das funções possíveis ao analista dentro do contexto de uma instituição hospitalar quanto abre para a ampliação dessas funções. Marca, ainda, a necessidade de ampliar o trabalho analítico para fora dos “muros” do consultório privado, indo além do atendimento clássico, tal como tem sido teorizado e praticado pela psicanálise contemporânea.

Portanto, é de fundamental importância ressaltar que o lugar do analista deve ser algo em constante construção dentro da instituição, visto que não é um lugar previamente dado como o de outros profissionais, como, por exemplo, o de médico, o de enfermeiro, o de fisioterapeuta ou o de fonoaudiólogo. É antes um “lugar atópico”, o que implica a contradição do uso conjunto desses dois termos. Ou seja, um “lugar fora de lugar, deslocado, estranho”²⁸. Um lugar sem lugar para o qual a Banda de Moebius é uma boa referência uma vez que mostra o “estar dentro e fora”. Construir esse lugar sem dar a ele qualquer espécie de consistência deixa o analista em uma posição nada cômoda, talvez se possa dizer, uma posição sempre deslocada, fora de lugar.

É necessário um certo desconforto em relação a esse lugar para que o analista produza uma construção permanente de sua inserção no contexto hospitalar. O percurso desta investigação mostra que a “inserção do analista” constitui-se como condição essencial para possibilitar suas funções no âmbito hospitalar.

Portanto, verifica-se que no que concerne às funções do psicanalista no hospital geral, elas devem ser consideradas para além do mero atendimento clínico ao paciente. O analista que se propõe a desenvolver um trabalho analítico nesse contexto deve levar em conta toda a rede de relações existentes na instituição. Assim, não é possível que ele vise somente ao

²⁸ São estas as acepções fornecidas pelo *Dicionário Houaiss* para o termo atópico.

atendimento clínico ao paciente. Este, por sua vez, não pode ser considerado apenas uma transposição da clínica do consultório privado para o espaço do hospital.

Em muitas circunstâncias é necessário que o analista se ofereça para escutar as diversas pessoas envolvidas nas situações em que é chamado a intervir. Entretanto, muitas vezes, não basta a simples escuta. Assim, podendo fazer falar “a instituição” ele possibilita que a questão seja mais facilmente localizada e aí sua intervenção pode incidir sobre este ponto de impasse.

Para isso, o analista deve estar atento a que lugar ele é frequentemente demandado a ocupar e de que modo intervém. Muitas vezes, a forma como a demanda chega até ele indica que é convocado a um lugar de poder: o de poder completar, de algum modo, o saber científico. Se ele se oferece nesse lugar, pouco terá para contribuir. Contudo, é preciso que o analista saiba sustentar um “não-saber”. Isto abre espaço para a palavra e possibilita que cada um possa se haver com suas particularidades. Lacan nos faz lembrar a recomendação de Freud para que cada novo caso seja abordado como se nada tivesse sido aprendido. Vale ressaltar, que isso não significa que o psicanalista se dê por satisfeito com “saber que nada sabe, pois o que se trata é do que ele tem de saber” (LACAN, 1967/1998: 254)

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, Sonia, ALMEIDA, Consuelo P. de. Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em hospital geral. In: ALTOÉ, Sônia, LIMA, Márcia M. de (org.). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p. 55-71.c

ANSERMET, François. *A clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. 224p.

ANSERMET, François, BORIE, Jacques. Apostar na contingência. In: ESCOLA DA CAUSA FREUDIANA. *Pertinências da psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2007. p. 152-158.

ARENAS, Alicia. Discurso analítico: semblante que aponta ao real. In: *O trabalho na sessão. Latusa. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise* – Rio de Janeiro, n. 8, s/d., p.51-54.

ASSOUN, Paul-Laurent. Introdução: “Lire La Mettrie: ‘L’Homme-Machine’: entre science et inconscient”, p. 09-41. In: METTRIE, Julien Offroy de La. *L’Homme-Machine*. Paris: Denoël, 1981.

ASSOUN, Paul-Laurent. *Metapsicologia freudiana: uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. 292p.

BASTOS, Angélica, FREIRE Ana Beatriz. A prática entre vários: princípios e aplicação da psicanálise. In: SANTOS, Tânia C. dos (Org). *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005, p. 93-109.

BENVENISTE, Émile. *Problèmes de linguistique générale – II*. Paris: Éditions Gallimard, 1974. Cap. La forme et le sens dans le langage, p. 215-238.

BENOIT, Pierre. *Psicanálise e medicina: teoria e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. 142p.

BROUSSE, M^a-Hélène (org). *El cuerpo en psicoanálisis: seminario de investigación*. Escuela Lacaniana de Psicoanálisis Del Campo Freudiano. Madri, 2001. 180p.

BROUSSE, M^a-Hélène. Do que sofremos. In: *Entre vários. Revista de Psicanálise e Saúde Mental*, n. 1, nov.2007, p. 9-13.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico (1943)*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1990. 308p.

CANGUILHEM, Georges. O que é a psicologia? Revista **Tempo Brasileiro**, n. 30-31, 1973. 18p. Disponível em: <http://geocities.yahoo.com.br/guaikuru0003/oquepsi.html>. Acesso em 30/08/2005.

CHEMAMA, Roland. *Clivage et modernité*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès, 2003. 213p.

CIACCIA, Antonio Di.(2007). A propósito de la *práctica entre vários*. <http://www.apol.org.mx/Traducciones%20y%20articulos.htm>. Acesso em 30/03/2008.

CLAVREUL, Jean. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983. 275p.

COTTET, Serge. Efeitos terapêuticos na clínica psicanalítica contemporânea. In: SANTOS, Tânia Coelho dos (org). *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005, p 11-40.

COTTET, Serge. Latéralité de l'effet thérapeutique en psychanalyse. Disponível em : << [COTTET, Serge. O psicanalista objeto *a*. In: *Estudos clínicos*. Salvador: Fator, 1988, p. 69-80. \[http://www.nucleosephora.com/biblioteca/corpo1/publicacoess/psicanalista_objeto.pdf\]\(http://www.nucleosephora.com/biblioteca/corpo1/publicacoess/psicanalista_objeto.pdf\) Acesso em 15/06/2008.](http://www.lacanian.net/Ornicar%20online/Archive%20OD/ornicar/articles/215cot.htm.>> , Acesso em 15/11/2007.</p></div><div data-bbox=)

COUTO, Sônia. *Violência doméstica: uma nova intervenção terapêutica*. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2005. 120p.

CRUZ, Alexandre D. G. *A psicanálise aplicada no hospital geral: um estudo a partir do trabalho de praticantes da psicanálise no Hospital das Clínicas de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – PUC/BH, 2007. 232p.

D'ANGELO, Lucia. Terapias breves *versus* efectos terapêuticos rápidos. In: MILLER, Jacques-Alain. *Efectos terapêuticos rápidos – conversaciones clínicas con Jacques-Alain Miller en Barcelona*. Buenos Aires: Paidós, 2005. p 34-50.

ESCOLA DA CAUSA FREUDIANA. *Pertinências da psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2007. 249p.

FIGUEIREDO, Ana Cristina C. de. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. 4. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. 184p.

FIGUEIREDO, Ana Cristina C. de, GUERRA, Andréa Máris Campos, DIOGO, Doris Rangel. *O trabalho em equipe na atenção psicossocial: a “prática entre vários”*. <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.40.3.htm>. Acesso em 30/03/2008.

FIORINI, Hector J. *Teoria e técnicas de psicoterapias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991. 234p.

FORBES, J., REALE JUNIOR, M., FERRAZ JUNIOR, T. S. (orgs.). *A invenção do futuro: um debate sobre a pós-modernidade e a hipermodernidade*. São Paulo: Manole, 2005. 150p.

FOUCAULT, Michel. *A ordem dos discursos*. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 8.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 79p.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 5 ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2003. 241p.

FREIRE, Ana Beatriz. BASTOS, Angélica. Paradoxos em torno da clínica com crianças autistas e psicóticas: uma experiência com a “prática entre vários”. http://pepsic.bvs.org.br/SciELO.php?script=sci_arttex&pid=S1415-71282004000200006&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em 30/03/2008.

FREUD, Sigmund. Projeto para uma psicologia científica – Parte II: Psicopatologia. [1950/1895]. In: *Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos. Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, Rio de Janeiro: Imago, v. XI, 1980, p. 197-206.

FREUD, Sigmund. Casos clínicos – Parte II – Caso 4: Katharina [1893-1895]. In: *Estudos sobre a histeria. Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, Rio de Janeiro: Imago, v.II, 1980, p. 143-151.

FREUD, Sigmund. Fragmento de análise de um caso de histeria. [1905 (1901)]. In: *Um caso de histeria, três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos. Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, Rio de Janeiro: Imago, v. VII, 1980, p. 01-119.

FREUD, Sigmund. A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. [1910]. In: *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, Rio de Janeiro: Imago, v. I, 1980, p. 363-374.

FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência. [1912]. In: *O caso de Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos. Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1980, p. 131-143.

FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. [1912]. In: *O caso de Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos. Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1980, p. 147-159.

FREUD, Sigmund. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). [1913]. In: *O caso de Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos. Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, Rio de Janeiro: Imago, v. XII, 1980, p. 163-190.

FREUD, Sigmund. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919[1918]). In: *Uma neurose infantil e outros trabalhos. Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, Rio de Janeiro: Imago, v. XVII, 1980, p. 199-211.

FREUD, Sigmund. Análise terminável e interminável. [1937]. In: *Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos. Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, 1980, p. 541-287.

FREYMANN, Jean-Richard. L'effet du libéralisme sur le sujet. 16/03/2008. (inédito)

GUÉRIN, Guite. Prefácio ao livro de RAIMBAULT, Ginette. *Clinique du réel*. Paris: Éditions du Seuil, 1982, p. 5-17.

HÉNAFF, Marcel. *SADE: L'invention du corps libertin*. Paris: Croisées PUF, 1978. 333p.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: RINALDI, Doris, JORGE, Marco Antonio Coutinho (org). *Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário, livro 17, de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. 257p.

LACAN, Jacques. (1953-1954). *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986. 336p.

LACAN, Jacques (1964). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. 270p.

LACAN, Jacques. (1969-1970). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992. 209p.

LACAN, Jacques. (1971). *O seminário, livro 19: O pior*. El saber del psicoanalista – classe de 2 de dezembro de 1971. In: Ediciones electronicas.

LACAN, Jacques. (1972/1973). *O seminário, livro 20: mais, ainda*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. 201p.

LACAN, Jacques. (1966). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*. São Paulo: Edições Eólia, n. 32, p. 08-14, dez.. 2001.

LACAN, Jacques (1951). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. Cap. Intervenção sobre a transferência, 1998, p. 214-225.

LACAN, Jacques (1953). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. Cap. Função e campo da fala e da linguagem, 1998, p. 238-324.

LACAN, Jacques (1953). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. Cap. A direção do tratamento e os princípios de seu poder, 1998, p. 591-652.

LACAN, Jacques (1966). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. Cap. A ciência e a verdade, p. 869-892.

LACAN, Jacques (1967). *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. Cap. Proposição de 9 de outubro de 1967, p. 248-264

LACAN, Jacques. (1967/1968). *Meu Ensino*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. Cap. Lugar, origem e fim do meu ensino, p. 69-100.

LACAN, J. *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. 89p.

LAURENT. Éric. *Lacan y los discursos*. Argentina: Ediciones Manantial. 1992. 132p.

LAURENT. Éric. *A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007. 230p.

LESOURD, Serge. *Comment taire le sujet? Des discours aux parlottes libérales*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès, 2006. 239p.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Antropologia estrutural dois*. 2 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970. Cap. O feiticeiro e sua magia, p. 183-203; Cap. A eficácia simbólica, p. 204-224.

MACÊDO, Lucíola F. de. A biopolítica como política da angústia. *Opção Lacaniana*. São Paulo: Edições Eólia, n. 45, p. 53-58, maio. 2006.

MARIAGE, Véronique. Psicanálise e instituição. *Curinga*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, n. 24, jun. 2007, p. 33-42.

MARIAGE, Véronique. Arrimer le petit détail singulier. **Les feuillets du courtil**: entrer en institution – modalités subjectives, accueils différenciés. VII Journées du RI3. Publication du Champ Freudien en Belgique avec la collaboration du RI3, Belgica, n. 26/26, Juillet 2006, p. 19-23.

MARTELLO, Oscar Ariel. Intervenciones sobre la urgência. In: *La urgência: Psicoanálisis y el hospital* – Publicación semestral de practicantes en Instituciones Hospitalarias. Ano 7, n. 13, junio 1998, p. 40-45.

MENTAL: Revue Internationale de santé mental et psychanalyse appliquée. *Qu'est-ce que la psychanalyse appliquée?*. Paris: L'École Européenne de Psychanalyse, n.10, maio, 2002. 155p.

MILLER, Jacques-Alain. A sutura. In: COELHO, Eduardo P. (comp). *Estruturalismo*; Antologia de textos teóricos. [s.l.]: Martins Fontes. [s.d.]. p. 211-223.

MILLER, Jacques-Alain. *Escisión, excomunió, disolución: tres momentos en la vida de Jacques Lacan*. Buenos Aires: Manantial, 1987.

MILLER, Jacques-Alain. Psicanálise e psicoterapia. In: FORBES, Jorge (org). *Psicanálise e psicoterapia*. São Paulo: Papiros, 1997.

MILLER, Jacques-Alain. As contraindicações ao tratamento psicanalítico. In: *Opção Lacaniana*. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n. 25, out. 1999, p.52-55.

MILLER, Jacques-Alain. Psychanalyse pure, psychanalyse appliquée & psychothérapie. In: *La cause freudienne*. Paris: École de la Cause Freudienne, n. 48, p. 2-35, maio, 2001.

MILLER, Jacques-Alain. Os seis paradigmas do gozo. *Opção Lacaniana*. São Paulo: Edições Eólia, n. 26/27, p. 87-105, abr. 2000.

MILLER, Jacques-Alain. Da utilidade social da escuta. In: *Opção Lacaniana*. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n. 38, dez. 2003, p.19-22.

MILLER. Jacques-Alain. *Efectos terapêuticos rápidos – conversaciones clínicas con Jacques-Alain Miller en Barcelona*. Buenos Aires: Paidós, 2005. 144p.

MILLER, Jacques-Alain. *Orientação lacaniana*, III, 10. Sexta aula do curso – 18/01/2008 (inédito).

MILLER, Jacques-Alain. Les effets thérapeutiques de l'expérience analytique. In: **La Lettre Mensuelle**. Maio/2005. <http://www.causefreudiene.net/publications/la-lettre-mensuelle/les-effets-therapeutiques-de-experience-analytique>. Acesso em 15/11/2007.

MILLER, Judith. Qui accueille l'hospitalité?. **Les feuillets du courttil**: entrer en institution – modalités subjectives, accueils différenciés. VII Journées du RI3. Publication du Champ Freudien en Belgique avec la collaboration du RI3, Belgica, n. 26/26, Juillet 2006, p. 63-68.

MILNER, Jean-Claude. *A obra clara: Lacan, a ciência e a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. 139p.

MILNER, Jean-Claude. *La politique des choses*. França: Navarin Éditeur, 2005. 61p.

MOHALLEM, Léa Neves, MOURA. Marisa Decat de. Considerações sobre a prática psicanalítica na instituição hospitalar. In: *Epistemossomática*. Publicação do Departamento de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei, n. 1, ago.1991, p. 75-84.

MOURA. Marisa Decat de. O psicanalista no CTI. In: *Epistemossomática*. Publicação do Departamento de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei, n. 1, ago.1991, p. 66-74.

MOURA. Marisa Decat de. (org). *Psicanálise e hospital: a criança e sua dor*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. 164p.

MOURA, Marisa Decat. Psicanálise e urgência subjetiva. In: *Psicanálise e hospital*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000, p. 3-15.

MOURA. Marisa Decat de. (org). *Psicanálise e hospital*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 98p.

MOURA, Marisa Decat (org). *Psicanálise e hospital 3 – Tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 140p.

MOURA. Marisa Decat de. (org). *Psicanálise e hospital 4: novas versões do pai – reprodução assistida e UTI*. Belo Horizonte: Autêntica/Fumec, 2005. 215p.

MOURA. Marisa Decat de. A estética e o culto do corpo: “quero ser igual [a]os outros”. In: **Revista EPISTEMO-SOMÁTICA**. Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p 73-78, jan. ago. 2006. Publicação da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei.152p.

MOURA, Marisa Decat de. La pratique de la psychanalyse em milieu hospitalier au Brésil. In: **Revue FEDEPSY – Fédération Européene de Psychanalyse et École Psychanalytique de Strasbourg**. n. 2, p. 26-29, avril, 2002. Ed. Société Psychanalytique de Strasbourg,

MORETTO, Maria Livia Tourinho. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 218p.

MORSCH, Denise Streit, DELAMONICA, Juliana. Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: “Lembraram-se de Mim!”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3):677-687, 2005.

NABUCO, Maria Eugênia. Nós estamos sempre entre vários. http://psicanaliselacanianana.com/estudos/nos_estamos_sempre_entre_varios.html. Acesso em 30/03/2008.

PINTO, Jeferson Machado. Política da Psicanálise. In: **EPISTEMO-SOMÁTICA**, Belo Horizonte, ano 3, n. 3, p. 58-66, jan-ago 2006. Publicação da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei.

PORGE, Erik. *Jacques Lacan, um psicanalista: percurso de um ensino*. Brasília: UNB, 2006. 388p.

QUINET, Antonio (org). *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. 272p.

QUINET, Antonio. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. 125p.

RABINOVICH, Diana. O psicanalista entre o mestre e o pedagogo. In: *Cadernos de Psicologia*. Belo Horizonte, v. 11, p. 9-28, 2005. Revista do Departamento de Psicologia da UFMG.

REVISTA EPISTEMO-SOMÁTICA. Belo Horizonte, v. 3, n. 1, jan. ago. 2006. Publicação da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei. 152p.

REVISTA EPISTEMO-SOMÁTICA. Belo Horizonte, v. 3, n. 2, set. dez.. 2006. Publicação da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei. 268p.

REVISTA EPISTEMO-SOMÁTICA. Belo Horizonte, v. 4, n. 1, jan. jul. dez.. 2007. Publicação da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei. 145p.

RINALDI, Doris, JORGE, Marco Antonio Coutinho (org). *Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário, livro 17, de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. 257p.

SANTIAGO, Jesús. *Aspectos da espera e da surpresa na experiência da análise*. <http://www.wapol.org/es/pulicaciones/TemplateImpresion.asp?intTipoPagina=4&intPublicacion=18&inEdicion>. Acesso em 03/06/2008.

SANTOS, Lúcia Grossi dos. *O conceito de repetição em Freud*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec, 2002. 144p.

SANTOS, Tânia Coelho dos (org). *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005. 110p.

SILVA, Rômulo Ferreira da. A prática entre vários na CLIN-a – atividade de CID-X. In: *Entre vários*. **Revista de Psicanálise e Saúde Mental**, n. 1, nov. 2007, p. 21-29.

SILVA, Rômulo Ferreira da. **A psicanálise na instituição**. In: **COLÓQUIO DO LEPSI IP/FE-USP**, 5., 2006, São Paulo. Anais eletrônicos... Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000003200600100052&lng=pt&nrm=abn>. Acesso em: 01 Jul. 2008.

SOLER, Colette. *Artigos clínicos: transferência, interpretação, psicose*. Salvador: Fator, 1991. 160p.

SOUZA, Aurélio. *Os discursos na psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003. 289p.

STEVENS, Alexandre. A instituição: prática do ato. In: *Carta de São Paulo*. Boletim da Escola Brasileira de Psicanálise – SP. Ano 10, n. 4, ago/set de 2003, p. 16-22.

TEIXEIRA, A. M. R. Considerações acerca da violência contemporânea: as novas zonas de anomia da lei. *Opção Lacaniana*. **Revista Brasileira de Psicanálise**: São Paulo, n. 39, p. 72-78, 2004.

VEGH, Isidoro et al. *Os discursos e a cura*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001. 157p.

VIDIGAL, Luiz Henrique. *Ensaio sobre os discursos em Lacan*. Belo Horizonte: Tahl. 32p.

VIGANÓ, Carlo. **Da instituição ao discurso**. *Mental*. [online]. jun. 2006, v. 4, n. 6 [citado 15 Junho 2008], p.33-40. Disponível na World Wide Web: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4427200600010004&lng=pt&nrm=iso – ISSN 1679-4427.

ZBRUN, Mirta. Psicanálise aplicada e tratamento de tempo limitado. O Centro CLAC – Centro Lacaniano de Atendimento e Consultas. http://www.ebprio.com.br/centros_atend_clac_artigos_mirta.htm. Acesso em 03/06/2008.

ZENONI, Alfredo. Orientation analytique dans l'institution psychiatrique. In: **Mental –Revue internationale de santé mental et psychanalyse appliquée: Qu'est-ce que la psychanalyse appliquée?**. Paris: L'École Européenne de Psychanalyse, n. 10, p.85-98, maio 2002.

ZENONI, Alfredo. Orientación analítica en la institución psiquiátrica. **Cuadernos de Psicoanálisis**. n. 27, 2003, p 66-76. **Revista Del Instituto Del Capo Freudiano em España**.